



Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra  
(Organizadora)

# Diário da Teoria e Prática na Enfermagem

**Atena**  
Editora  
Ano 2019

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

# **Diário da Teoria e Prática na Enfermagem**

**Atena Editora**  
**2019**

2019 by Atena Editora  
Copyright © Atena Editora  
Copyright do Texto © 2019 Os Autores  
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora  
Editora Executiva: Profª Drª 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  
Profª Drª 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  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª 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  
Profª Drª 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  
Profª Drª 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.ª Dr.ª 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>	
D539	Diário da teoria e prática na enfermagem 1 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Diário da Teoria e Prática na Enfermagem; v. 1)  Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7247-648-5 DOI 10.22533/at.ed.485192309  1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermagem – Prática. I. Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa. II. Série.  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 “*Diário da Teoria e Prática de Enfermagem*” 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 25 capítulos, o volume I aborda a Enfermagem como atuante na saúde materno-infantil, na assistência ginecológica e obstétrica, além da saúde da criança e do idoso, trazendo abordagens específicas e voltadas para cada público de uma forma especial.

A sensibilidade diferenciada diante das especificidades inerentes a cada público promove o conhecimento e, conseqüentemente, a qualidade na assistência. Sendo assim, a prestação dos serviços ocorre de forma 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, e na vertente materno-infantil. As publicações tratam sobre a humanização da assistência obstétrica no parto normal, cesáreo e abortamento; além de atualizações sobre aleitamento materno; complicações obstétricas e gestação de alto risco; e estudo voltados à violência contra a mulher. Além disso, as publicações também oferecem suporte com evidências relacionadas à saúde da criança como alimentação infantil, arboviroses, ludoterapia, dentre outros. Em relação ao público idoso, as publicações envolvem estudos sobre sexualidade, maus tratos, doença de Alzheimer, dentre outros.

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 e saúde do idoso, buscando cada vez mais a excelência no cuidado em enfermagem, e disseminando práticas promotoras da saúde com embasamento científico.

Isabelle C. de N. Sombra

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
<b>A RELEVÂNCIA DO CUIDADO HUMANIZADO EM CIRURGIAS CESARIANAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA</b>	
Ana Carolina Almeida Ribeiro Elizabeth França de Freitas Emilly Melo Amoras Elisângela da Silva Ferreira Márcia Simão Carneiro	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4851923091</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>7</b>
<b>A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA À MULHER EM PROCESSO DE ABORTAMENTO INDUZIDO</b>	
Werbeth Madeira Serejo Eline Coelho Mendes Andrio Corrêa Barros Brenda Santos Veras Thainara Costa Miguins Keymison Ferreira Dutra Lucimara Silva Pires Lidiane de Sousa Belga Tayssa Railanny Guimarães Pereira Manuel de Jesus Castro Santos Tharcysio dos Santos Cantanhede Viana Hedriele Oliveira Gonçalves Mackson Ítalo Moreira Soares Ivanilson da Silva Pereira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4851923092</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>17</b>
<b>PARTO HUMANIZADO: UM ESTUDO SOB A ÓTICA E SENTIMENTOS DAS PUÉRPERAS DIANTE DO PARTO NORMAL</b>	
Meillyne Alves dos Reis Constanza Thaise Xavier Silva Glauca Oliveira Abreu Batista Meireles Sara Fernandes Correia Tatiana Caexeta Aranha Layane Souza Mota Suzane Fortunato da Silva Elizangela Diniz Fernandes de Oliveira Sinara Gomes Moura	
<b>DOI 10.22533/at.ed.4851923093</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>28</b>
<b>PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O PARTO HUMANIZADO</b>	
Meillyne Alves dos Reis Constanza Thaise Xavier Silva Glauca Oliveira Abreu Batista Meireles Sara Fernandes Correia Tatiana Caexeta Aranha Artemizia Oliveira Reis Elizangela Diniz Fernandes de Oliveira	

Sinara Gomes Moura

**DOI 10.22533/at.ed.4851923094**

**CAPÍTULO 5 ..... 41**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MÃES USUÁRIAS DE DROGAS DURANTE A GESTAÇÃO**

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra

**DOI 10.22533/at.ed.4851923095**

**CAPÍTULO 6 ..... 58**

**SENTIDOS ATRIBUIDOS AO TIPO DE PARTO VIVENCIADO POR PUERPERAS**

Aline de Souza Pereira

Camila Pimentel de Souza

Maria Gerlândia Pereira da Silva

Maria Vânia Sousa Santos

Anna Paula Sousa da Silva

Ana Cláudia de Souza Leite

Priscila França de Araújo

Meysa Quezado de Figueiredo Cavalcante Casadevall

**DOI 10.22533/at.ed.4851923096**

**CAPÍTULO 7 ..... 69**

**USO DO LEITE MATERNO NO TRATAMENTO DE TRAUMA MAMILAR EM PUÉRPERAS: REVISÃO INTEGRATIVA**

Bruniele da Costa Santos

Tamires Pinto Oliveira

Déborah Danielle Tertuliano Marinho

**DOI 10.22533/at.ed.4851923097**

**CAPÍTULO 8 ..... 77**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTES COM DIABETES GESTACIONAL**

Werbeth Madeira Serejo

Marina Apolônio de Barros Costa

Nívea Solange Cunha Ramos

Liane Silva Sousa

Raylena Pereira Gomes

Ricardo Veloso Trancoso

Márcia Fernanda Brandão da Cunha

Thainara Costa Miguins

Patrícia Almeida dos Santos Carvalho

Hedriele Oliveira Gonçalves

Warlen dos Santos Freitas

Wemerson Campos Furtado

**DOI 10.22533/at.ed.4851923098**

**CAPÍTULO 9 ..... 90**

**AUMENTO DA COBERTURA E DO ACESSO AO EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO DO ÚTERO EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Thamiris Farias Pessoa

Tatiana de Araujo Lima

Fabiana Ferreira Koopmans

**DOI 10.22533/at.ed.4851923099**

**CAPÍTULO 10 ..... 102**

**CORRELAÇÃO ENTRE A OBESIDADE E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA**

Valdeni Anderson Rodrigues  
Erica Jorgiana dos Santos de Moraes  
Tamires Kelly dos Santos Lima Costa  
Adélia Dalva da Silva Oliveira  
Saraí de Brito Cardoso  
Fernanda Claudia Miranda Amorim  
Juscélia Maria de Moura Feitosa Veras  
Cláudia Maria Sousa de Carvalho  
Magda Rogéria Pereira Viana  
Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

**DOI 10.22533/at.ed.48519230910**

**CAPÍTULO 11 ..... 109**

**ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A PUÉRPERA AMAZÔNICA COM DIFICULDADE DE AMAMENTAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Gabriella Furtado Monteiro  
Larissa Leite Pelaes  
Nádia Cecília Barros Tostes  
Débora Prestes da Silva Melo  
Vanessa da Silva Oliveira  
Rubens Alex de Oliveira Menezes

**DOI 10.22533/at.ed.48519230911**

**CAPÍTULO 12 ..... 117**

**GESTANTES DE ALTO RISCO: DESAFIOS PARA ENFERMAGEM**

Josi Barreto Nunes  
Vânia Terezinha Rigo Segalin  
Katiele Hundertmarck  
Sandra Suzana Stankowski

**DOI 10.22533/at.ed.48519230912**

**CAPÍTULO 13 ..... 122**

**O USO DE GRUPOS DE APOIO À MULHER COM CÂNCER DE MAMA**

Clícia Valim Côrtes Gradim  
Edilaine Assunção Caetano Loyola  
Denise Hollanda Iunes  
Ana Paula Alonso Reis Mairink  
Jhenika Ferreira Dias

**DOI 10.22533/at.ed.48519230913**

**CAPÍTULO 14 ..... 130**

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MELHORIA DA ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA- RS**

Vânia Terezinha Rigo Segalin  
Katiele Hundertmarck  
Sandra Suzana Stankowski  
Josi Barreto Nunes

**DOI 10.22533/at.ed.48519230914**



**CAPÍTULO 15 ..... 137**

**VIVÊNCIA DE ACADÊMICAS E RESIDENTES DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA CASA DA GESTANTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Adriene de Freitas Moreno Rodrigues  
Ana Carolina Valentim Pereira Nunes  
Edilaine Ferreira Santos  
Éryca Resende Pires  
Ingrid Gomes Vicente  
Jocicléria do Nascimento Reis  
Luciano Antonio Rodrigues  
Roberta Vago Gonzales

**DOI 10.22533/at.ed.48519230915**

**CAPÍTULO 16 ..... 147**

**GUIA ALIMENTAR REGIONAL PARA CRIANÇAS DE 1 A 10 ANOS DO CEARÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Elisabelle Martins Marrocos  
Isadora Araujo Rodrigues  
Sabrina Cruz da Silva  
Yonnaha Nobre Alves Silva  
Aline de Souza Pereira  
Ana Zaira da Silva  
Lucélia Fernandes de Almeida Lima  
Alisson Salatiek Ferreira de Freitas  
Diane Sousa Sales  
Priscila França de Araújo

**DOI 10.22533/at.ed.48519230916**

**CAPÍTULO 17 ..... 155**

**LIXO NO AMBIENTE ESCOLAR COMO FATOR EPIDEMIOLÓGICO PARA A REPRODUÇÃO DO VETOR TRANSMISSOR DA DENGUE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA BASEADO NO ARCO DE MAGUEREZ**

Wesley Brandão Dias  
Chrisla Brena Malheiro Lima  
Filipe Rabelo Rodrigues  
Maria Eduarda de Oliveira Cardoso  
Jéssica Maria Lins da Silva  
Lorrane Teixeira Araújo  
Emily Mairla Rodrigues Bastos  
Ricardo Luiz Saldanha da Silva  
Eliana Soares Coutinho  
Paulo Elias Gotardelo Audebert Delage  
Ana Caroline Guedes Souza Martins  
Elizabeth Ferreira de Miranda

**DOI 10.22533/at.ed.48519230917**

**CAPÍTULO 18 ..... 164**

**ARTERITE DE TAKAYASU (AT) EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Priscila França de Araújo  
Thiago Cesar Silva de Sousa  
Helayne Karen Moura Araújo  
Diane Sousa Sales  
Isadora Marques Barbosa

Aline de Souza Pereira  
Lucélia Fernandes de Almeida Lima  
**DOI 10.22533/at.ed.48519230918**

**CAPÍTULO 19 ..... 173**

**LUDOTERAPIA: BENEFÍCIOS DE UMA TECNOLOGIA EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

Luana Jandira Weber Silva  
Adrielly Lima de Sousa  
Rubens Alex de Oliveira Menezes  
Luzilena de Sousa Prudência  
Nely Dayse Santos da Mata

**DOI 10.22533/at.ed.48519230919**

**CAPÍTULO 20 ..... 184**

**LESÕES CAUSADAS POR QUEIMADURAS: REVISÃO INTEGRATIVA**

Regina Ribeiro de Castro  
Alexsandra dos Santos Ferreira  
Sarah Sandres de Almeida Santos

**DOI 10.22533/at.ed.48519230920**

**CAPÍTULO 21 ..... 191**

**ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS DA ENFERMEIRA**

Elainy Martins da Silva Gonçalves  
Eliana do Sacramento de Almeida  
Aline Cecília Lima Oliveira  
Manuela Bastos Alves

**DOI 10.22533/at.ed.48519230921**

**CAPÍTULO 22 ..... 204**

**NÃO EXISTE IDADE PARA O PRAZER: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE**

Rafaela Sousa de Almeida  
Wytória Régia Neves da Conceição Duarte  
Maria Luiza de Oliveira Braga  
Maria Iza Demes Gonçalves

**DOI 10.22533/at.ed.48519230922**

**CAPÍTULO 23 ..... 209**

**CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO COM IAM NO SETOR DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Werbeth Madeira Serejo  
Wemerson Campos Furtado  
Jaciera dos Santos Brito  
Liane Silva Sousa  
Raylena Pereira Gomes  
Bárbara Silva de Jesus  
Eline Coelho Mendes  
Ricardo Veloso Trancoso  
Nívea Solange Cunha Ramos  
Warlen dos Santos Freitas

Patrícia Almeida dos Santos Carvalho  
Glaucya Maysa de Sousa Silva  
Marina Apolônio de Barros Costa  
Renato Douglas e Silva Souza

**DOI 10.22533/at.ed.48519230923**

**CAPÍTULO 24 ..... 219**

**VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NA VISÃO DE SEUS CUIDADORES:  
SUBSÍDIOS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

Erica Jorgiana dos Santos de Moraes  
Marly Marques Rêgo Neta  
Carolinne Kilcia Carvalho Sena Damasceno  
Cristina Maria De Sousa Miranda  
Fernanda Claudia Miranda Amorim  
Tamires Kelly dos Santos Lima Costa  
Thalita Monteiro da Silva  
Valdeni Anderson Rodrigues  
Maria Rita Reis Lages Cavalcanti  
Raianny Katiucia da Silva  
Antônia Roseanne Gomes Soares  
Ruhan Ribeiro Dos Santos

**DOI 10.22533/at.ed.48519230924**

**CAPÍTULO 25 ..... 229**

**O USO DE ATIVIDADES LÚDICAS ATRAVÉS DOS CUIDADORES DE PACIENTES  
COM ALZHEIMER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA BASEADO NO ARCO DE  
MAGUEREZ**

Amaury Miranda Esteves  
Glenda Keyla China Quemel  
Izabela Moreira Pinto  
João Pedro Martins da Cunha  
Maíra Freire Martins  
Márcia Geovanna Araújo Paz  
Rayssa Raquel Araújo Barbosa  
Sidney Leal Santos  
Flávio Luiz Nunes de Carvalho

**DOI 10.22533/at.ed.48519230925**

**SOBRE A ORGANIZADORA..... 239**

**ÍNDICE REMISSIVO ..... 240**

## A RELEVÂNCIA DO CUIDADO HUMANIZADO EM CIRURGIAS CESARIANAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

**Ana Carolina Almeida Ribeiro**

Universidade Federal do Pará

**Elizabeth França de Freitas**

Universidade Federal do Pará

**Emilly Melo Amoras**

Universidade Federal do Pará

**Elisângela da Silva Ferreira**

Universidade Federal do Pará

**Márcia Simão Carneiro**

Universidade Federal do Pará

**RESUMO: Introdução:** A cesariana é uma intervenção cirúrgica que consiste na retirada do feto da cavidade uterina por via abdominal. Dentre as indicações de cesáreas, destacam-se as síndromes hipertensivas graves. Se uma mulher encontra-se na condição de realizar a cesariana, esse procedimento deve ser realizado de forma segura e humanizada.

**Objetivo:** Relatar a vivência de acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, durante o semi-internato de Enfermagem Obstétrica e Pediátrica, sobre a observação da realização da Cirurgia Cesariana. **Descrição da Experiência:** A paciente teve indicação de cesariana, um dia após a admissão, devido a Iminência de Eclâmpsia e Apresentação Pélvica do Feto. Não foi observada a realização do protocolo de cirurgia segura, que inclui a visita pré anestésica e o checklist da equipe

multidisciplinar, que antecede o processo da cirurgia para esclarecer à paciente como aconteceria o procedimento, sendo dada as principais orientações de pré e pós-operatório pelas acadêmicas de enfermagem frente a preparação da parturiente ao centro obstétrico.

**Resultados:** No parto cesariano em questão foi observado um deficit na assistência prestada, pois não houve comunicação efetiva entre a equipe de saúde e a parturiente e sua família, onde esta não estava informada sobre os procedimentos aos quais iria passar. Considerações finais: Tendo em vista que o profissional enfermeiro deve realizar o cuidado de forma integral, ele tem função fundamental em ajudar a transformar o ambiente hospitalar em um lugar acolhedor e prestador de uma assistência humanizada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Humanização da assistência; Enfermagem; Saúde da Mulher.

### THE RELEVANCE OF HUMANIZED CARE IN CESARIAN SURGERIES: A REPORT OF EXPERIENCE

**ABSTRACT: Introduction:** The Caesarean section is a surgical intervention that consists in the removal of the fetus from the uterine cavity by the abdominal route. Among the indications for cesarean sections, we highlight the severe hypertensive syndromes. If a woman is in the condition of performing the cesarean section,

this procedure must be performed in a safe and humane way. **Objective:** To report the experience of academics of nursing at the Federal University of Pará, during the semi-boarding school of obstetric and pediatric nursing, on the observation of Cesarean surgery. **Description of the Experience:** The patient had an indication for cesarean section, a day after admission, due to the imminence of preeclampsia and breech presentation of the fetus. It was not observed the implementation of the protocol of safe surgery, that includes the pre-anesthetic visit and the checklist of the multidisciplinary team, which introduces the surgery process to clarify to the patient how the procedure would happen, being given the main orientations of pre and post-operative by the nursing academics preparation of the parturient to the obstetric center. **Results:** In the cesarean delivery in question, there was a deficit in the care given, since there was no effective communication between the health team and the woman and her family, where she was not informed about the procedures to be followed. Final Considerations: in view of the fact that the nurse must perform the care of integral form, it has a fundamental role in helping to transform the hospital environment in a cozy place and provider of a humanized.

**KEYWORDS:** Humanization of assistance; Nursing; Women's health.

## 1 | INTRODUÇÃO

A cesariana é uma intervenção cirúrgica que consiste na retirada do feto da cavidade uterina por via abdominal (MONTEIRO; SANTANA, 2006). O Brasil ocupa o segundo lugar no mundo em número de cesarianas. Enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece em até 15% a proporção recomendada, no Brasil esse percentual chega a 57%. Grande parte dessas cesarianas é feita de forma eletiva, sem fatores de risco que justifiquem a cirurgia, e antes de a mulher entrar em trabalho de parto (Senado Federal, 2018). Atualmente, a realização da cirurgia cesariana obedece às indicações precisas que podem ser obstétricas, clínicas ou sociais. Dentre as indicações de cesáreas, destacam-se as síndromes hipertensivas graves (MONTEIRO; SANTANA, 2006). O significado de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que, na perspectiva da atenção à parturiente, visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Esse tipo de atenção deve garantir a realização de procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, com intervenções mínimas que garantam a sua privacidade e autonomia. Nesse aspecto, o Ministério da Saúde, no ano de 2000, lançou o Programa de Humanização do Parto e Nascimento. Sendo esse modelo de atenção humanizada não somente pensado e aplicado para o parto por via vaginal, bem como deve acontecer na cesárea, momento que por muitas vezes a mulher e família estão em posição de vulnerabilidade e passam por situações de risco. Se uma mulher encontra-se na condição de realizar a cesariana, esse procedimento deve ser realizado de forma segura e humanizada

(BRASIL, 2001). Devido à importância que o processo de humanização proporciona, foi lançada em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH). Essa política busca por em prática os princípios do SUS diariamente nos serviços de saúde de modo a produzir mudanças positivas nos modos de gerir e cuidar. O cuidado humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos, valoriza e incentiva a sua atuação na produção da saúde (BRASIL, 2013). Porém, essa não é a realidade da maioria das maternidades em que se realiza cirurgia cesariana no Brasil.

## 2 | OBJETIVOS

Relatar a vivência de acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, durante o semi-internato de Enfermagem Obstétrica e Pediátrica, sobre a observação da realização da Cirurgia Cesariana.

## 3 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A parturiente foi admitida em um hospital de referência obstétrica de alto risco em Belém, com sinais de iminência de eclâmpsia, relatando pressão arterial descontrolada, cefaléia, epigastralgia e turvação visual há uma semana. Realizou de acordo com esquema institucional Sulfato de Magnésio 50% e anti-hipertensivo antes de ser transferida para a referência. A paciente teve indicação de cesariana, um dia após a admissão, devido a Iminência de Eclâmpsia e Apresentação Pélvica do Feto. No pré-operatório não foi observada a equipe de saúde explicando para a paciente como aconteceria todo o procedimento, sendo dada as principais orientações de pré e pós-operatório pelas acadêmicas de enfermagem frente a preparação da parturiente ao centro obstétrico. Dentro do que aborda a Segurança do Paciente, um dos processos de gestão da qualidade é o protocolo de *Checklist de Cirurgia Segura*, que trata desde a identificação do paciente antes da incisão cirúrgica, e que predispõe de comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional sobre a realização do procedimento, tendo em vista esse cenário, pode-se visualizar que houve um déficit entre a equipe no que tange mostrar e delimitar o percurso do procedimento para a parturiente e acompanhante. De acordo com Pancieri et. al (2013), cuidados simples como a checagem dos dados do paciente, informações clínicas da pessoa e do órgão, disponibilidade e bom funcionamento de todos os materiais e equipamentos podem fazer a diferença entre sucesso da cirurgia acarretando menos complicações para o paciente. Durante a cirurgia a paciente foi acompanhada por uma pessoa de sua família. Após a retirada do RN da cavidade abdominal, houve o clampeamento imediato do cordão umbilical. O mesmo se apresentava responsivo e em bom estado geral. Não foi observada a realização do contato pele a pele entre mãe e RN na primeira hora do nascimento. Ele foi encaminhado imediatamente para os cuidados

iniciais, onde foi aspirado, medido, pesado, testado seus reflexos, verificado o APGAR (9), dentre outros. Apenas após todos os procedimentos realizados com o RN que a mãe pode vê-lo.

#### 4 | RESULTADOS

No parto cesariano em questão foi observado falhas na assistência prestada, pois a comunicação efetiva entre a equipe de saúde e a parturiente e sua família foi prejudicada, onde esta não estava informada adequadamente sobre os procedimentos aos quais iria passar, o que fere princípios da política de humanização, no que concerne às relações afetivas e de educação em saúde. Esse tipo de conduta é reproduzido ao longo dos séculos impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história. Os profissionais de saúde são coadjuvantes da experiência do parto, desempenhando importante papel, onde tem a oportunidade de utilizar do seu conhecimento para promover o bem-estar da mulher e do bebê. Esses profissionais precisam estar presentes no cuidado da paciente, bem como precisam oferecer conforto, esclarecer e orientar. Tendo em vista tais aspectos fica claro que a protagonista da experiência do parto deve ser a parturiente. Com isso, podemos inferir que tais condutas possam ser reflexo de uma formação que preza o modelo de assistência tecnocrata, onde as técnicas intervencionistas são consideradas de maior importância em relação a uma assistência humanizada. Tendo em vista que a humanização do cuidado envolve componentes técnicos, infraestruturais e interpessoais, é importante dizer que em relação aos aspectos estruturais e à composição de espaço físico a parturiente recebeu cuidado humanizado ao ter disponível para o seu atendimento uma série de instrumentos e elementos de estrutura física que proporcionaram conforto à paciente, respeitando a PNH. Em relação aos aspectos técnicos pode-se considerar que houveram negligências no atendimento por uma equipe multiprofissional, no acesso às tecnologias para tratar a síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG), e ao se cumprir decisões e condutas mendicamentosas conforme os protocolos preconizados pelo MS, tendo falha essencialmente no que tange aos aspectos interpessoais e no cumprimento do protocolo de cirurgia segura, caracterizando impactos no cuidado humanizado. Cabe salientar que as principais orientações pré e pós anestésicas foram realizadas pelas acadêmicas, e que isso chamou atenção sobre como a realidade assistencial precisa ser ressignificada e atualizada dentro das condutas em saúde. A gestante mostrou-se inquieta pelos procedimentos farmacológicos iniciais, mas no decorrer do atendimento e no estabelecimento de confiança através de conversa formal e simples, a paciente pode compreender melhor o cenário em que estava inserida e quais suas principais repercussões. Diante disso, tal experiência foi de fundamental importância para a formação profissional das discentes, pois foi possível observar práticas que não pretendem incorporar em sua

futura atuação profissional, visto o diferencial que uma equipe de saúde qualificada e humanizada pode fazer no cuidado prestado. A forma de prestar o cuidado deve ser modificada, valorizando as necessidades da parturiente e seus familiares e resgatando o vínculo de afetividade entre a equipe e os clientes, reconhecendo o processo do nascimento como uma experiência singular e peculiar para cada mulher e, por isso, especial e com diferentes sentimentos e necessidades. Portanto, torna-se de vital importância que a equipe multiprofissional tenha uma visão holística de cada paciente. Por conseguinte, é necessário que a mulher resgate sua autonomia durante o nascimento de seu filho, tornando-se o sujeito central do evento, destacando que a educação em saúde se torna um dos fatores que pesam no que concerne ao empoderamento das gestantes e no conhecimento sobre seus direitos. Sendo assim, é necessário que os profissionais de saúde vençam a resistência com relação aos protocolos e ações fomentadas pela OMS no cotidiano obstétrico e neonatal. A atuação do enfermeiro, tanto do ponto de vista do parto e pós-parto se destaca como sendo a profissão que mais deve se aproximar das práticas humanizadas para com as parturientes, principalmente devido a relação da enfermagem com o cuidar, tendo papel fundamental para se evitar intercorrências obstétricas. Na vivência em questão, há a percepção de que a equipe de enfermagem, assim como os demais profissionais, não se mostrou presente e atuante satisfatoriamente no período pré e pós-operatório em relação às questões de um cuidado humanizado. É importante destacar que a puérpera da cesariana apresenta uma condição particular durante seu período pós-operatório, quando comparada a pacientes submetidas a outros procedimentos cirúrgicos, pois apresenta maior necessidade de se movimentar para cuidar do recém-nascido e de si. Com isso, está sujeita a sentir mais dor no local da incisão cirúrgica, sendo necessário um olhar diferenciado da equipe para a mulher (FERNANDES; NARCHI, 2007).

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que o profissional enfermeiro deve realizar o cuidado de forma integral, ele tem função fundamental em ajudar a transformar o ambiente hospitalar em um lugar acolhedor e prestador de uma assistência humanizada. É dever do enfermeiro informar os direitos de saúde da mulher no ambiente hospitalar, a exemplo do direito de permanência do acompanhante na realização da cesariana. O enfermeiro deve estimular o contato pele-a-pele entre mãe e filho, visto que seus benefícios são comprovados cientificamente a exemplo da estabilização sanguínea que ocorre no corpo da criança. É necessário que a parturiente seja apresentada a equipe de saúde e que haja comunicação entre ambas. A comunicação efetiva entre profissional de saúde e paciente é de fundamental importância para que ocorra a criação de um vínculo, tornando a experiência do nascimento um processo agradável. A partir do



momento que essa comunicação acontece de forma efetiva, cria-se uma relação de confiança, tornando-se mais fácil identificar sinais que demonstram problemas, como mudança do timbre da voz e expressões faciais de dor, proporcionando cuidados de enfermagem cada vez mais completos. Em uma assistência humanizada, todas as dimensões do ser humano devem ser respeitadas e atendidas, esse cuidado engloba desde uma simples orientação até a realização de procedimentos complexos. A educação continuada também deve atuar como fator de melhoria entre as práticas profissionais, fortalecendo a interprofissionalidade, segurança do paciente e seus protocolos, instituição de processos e nível gerencial e também a importância primordial da Equipe de Enfermagem no Centro Cirúrgico como agente de gerenciamento de cuidado e estabelecimento das tomadas de decisão entre as demais profissões.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2013.

FERNANDES, RAQ; NARCHI, NZ. **Enfermagem e saúde da mulher**. Barueri, SP: Manoele, 2007.

MARQUE, FC et al. **A Percepção da Equipe de Enfermagem sobre Humanização do Parto e Nascimento**. Esc Anna Nery R Enferm 10 (3): 439 - 47. Rio de Janeiro, 2006.

MONTEIRO, ELC; SANTANA, EM. **Técnica cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SENADO FEDERAL. **Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil**. 2018. Brasília DF. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>

Pancieri, A.P; Santos, B.P.; Avila, M.A.G; Braga, E.M. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Rev Gaúcha Enferm**. 2013;34(1):71-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/09.pdf>

## A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA À MULHER EM PROCESSO DE ABORTAMENTO INDUZIDO

### **Werbeth Madeira Serejo**

Enfermeiro do Hospital Geral de Monção. São Luís-MA

### **Eline Coelho Mendes**

Enfermeira do Hospital Municipal Dr. Francisco Guisti. São Luís-MA

### **Andrio Corrêa Barros**

Pós-graduando em Gestão da Assistência em Urgência e Emergência e Educação Continuada e Permanente em Enfermagem. São Luís-MA

### **Brenda Santos Veras**

Enfermeira da Maternidade Benedito Leite. São Luís-MA

### **Thainara Costa Miguins**

Enfermeira do Hospital Geral de Monção. São Luís-MA

### **Keymison Ferreira Dutra**

Graduando em Enfermagem. São Luís-MA.

### **Lucimara Silva Pires**

Graduada em Enfermagem. São Luís-MA.

### **Lidiane de Sousa Belga**

Enfermeira do Hospital Geral de Monção e Hospital Municipal Thomaz Martins. Santa Inês-MA.

### **Tayssa Railanny Guimarães Pereira**

Pós Graduanda em Gestão da Assistência em Urgência e Emergência. São Luís-MA.

### **Manuel de Jesus Castro Santos**

Graduando em Enfermagem. Teresina-PI.

### **Tharcysio dos Santos Cantanhede Viana**

Graduando em Enfermagem. São Luís-MA.

### **Hedriele Oliveira Gonçalves**

Enfermeira do Home Care Lar e Saúde. São Luís-MA.

### **Mackson Ítalo Moreira Soares**

Especialista em Auditoria, Gestão e Planejamento em Saúde. Pinheiro-MA

### **Ivanilson da Silva Pereira**

Enfermeiro do Hospital Geral de Monção. Monção-MA.

**RESUMO:** O presente trabalho tem como objetivo analisar o atendimento humanizado as mulheres em processo de abortamento induzido. Ressalta-se que o interesse pelo objeto de estudo surge a partir da necessidade de assistência a mulher que sofre um aborto. O mesmo tem como objetivo contribuir com as práticas dos profissionais de enfermagem com o objetivo de amenizar os problemas que impedem que o profissional respeite a vida e os direitos da mulher sem discriminação de qualquer natureza. O abortamento é uma interrupção da gestação até a 20<sup>a</sup> ou 22<sup>a</sup> semana de gravidez e com expulsão do concepto com peso inferior a 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25 cm. O aborto é a expulsão do feto e sua causa é denominada de aborto induzido ou espontâneo. O aborto induzido é a terceira maior causa de morte no Brasil, representando milhares de mortes no ano e por complicações

que acontecem logo depois do ato. Esse tipo de aborto acaba resultando em graves problemas para as mulheres, como, traumatismo dos órgãos reprodutivos, hemorragia, peritonite, septicemia, aumentando assim os gastos nos sistemas de saúde onde se prevenidos ou evitados podem diminuir esses autos custos. Nesse contexto, a enfermagem exerce um papel muito importante possuindo obrigações de prestar uma assistência humanizada, com ética e que atenda as verdadeiras urgências dessas mulheres, respeitando os seus direitos, a vida e sua dignidade, não tratando essa mulher de maneira diferente, e mantendo sempre o sigilo profissional, pois ela se encontra em estado de vulnerabilidade e não deseja que sua vida seja exposta e nem mesmo criticada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aborto; Enfermagem; Assistência Humanizada.

**ABSTRACT:** The present study aims to analyze the humanized care of women in induced abortion process. It is emphasized that the interest in the object of study arises from the need to assist the woman who suffers an abortion. The purpose of this study is to contribute to the practices of nursing professionals in order to alleviate problems that prevent professionals from respecting the life and rights of women without discrimination of any kind. Abortion is an interruption of pregnancy until the 20th or 22nd week of pregnancy and with expulsion of the concept weighing less than 500 grams and / or height less than or equal to 25 cm. Abortion is the expulsion of the fetus and its cause is called induced or spontaneous abortion. Induced abortion is the third leading cause of death in Brazil, accounting for thousands of deaths in the year and complications occurring soon after the act. This type of abortion ends up resulting in serious problems for women, such as trauma to the reproductive organs, hemorrhage, peritonitis, septicemia, thus increasing the expenses in health systems where if prevented or avoided can lower these costs autos. In this context, nursing plays a very important role, having obligations to provide a humanized, ethical assistance and that attends to the real urgencies of these women, respecting their rights, life and their dignity, not treating this woman differently, and maintaining always professional secrecy because she is in a state of vulnerability and does not want her life to be exposed or even criticized.

**KEYWORDS:** Abortion. Nursing. Humanized Assistance.

## 1 | INTRODUÇÃO

O conceito de depressão emergiu com o declínio das crenças mágicas e supersticiosas que justificavam o entendimento dos transtornos mentais, a depressão é relativamente nova na história, sendo usada pela primeira vez em 1680 (ROUSSEAU G, 2000).

A prática do aborto simboliza um dos mais cruciais fatores que provocam os altos índices de mortalidade materna em todo o Brasil e o processo de curetagem vem se tornando o de maior cômputo, especialmente quando associado ao sistema

de saúde pública, logo após ao parto espontâneo. O aborto está maculado por sentimentalidades negativas perante os relevantes preconceitos, sem falar que os seus efeitos de violação legal produzem o agravamento das desigualdades sociais e torna-se indubitável a colaboração para as elevadas taxas de mortalidade das parturientes.

Todavia, dada a fecundação formada a nível popular, onde buscam como parâmetro o aborto, observa-se que tal prática consiste em todo e qualquer procedimento que venha interromper a gestação anterior a 28ª semana gestacional, cessando-se, biologicamente, com a dispersão ou excreção prematura embrionária, do habite uterino, ocasionando, por fim, a morte do feto ou tendo sido ocasionada pelo referido ato.

Porém, o aborto induzido, tema deste trabalho, faz com que a enfermagem exerça um papel importante, ou seja, a intervenção em prestar uma assistência humanizada, com ética e que atenda às necessidades dessas mulheres, respeitando os seus direitos, a vida e sua dignidade, não a tratando de forma indiferente, e sempre mantendo a confidencialidade profissional, pois esta encontra-se em estado de vulnerabilidade e não deseja que sua vida seja exposta e nem mesmo envolta em críticas neste momento.

Diante dessa realidade, enfatizada em vários estudos, se constata que o aborto é um tema complexo, onde existem vários posicionamentos. Na rede hospitalar de saúde, as mulheres em processo de abortamento induzido são alvos de diversas formas de violência, como a discriminação com palavras, atitudes condenadoras pelo seu ato, descaso no seu atendimento, menosprezo e atitudes em forma de preconceito. Assim, existe uma demanda de profissionais que trabalham levando somente em consideração sua opinião e princípios sobre o aborto e não respeitam os direitos da pessoa.

Diversos são os debates e embates relacionados quanto a conduta abortiva, seja de forma clandestina ou mesmo induzida, tudo por causa das questões culturais, religiosas e mesmo pela questão da bioética que questiona a natureza da vida e sua manipulação por meio da ciência, ou seja, nas esferas do moralismo, medicina, corpo técnico, ético, religioso e jurídico. Não existe em nossa legislação mecanismo onde sejam consentidos sua realização, uma vez em que constatados os exames pré-natais ratificam que o feto virá ao mundo com substanciais deformidades, não recebendo assim autorização do aborto eugênico nestes casos.

Pretende-se refletir sobre o tema em seu princípio de assistência de enfermagem humanizada, enfatizando a assistência prestada à mulher em processo de abortamento induzido. Espera-se contribuir para o desenvolvimento de novos estudos sobre a importância desta temática e para a construção de pensamentos que objetivem na adoção de maneira que possam contribuir para um acolhimento adequado, e oferecer uma atenção de qualidade e humanizada para a mulher, pois é dever de todos profissionais de saúde que ofereçam tais procedimentos e informar

sobre os direitos independente de suas escolhas.

O problema deste trabalho é qual a importância da assistência de enfermagem humanizada no processo de abortamento induzido? O objetivo geral foi de analisar a assistência de enfermagem humanizada a mulher em processo de abortamento induzido, justificando-se pelo fato de o aborto ser uma realidade que atinge muitas mulheres brasileiras, portanto, necessita tratamento mais sério do que aquele que tem recebido até o momento pelo sistema de saúde.

## **2 | METODOLOGIA**

Esta pesquisa tem como objetivo fazer uma revisão de literatura, com abordagem descritiva sobre a assistência de enfermagem à humanizada à mulher em processo de abortamento induzido. Para a sua elaboração, o percurso metodológico se deu por meio de literaturas, coletas de dados e interpretação de revisão bibliográfica.

A busca online foi realizada nas seguintes bases eletrônicas: Literatura Latino Americana e do Caribe de Informações em Ciência da Saúde (LILACS), ScientificElectronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico.

## **3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES**

O enfermeiro é um trabalhador da área da saúde, um agente de mudanças que visa através da educação e de atividades específicas encontrar relações entre o homem, o ambiente e o processo vital além de incorporar novos conhecimentos para encontrar uma maneira de ação (SPESM,2011).

O enfermeiro que trabalham na área de saúde mental são detentores de um papel de destaque, pois o seu perfil profissional é visto como um fator determinante ao se tratar dos usuários e aos seus familiares. As ações dos enfermeiros bem como a sua realidade de atuação demonstra que existe a busca pelo apoio individual e coletivo de forma integral. Sendo desta forma importante a inserção ao contexto familiar e social das pessoas que são o centro de atenção e cuidado. Ainda nesse sentido são profissionais que visam a manutenção e a promoção da saúde dos sujeitos que estão inseridos nesse processo assistencial (SPRINGHOUSE, 2010)

Otimizar a comunicação entres utentes, familiares e profissionais de saúde é também dar resposta a pressupostos éticos e deontológicos, preconizados pela ordem dos enfermeiros que consagra o direito da família e do utente a serem envolvidos no processo de cuidados (BARBIERI, 2009).

É importante o entendimento de que o enfermeiro esteja sensível para entender a organização do modelo familiar, atendendo e respeitando os valores e as crenças, afirmando a necessidade de uma articulação no âmbito da saúde mental e da equipe multidisciplinar.

É extremamente importante e necessário que se reconheça a importância do trabalho dos enfermeiros é primordial a valorização das ações em saúde mental, e que elas estejam orientadas na manutenção do tratamento medicamentoso, que ela consiga estabelecer o desenvolvimento do relacionamento interpessoal, que ele tenha uma atuação dinâmica e que favoreça o convívio familiar.

A importância do trabalho dos enfermeiros reforça a ideia sobre a ação em saúde mental, uma vez que são condutas que servem para orientar e desta forma realizar a manutenção do tratamento medicamentoso, onde haverá o desenvolvimento do relacionamento interpessoal, compreensão e também dinâmica familiar favorecendo as intervenções terapêuticas e educacionais. E que servirão para reconhecer os primeiros sinais de recorrência de crises.

O enfermeiro usa todas as técnicas e habilidades da comunicação terapêuticas previamente descritas para ajudar a alcançar os seguintes objetivos: estabelecer uma atmosfera harmônica com o cliente sendo empático, sincero e cuidadoso, aceitando o incondicionalmente, sejam quais forem suas crenças ou comportamentos (VIDEBECK, 2012).

Será interessante essa relação com os enfermeiros para que possa ser feita uma comunicação terapêutica com a intenção de estabelecer suporte para identificação e desta forma encontrar soluções aos problemas. A comunicação terapêutica representa uma ferramenta que serve para auxiliar o enfermeiro para avançar e moldar seus conhecimentos técnicos e científicos, podendo dar margem para que seja feito um planejamento das ações que deverão ser voltadas a cada paciente como um todo, criando desta forma um vínculo precioso.

É comum o enfermeiro conseguir planejar o horário e o local da comunicação terapêutica, determinando, por exemplo, uma interação profunda e privada com o cliente. O enfermeiro tem tempo para pensar sobre o local do encontro, o que dizer tendo uma ideia geral do tópico que pode incluir, descobrir a visão do cliente ou o que mais o preocupa ou dar sequência à interação iniciada no encontro (VIDEBECK, 2012).

Os enfermeiros assumem grande parte da responsabilidade de preparar os pacientes física e psicologicamente, para a hospitalização e os cuidados contínuos. Desempenham papel fundamental ao ensinar os pacientes e seus familiares sobre a prevenção da doenças e mudanças no modo de vida, exames e procedimentos, medicações e outros tratamentos (SPRINGHOUSE, 2010).

A assistência do enfermeiro pode ser planejada desde sua implantação do procedimento. Ainda no contexto, a atenção de enfermagem engloba manejos e técnicas que levam em conta a intenção de proporcionar sensação de segurança ao paciente com os fins de que este desenvolva uma relação satisfatória com o enfermeiro, tornando-o uma pessoa importante para o doente e que tenha o intuito de ajudá-lo na mudança dos aspectos patológicos de sua personalidade (GUEDES JÚNIOR e GUIMARÃES, 2007).

A enfermagem é uma profissão que se desenvolveu através dos séculos, mantendo uma estreita relação com a memória da civilização. Neste contexto, tem um papel preponderante por ser uma profissão que busca promover o conforto do homem, considerando sua liberdade, unicidade e dignidade, atuando na melhoria da saúde, prevenção de enfermidades, no transcurso de doenças e agravos, nas incapacidades e no procedimento de morrer (BEDIN et al., 2004).

Quando o tema se trata de abortamento, e inadmissível não questionar uma assistência resolutiva, seguida de total comprometimento com o social, acima de tudo, com uma perspectiva direcionada para a integridade da mulher que experimenta essa prática. Argumenta-se com relação humanização da assistência como uma primordialidade na atualidade, que passou a ser integrante do vocábulo de toda área da saúde a começar de 1990, como uma opção para a transformação na recepção comum e desumana. Compreende-se o termo humanizar como oferecer um atendimento bem qualificado e vinculando os progressos da tecnologia com receptividade, com melhoria dos locais do zelo e das circunstâncias de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2013).

No final dos anos 1990, a humanização da assistência necessitaria ser projetada em planejamentos na área da saúde pública brasileira. Entretanto, essa iniciativa só veio ocorrer a partir do ano de 2001, com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), no ano de 2003, o que propagou a Política Nacional de Humanização. No recente cenário, a humanização se configura relevantemente uma vez que se tem como conceitos de receptividade a integralidade da assistência, isonomia e participação social dos usufruidores, dentre outros. Faz-se essencial reconsiderar a prática rotineira com o propósito de humanizar a assistência, não aceitando que a própria meramente ocorra de forma mecânica (ARONE; CUNHA, 2009).

Essa metodologia está associada a habilidade da forma em expressar e perceber. Compreendemos que as coisas no mundo ficam humanas no momento em que passam a dialogar de maneira recíproca. Assim, se torna viável o diálogo como forma de relacionar-se com o outro, entender seus dilemas e determinar os objetivos de forma uniforme com finalidades em propiciar o bem-estar recíproco (OLIVEIRA et al, 2010).

O cuidado humanizado causa naquele que cuida o entendimento e o enaltecimento da pessoa humana no tempo em que sujeito histórico e social, refletindo que, em diversas oportunidades, se torna fundamental sensibilizar e problematizar a veracidade da situação a começar pela equipe multidisciplinar. Em decorrência de a atividade abortiva prosseguir como a causa principal de morte, e nesse sentido, o aspecto da ilegalidade favorece a sua clandestinidade (DOMINGOS et al, 2010).

Nesse sentido, todo o quadro de enfermagem se depara com ocasiões que originam dúvidas e ações a serem previamente aplicadas quanto às questões éticas, pois aquilo que podemos analisar, é que as mulheres em processo de abortamento

passam por uma experiência maculada por todo o meio social, frente ao embate vida vs morte. Isso se retrata na prática cotidiana do profissional de enfermagem.

Conforme Gesteira (2009), aqueles indivíduos mais próximos a estas mulheres, em sua grande maioria das ocasiões, os profissionais de enfermagem, em diversas situações, não se dão conta dessa sua carência particular. Acredita-se que as devidas atuações desses profissionais da saúde, especificamente os enfermeiros, devem estar disciplinadas na preparação em se confrontarem com as alternativas de oriundas de outros indivíduos, sem fazer tipo algum de juízo. Entende-se que isso causa uma convergência, pois engloba o dilema moral que pode arremeter a reavaliação de conceitos.

A especificidade do código de ética fornece e respalda o processo em fazer uma alta análise e debates por parte dos profissionais de enfermagem com relação às ocorrências com as quais se deparam constantemente no seu ambiente de trabalho, qualificando os mesmos para o ato de prevenir e a solução das adversidades conflitantes e polêmicas, colaborando com sua forma de decidir. Em outro panorama, o contexto da maior parcela das mulheres quando apresentam um quadro de aborto se associa com o resultado diversos fatores, tais como: deficiências relacionadas quanto ao plano de reprodução mal elaborado; ausência de dados congruentes; dificuldades de acessibilidade aos métodos anticoncepcionais; relação sexual não consentida; estupro; incesto; dificuldades financeiras; e, o abandono de por parte dos serviços de saúde (FORTES, 2011).

Nesse sentido, são várias as implicações na vida das mulheres pós-abortamento na esfera social, na vida particular, entre seus familiares, incluso efeitos físicos, como as grandes perdas de sangue ou as adversidades que podem culminar com sua função fértil. Devem ser levados ainda em consideração, também, os transtornos psicológicos, nos quais a mulher começa a se sentir culpada e se penalizar. Diante disso e pelo fator do aborto estar incluso em um campo extremamente controverso, aponta-se como indispensável a perícia ética jurídica e legal do acadêmico de enfermagem, na edificação do ensino para a saúde, em conceitos. Em consequência se estará motivando o tratamento humanizado, que diligência em um gesto de diálogo e de receptividade dos profissionais enfermeiros, visto que humanizar é assegurar o compromisso com sua honra ética (FAQUINELLO, 2007).

Dessa forma, a ansiedade humana como ainda a sua recepção pelos sentidos de dor ou sensação de prazer no corpo para serem humanizados, carecem tanto das frases como o indivíduo se expressa sejam identificadas pela outra parte, quanto esse indivíduo necessita escutar de terceiros, expressões de reconhecimento. A humanização é um procedimento de grandes proporções, vagaroso e complexo, pois engloba transformações comportamentais que sempre motivam a falta de segurança e persistência. Todavia, oferece recursos aos seus clientes e aos profissionais de enfermagem para que possam progredir de forma bilateral o comprometimento por sua saúde, na procura por qualidade de vida e cidadania (OLIVEIRA et al, 2009).



Para tanto é essencial que se trabalhe enfocando no respeito, na conversação e na solidariedade recíproca. O grande dilema do abortamento vai sendo superado e debatido conforme a incumbência, o cumprimento e a confiabilidade recíproca dos pacientes e profissionais atuantes desse segmento da saúde e que se envolvem, convertendo-se na assistência de boa qualidade. A colaboração honrosa perante os indivíduos vai se ampliando no tempo em que estabelecem um comprometimento de acolher. É de suma relevância lembrar que empenho de profissionais na assistência acarreta confrontos e influências nos seus específicos conceitos e condutas associadas ao assunto (SOARES, 2010).

Nesse contexto, na realização do especialista, o enfermeiro ao optar em fazer parte ou não da cessação da gestação, ou seja, colaborar da ação abortiva, se confronta com situações conflitantes e dilemas morais. Dessa forma, a enfermagem necessita agir de forma a analisar calculadamente com relação aos conceitos éticos das atividades e função do mesmo como profissional, originando dessa maneira a alternativa mais prudente ao exercer sua profissão, da mesma forma com os pacientes sob sua tutela e atenção. Entretanto, o grande desafio dos enfermeiros é dar a devida assistência aos seus pacientes, especialmente nesse caso mulheres estadas de abortamento, com relação ao ponto de vista moral e nas várias ocorrências na qual se deparam (TEIXEIRA et al, 2010).

Com relação a essa perspectiva, a ação do zelo com as mulheres diante uma ocorrência abortiva requer respeito, ser ainda o profissional extremamente responsável e principalmente ser muito coerente eticamente, na coerência ética nas medidas tomadas por parte do enfermeiro, como ainda do acadêmico perante a particularidade individual de cada mulher, e seu caso específico, propiciando uma aproximação resolutiva de forma íntegra (BECK et al, 2007).

Lemos; Russo (2014), em uma habilitação do profissional em saúde foi analisado de maneira generalizada, o debate prevaente foi inverso a atividade abortiva, por intermediação de argumentos de aspetos envoltos em religiosidade ou ética moral, especificamente no instante das atividades em equipes.

#### **4 | CONCLUSÃO**

A ambiguidade, a relativização, ou, ainda, a versatilidade perante o assunto do aborto se fez presente nos debates de determinadas fontes informativas ao que se relaciona ao perigo a que as mulheres se submetem pela desaprovação desse processo. Os enfermeiros e demais profissionais concluem ser necessário reavaliar as leis, com a finalidade de aumentar as situações aceitas perante a lei, além de identificarem se tratar de uma adversidade do campo da saúde pública.

Alguns autores apontam que a fragilidade na qualificação do profissional em enfermagem, com o propósito de atuar junto às mulheres em estado abortivo legal,

proveniente de delimitada interpelação sobre esse assunto no decorrer de sua formação das profissões de saúde, acentuada pela complexidade na presença em estudos que visam capacitar os enfermeiros e demais profissionais da área de saúde, como também a ausência de treinamento do contexto das atividades inerentes, colabora para se tornar invisível a procura, como ainda uma assistência nem sempre propícia.

No que compete à assistência à mulher, a despeito de que as profissionais serem conscientes da segregação, os debates demonstram que as mesmas dão prioridade a assistência às mulheres em procedimento parto, não levando em consideração os fatores humanitários e os perigos que cercam a saúde das mulheres que causaram o aborto.

Não observam que o procedimento do aborto induzido tende a provocar uma ação de estresse pós-traumático, circunstância constante, especialmente nas situações abortivas induzidas, além disso, sequer observam que estão transgredindo os mandamentos éticos que dispõem a profissão. A consciência e ação dos profissionais que formam o grupo de enfermagem com relação ao aborto induzido induzem excessivamente de maneira de acompanhar e se relacionar com as mulheres que causam esse tipo de questionamento. A violência convencional no atendimento é resultado desse quadro real.

Conclui-se que exibir o acolhimento às mulheres em procedimento de abortamento induzido na entidade, torna público o abortamento induzido, no tempo em que elemento obstruído, que até aquele momento se delimitava ao ambiente doméstico. Dessa forma, a assistência à mulher que vivencia esse procedimento de aborto induzido, tem sido indeferida, preterido pelos profissionais de enfermagem, por consequência da sua classificação como sendo ato criminoso, por decorrência desse fator, a sentença contrária da sociedade. Com isso, os históricos femininos com relação às práticas de aborto induzido prosseguem a serem qualificados como elementos oprimidos, que impossibilitam a suspensão do diálogo censurado nas atividades de receptivas, tornando mais longínquo enxergar a perspectiva de assistência humanizada, sem discriminação de qualquer característica.

## REFERÊNCIAS

BECK, C. L. C.; GONZALES, R. M. B.; DENARDIN, J. M. et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto enferm*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 503-510, jul.-set. 2007.).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - PNH. Brasília: MS, (2013).

DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Escola Anna Nery*, v.14, n.1, p.177-181, 2010.

FAQUINELLO, P.; HIGARASHI, L. H.; MARCON, S. S. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 605-616, 2007.

FORTES, P. A. de C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 30-35, (2011).

GESTEIRA, S. M. A. Assistência prestada à mulher em processo de aborto provocado: o discurso das mulheres e das profissionais de saúde. 229f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Departamento de Enfermagem. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2009..

LEMOS, Adriana; RUSSO, Jane Araújo. Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, n. 49, p. 301-312, 2014.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência à saúde. *Rev Latino-amEnferm*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, (2010).

SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: conflitos e significados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 399-406, 2010.

TEIXEIRA, I.N. D. O.; LABRONICI, L. M.; MANTOVANI, M. F. Produção científica nacional sobre ética de enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Rev. bras. Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 23, n. 1, p. 80-91, 2010.

TESSARO, Anelise. Aborto seletivo: descriminalização & avanços tecnológicos da medicina contemporânea. Curitiba: Juruá, 2012.

## PARTO HUMANIZADO: UM ESTUDO SOB A ÓTICA E SENTIMENTOS DAS PUÉRPERAS DIANTE DO PARTO NORMAL

### **Meillyne Alves dos Reis**

Mestre em Atenção à Saúde pela PUC-GO  
Docente do Curso de Enfermagem do Centro  
Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA.

### **Constanza Thaise Xavier Silva**

Doutora em Ciências da Saúde pela UFG-GO  
Docente do Curso de Enfermagem do Centro  
Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA.

### **Glauca Oliveira Abreu Batista Meireles**

Mestre em Ciências Ambientais e Saúde pela  
PUC-GO  
Docente do Curso de Enfermagem do Centro  
Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA.

### **Sara Fernandes Correia**

Mestre em Atenção à Saúde pela PUC-GO  
Docente do Curso de Enfermagem do Centro  
Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA.

### **Tatiana Caexeta Aranha**

Especialista em Enfermagem em Terapia  
Intensiva pela PUC-GO  
Docente do Curso de Enfermagem do Centro  
Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA.

### **Layane Souza Mota**

Especialista em Auditoria nos Serviços de Saúde  
pela PUC-GO  
Enfermeira. Faturista no Hospital Evangélico  
Goiano (HEG) em Anápolis-GO

### **Suzane Fortunato da Silva**

Especialista em Urgência e Emergência  
pelo Centro Universitário de Anápolis-GO,  
UniEVANGÉLICA.  
Enfermeira no Hospital Materno Infantil Dr. Willian  
Safatle em Catalão-GO

### **Elizangela Diniz Fernandes de Oliveira**

Discente do Curso de Enfermagem do Centro  
Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA.

### **Sinara Gomes Moura**

Discente do Curso de Enfermagem do Centro  
Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA.

**RESUMO: OBJETIVO:** Compreender a visão das puérperas quanto à vivência do parto humanizado em uma instituição pública na cidade de Anápolis-GO, identificando aspectos positivos e negativos vivenciados e investigando o seu grau de satisfação quanto à assistência recebida no parto. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa contendo uma amostra de dezesseis puérperas pós-parto normal, por meio de uma entrevista semiestruturada. **RESULTADOS:** Evidenciaram três categorias sendo elas: Motivos que contribuíram para a escolha do parto pelas puérperas; Sentimentos vivenciados e temor expresso pelas dores e sofrimento; e Parto Humanizado: Satisfação em relação à presença do acompanhante e à assistência de enfermagem. **CONCLUSÃO:** Percebeu-se nos relatos que há satisfação da mãe em relação ao tipo de parto escolhido, pois este traz a ela benefícios não apenas físicos, mas também emocionais, ou seja, a dor e o sofrimento não são capazes de interferir na vontade que ela

tem de vivenciar cada etapa do nascimento de seu filho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Parto humanizado. Sentimentos vivenciados. Assistência de enfermagem.

### HUMANIZED DELIVERY: A STUDY FROM THE PERSPECTIVES AND FEELINGS OF PUERPERAL WOMEN BEFORE THE NORMAL BIRTH

**ABSTRACT: OBJECTIVE:** To understand the view of puerperal women regarding the experience of humanized delivery in a public institution in the city of Annapolis-GO, identifying positive and negative aspects experienced and investigating their degree of satisfaction with the care received during childbirth. **METHODOLOGY:** This is a descriptive research with a qualitative approach containing a sample of sixteen postpartum normal postpartum women, through a semi-structured interview. **RESULTS:** There were three categories: the reasons that contributed to the choice of delivery by puerperal women; Experienced feelings and fear expressed by pain and suffering; and Humanized Delivery: Satisfaction with the presence of the companion and the nursing care. **CONCLUSION:** It was noticed in the reports that there is satisfaction of the mother in relation to the type of delivery chosen, since this brings to her not only physical but also emotional benefits, that is, pain and suffering are not able to interfere in the will that she has to experience every step of the birth of her child.

## INTRODUÇÃO

A gestação e o parto assumem importâncias significativas na vida da mulher, pois representa o nascimento de um novo ser. É a renovação do milagre da vida e este feito repercute profundamente em seus planos, sejam eles emocionais, físicos, sociais, este é o momento no qual sua identidade é reformulada, ao deixar o papel de filha e assumir o papel de mãe. Além disso, as expectativas alimentadas em relação ao parto e ao bebê influenciam na forma como essa experiência será vivenciada por cada uma.

O parto normal espontâneo, cujo não é preciso intervenções ou induções, possui um processo de recuperação mais rápido e menor risco de complicação. Tem-se como melhor no sentido de garantir o bem estar físico e emocional tanto para a puérpera quanto para o recém-nascido (RN). Para Lowdermilk (2002, p.308) “O parto é considerado “normal” quando a mulher está a termo ou próxima de estar, quando não há complicações, quando um único feto se apresenta pelo vértice e quando todo o processo de parto completa-se em 24 horas”. Sendo assim, as etapas do parto consistem então em quatro períodos, sendo eles, fase latente e fase ativa; período expulsivo; período da saída da placenta e período de observação (DAVID; XAVIER, 2011).

Transcorrido o parto normal de fato dar-se início ao período puerperal que segundo Brasil (2001, p.175), é o período do ciclo gravídico-puerperal em que as

modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher, retornam à situação do estado pré-gravídico.

O parto natural, ao longo dos anos, tem passado por diversas interferências no âmbito hospitalar que acabam sendo prejudiciais para o binômio mãe-filho, pois os índices de morbimortalidade materna, perinatal e infantil em decorrência de problemas no período intraparto tem sido altos. Cabe à gestão e profissionais de saúde o desafio de reduzir essas taxas através do resgate da humanização do parto, com propostas e campanhas que busquem informar e conscientizar a população e os profissionais de saúde a valorizarem e apoiarem esse tipo de parto, centrando a atenção na qualidade do atendimento à mulher e a seu filho.

Sabendo-se que “humanizar a parturição é envolver-se com o outro” (ZAGONEL, p.36), o parto humanizado, é visto como sendo uma proposta holística a ser aplicada à parturiente, capaz de respeitar sua individualidade, direcionando a atenção às suas necessidades em todas as dimensões, valorizando-a como protagonista do seu parto, cabendo ao médico e demais profissionais interferir apenas quando se fizer necessário. Assim, deve-se aplicar atendimento holístico e humanizado, oferecendo automaticamente uma assistência de maior qualidade, possibilitando um melhor relacionamento entre as pessoas envolvidas e evitando práticas intervencionistas desnecessárias.

Neste sentido se torna fundamental para a humanização do parto. O preparo da gestante para o momento do nascimento abrange um conjunto de atividades, cuidados e medidas que oferecem à mulher a possibilidade de vivenciar esse momento sentindo-se protagonista do processo. Para maior segurança e conforto a parturiente deve estar acompanhada pelas pessoas em quem confia e com quem se sinta a vontade; ter o direito de receber todas as informações e explicações que desejar e necessitar; e ter sua privacidade respeitada como cidadã.

A fim de considerar os desejos e valores da mulher o Ministério da Saúde (MS) implantou o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento com o objetivo primordial de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura, e da qualidade de acompanhamento pré-natal (PN), da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva de direitos de cidadania (BRASIL, 2002, p.5).

Em 1996, o MS em parceria com outros órgãos, lançou o Projeto Maternidade Segura que “pretende reduzir a mortalidade materna e perinatal, através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido” (BRASIL, 2001, p.18).

Mas conforme Silva, Serrano e Christoffel (2006), por mais que o MS preconize amplas campanhas para conscientização de humanização no parto, poucos são os locais e profissionais que têm aderido a esta prática, existindo várias controvérsias no que se diz respeito à forma de como as puérperas vêem esse tipo de parto sob a ótica da própria vivência. Faz-se necessário que o parto humanizado seja discutido, compreendendo o papel de cada indivíduo neste processo, respeitando a puérpera como um todo, melhorando assim a atuação dos profissionais que a assistem,

principalmente a enfermagem, pois esta oferece apoio e orientações, podendo ajudar à puérpera a reduzir a ansiedade durante o processo de parto, minimizando o medo, oferecendo segurança e coragem.

O presente estudo tem como objetivos compreender a visão das puérperas quanto a vivência do parto humanizado em uma instituição pública na cidade de Anápolis-GO, bem como identificar aspectos positivos e negativos vivenciados pelas puérperas durante o parto e investigar o grau de satisfação da puérpera referente à assistência recebida no parto humanizado.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvida numa maternidade pública beneficente sem fins lucrativos e credenciada ao Projeto Maternidade Segura, na cidade de Anápolis-GO, no período de Outubro à Dezembro de 2015.

A amostra é composta por dezesseis puérperas em regime de Alojamento Conjunto (ALCON), no puerpério mediato, sendo das duas primeiras horas pós-parto até ocasião da alta hospitalar. Dentre os critérios de inclusão adotou-se: maiores de 18 anos, submetidas à parto normal sem intercorrências; e estarem em exercício do alojamento conjunto (ALCON). Dentro os critérios de inclusão adotaram-se: submissão à outra via de parto e ausência do exercício do ALCON.

A coleta de dados aconteceu por meio da aplicação de uma entrevista semiestruturada, contendo perguntas abertas e fechadas referente à experiência vivenciada pela puérpera submetida ao parto normal, tais como: fale sobre sua escolha para o parto normal; a sua visão a cerca do parto humanizado; relate sua experiência durante o tempo em que esteve em trabalho de parto e sobre o nascimento de seu filho; você se sentiu respeitada naquilo que diz respeito ao tipo de parto e cuidados que você desejava ter recebido; cite o que mais a agradou e o que mais a desagradou; e qual o seu grau de satisfação em relação à assistência que você recebeu durante e após o seu parto. As entrevistas foram gravadas em um MP4, analisadas e transcritas na íntegra.

A partir da análise dos dados coletados, e tendo por ferramenta de análise a proposta de Bardin, (1979 apud Minayo, 2004) que tem como objetivo aprofundar e descrever a essência da mensagem passada pelos participantes entrevistados trabalha com um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdos, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e percepção das mesmas. Foram evidenciadas três categorias relacionadas aos objetivos, sendo elas: Motivos que contribuíram para a escolha do parto pelas puérperas; Sentimentos experimentados e temor expresso pelas dores e sofrimento; e Parto Humanizado: Satisfação em relação à presença do acompanhante e à

assistência de enfermagem.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos da UniEVANGÉLICA – Centro Universitário de Anápolis via Plataforma Brasil, com o CAEE 24810014.6.0000.5076/2014, parecer N° 668.954. Atende aos preceitos éticos da Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS

Integraram o estudo dezesseis puérperas cujas características sócio-demográficas encontram-se descritas na Tabela 1.

Variáveis	N	%
<b>Idade</b>		
≥ 18 ≤ 22	10	62,50
≥ 23 ≤ 27	04	25,00
≥ 28 anos	02	12,50
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>
<b>Cor</b>		
Branca	03	18,75
Parda	12	75,00
Negra	01	6,25
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	01	6,25
Casada	02	12,50
União Estável	10	62,50
Divorciada	03	18,75
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental Completo	04	25,00
Ensino Médio Completo	10	62,50
Ensino Superior Completo	02	12,50
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>
<b>Renda Mensal</b>		
1 a 2 SM	10	62,50
2 a 3 SM	02	12,50
≥ 4 SM	04	25,00
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>

**Tabela 1** – Distribuição das variáveis socioeconômica e demográficas, das puérperas de pós-parto normal. Anápolis, 2015.

**Legenda:** SM – Salários Mínimos / OBS: valor de referência para o período: R\$ 788,00 (setecentos e oitenta e oito reais).

A média idade é de 20 anos, a maioria de cor parda, com grau de instrução entre



o ensino médio completo e o ensino superior incompleto em união estável, com renda familiar média de 1 a 2 salários mínimos.

As informações referentes ao parto e nascimento aparecem na Tabela 2.

Variáveis	N	%
<b>Tipo de Parto</b>		
Normal sem episiotomia	12	75,00
Normal com episiotomia	04	25,00
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>
<b>Contato pele a pele do RN no</b>		
<b>1º minuto de vida</b>		
Sim	14	87,50
Não	02	12,50
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>
<b>RN sugou em seio materno na</b>		
<b>Sala de parto</b>		
Sim	04	25,00
Não	12	75,00
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>
<b>Grau de satisfação em relação à</b>		
<b>Assistência recebida</b>		
Ótimo	06	37,50
Bom	09	56,25
Ruim	01	6,25
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>

**Tabela 2** – Distribuição das informações relativas ao parto e nascimento de puérperas participantes do estudo. Anápolis, 2015.

A maioria dos partos foi realizado sem nenhum tipo de intervenção, o contato pele a pele no primeiro minuto de vida foi preservado, apenas dois casos em que o RN, nasceu com desconforto respiratório e precisou de assistência imediata da equipe, o aleitamento materno (AM) não foi considerado efetivo na sala de parto.

Quanto ao grau de satisfação com a assistência recebida durante sua permanência no pré-parto e sala de parto, as participantes, consideram boa, seguido do ótimo, apenas em um dos casos, a mesma relatou insatisfação com a equipe médica.

A análise do *corpus* possibilitou a identificação dos temas abordados pelas participantes, com isso o estabelecimento das categorias temáticas: Motivos que contribuíram para a escolha do parto pelas puérperas; Sentimentos experimentados e temor expresso pelas dores e sofrimento; e Parto Humanizado: Satisfação em relação à presença do acompanhante e à assistência de enfermagem.

### **Motivos que contribuíram para a escolha do parto pelas puérperas**

A maioria das participantes opta pelo parto normal sem intervenções visando

os benefícios que ele traz consigo que vão desde a recuperação imediata e redução de complicações até o fato de ser mais saudável para o binômio mãe-filho. No qual relatos ilustram o porquê da escolha para esse tipo de parto.

“Ah, eu sempre optei pelo parto normal porque eu acho mais tranquilo, mais seguro em questão até da recuperação que é melhor pro bebê [...] meu parto foi normal mesmo”. (Girassol, 22 anos).

“Acho que o parto normal é a melhor coisa que uma mulher pode fazer, porque a recuperação é mais fácil [...]”. (Jasmim, 19 anos).

“Foi desde o primeiro filho eu já escolhi que o segundo parto também seria normal. Porque é melhor, acho que é mais saudável, pra mãe, pro filho. [...] não teve nem o corte, foi bom demais”. (Acácia, 20 anos).

“[...] O parto normal é mais saudável e a recuperação da gente é muito mais fácil”. (Copo de leite, 24 anos).

### **Sentimentos experimentados e temor expresso pelas dores e sofrimento**

Embora o parto normal seja um processo natural, é bastante temido pelas puérperas devido à dor e sofrimento, muitas vezes tornando este momento como algo negativo. Porém ao mesmo tempo, sentem-se realizadas, como pode-se observar nos depoimentos a seguir:

“[...] Eu senti muitas dores... Eu sofri bastante [...] mas a satisfação é boa depois que você vê ele né... Ele nasceu”. (Margarida, 27 anos).

“É uma experiência única... [...] A gente sofre um pouquinho, sente muita dor, mas a compensação é maravilhosa. Ah... Na hora que ele sai e a gente vê o rostinho, [...] a sensação é incrível”. (Copo de leite, 24 anos).

### **Parto Humanizado: Satisfação em relação à presença do acompanhante e à assistência de enfermagem**

As maiorias das participantes reconhecem a importância do acompanhante no trabalho de parto (TP) e até mesmo no momento do parto.

“[...] você ter uma pessoa pra te acompanhar do início ao fim é muito bom, se sente mais tranquila, mais segura, então é muito bom [...]”. (Girassol, 22 anos).

“[...] o que mais me agradou foi ter um acompanhante pra ficar comigo. [...]”. (Flor de Liz, 29 anos).

“[...] o que me agradou é que a gente pelo menos tem um acompanhante pra tá do lado né [...]”. (Hortência, 20 anos).

“[...] Ter um acompanhante também é bem melhor”. (Copo de leite, 24 anos).

Conforme os relatos a seguir são possíveis perceber que a equipe de enfermagem assume um importante valor, quando a assistência é prestada com qualidade, pois isso se reflete na satisfação que a puérpera tem sobre o parto.

“[...] Como eu já tinha falado das enfermeiras, acho que ajuda a gente muito... Porque principalmente como eu fui mãe de primeira viagem, acho que elas me auxiliaram muito bem, ela falava a posição que eu tinha que ficar, modo de respiração... Então eu acho que é o que vale muito”. (Jasmim, 19 anos).

“[...] As enfermeiras né [...] trata a gente bem, olha direitinho né... tem toda a atenção do mundo [...] Elas cuidou da gente direitinho”. (Orquídea, 22 anos).

## DISCUSSÃO

O momento mais importante durante o período gestatório é o momento do parto. A gestante vive uma fase de ansiedade, insegurança e medo pelo desconhecido, mas ao mesmo tempo possui uma expectativa pela espera do seu filho (TEDESCO, 1999).

Velho (2012) fez uma revisão integrativa sobre a percepção do parto normal e cesáreo pelas mulheres que o vivenciaram. Os resultados apontaram que a satisfação, preferência ou vantagens do parto normal, independem das experiências anteriores com o parto. Foram encontradas descrições como: pouco sofrimento, recuperação mais rápida, requerer menores cuidados, sentir menos dor após o parto, a possibilidade de voltar às atividades diárias e ter alta hospitalar mais cedo. Refere ainda, que houve relatos no estudo de que o parto normal não tem nenhuma desvantagem, e destaca a qualidade da relação com o bebê, o estar junto com a criança e a emoção do encontro com o filho.

Percebe-se pelas falas, que a escolha pelo parto normal repercute numa maior satisfação da mãe, pois ela encontra força para lidar com a parturição, demonstrando confiança em si mesma, transformando o sofrimento físico momentâneo em sentimentos de amor materno, vivenciando assim, os benefícios que esse tipo de parto pode trazer.

Lopes, *et al* (2005), afirmam que o medo do parto normal não se prende somente ao medo da dor, mas também ao sofrimento. No entanto, a dor do parto traz à mãe uma recompensa por todo esforço, sendo este o momento em que o bebê nasce.

Cavalcante, *et al* (2007), em uma pesquisa realizada numa maternidade pública de Teresina-PI, com 10 sujeitos sobre sentimentos vivenciados por mulheres durante o trabalho de parto e parto, demonstrou que as depoentes definiram a experiência do parto normal como felicidade e alívio. De acordo com algumas, foi um dos momentos mais marcantes de suas vidas, uma experiência única. Outras, que diziam não conseguir parir, após o nascimento revelaram profundas emoções.

Carraro *et al* (2006), em estudo sobre o cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto em Florianópolis-SC evidenciaram que a maioria das mulheres puérperas sentiu-se bem durante o parto apesar de, no TP terem se sentido mal, quando

relataram dor, desconforto e sofrimento. Em suas palavras surgiram fortemente o alívio em ganhar e conhecer o bebê e não sentir mais a dor. Outro sentimento que as mulheres relataram e merece destaque é a felicidade com o nascimento do bebê e a concretude de vê-lo perfeito.

A dor permanece como um entendimento do parto como experiência negativa que é superado após o nascimento do filho que gera alívio e alegria. A percepção das mulheres é de que os primeiros contatos marcam e estimulam a relação mãe-filho oferecendo a base para o cuidado materno (GOMES; MOURA; 2012).

Com isso percebe-se que os sentimentos expressados pelas puérperas nos momentos que antecedem o parto são de temor e ansiedade, mas esses tendem a mudar a partir do momento em que acontece o nascimento de seu filho, ou seja, ela esquece o sofrimento e se sente realizada.

O parto humanizado consiste em oferecer às mulheres um atendimento centrado em suas necessidades, incluindo assim o direito ao acompanhante no período gravídico puerperal e uma assistência de qualidade, prestada pelos profissionais de saúde, a fim de garantir que mãe e filho recebam total respeito, atenção e carinho (BRASIL, 2001).

Moura *et al* (2007), referem a importância da presença do acompanhante, pois proporciona à mãe bem-estar físico e emocional, trazendo segurança e apoio durante todo este período. O autor identificou em seus estudos sobre a humanização e assistência de enfermagem ao parto normal, que a presença do acompanhante proporciona bem estar físico e emocional e favorece a boa evolução no período gravídico-puerperal. O acompanhante passa segurança durante todo processo parturitivo, o que pode diminuir complicações na gestação, parto e puerpério, podendo influenciar até mesmo no tempo de hospitalização do binômio mãe e filho.

Tomeleri *et al* (2007), afirmaram que a participação do acompanhante de escolha da parturiente é extremamente importante, pois à redução da ansiedade e do medo em todos os momentos. Percebe-se que além das orientações e das técnicas de conforto, quando a enfermagem se mostra sensibilizada com a situação e se solidariza com as expressões de dor e alegria, a mulher reage com segurança, enxergando a possibilidade de compreensão do que está sentindo (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011).

Oliveira, Rodrigues, Guedes, (2011) através de um estudo realizado com 14 mulheres no puerpério imediato, Estado do Rio de Janeiro, mostram através de depoimentos, que as atitudes das enfermeiras foram consideradas positivas e classificadas como forma humanizada no cuidar, pois se mostraram respeitadas e sensíveis às expressões de dor e alegria das parturientes. Existindo assim envolvimento em todo processo de cuidado, fator que contribuiu para a valorização destas no parto e nascimento.

Em outro estudo realizado no Estado do Ceará por Oliveira *et al* (2010), que discute de forma exploratória e descritiva a percepção das mulheres sobre a

vivência do trabalho de parto e parto, afirma-se que apesar de algumas mulheres se sentirem mal devido as dificuldades desse momento, os sentimentos sobre o apoio e conforto recebidos se apresentaram em forma de atenção que tiveram da equipe de enfermagem, no tratamento e atendimento, além da alegria e segurança que esses profissionais revelaram nesse período. Os depoimentos relatam que ao se sentirem cuidadas e confortadas, a experiência do parto era encarada de forma menos traumática, inclusive porque, a mulher não teme apenas a dor do parto, mas, sente medo na expectativa pelos cuidados que receberá, uma vez que já esperam um atendimento impessoal e distante. “A boa assistência muda tudo”, afirmam.

Desta forma, percebemos que as mães se sentiram satisfeitas, tanto em relação ao direito de ter o acompanhante, quanto à assistência recebida pela enfermagem que teve como foco o segmento humanizado e preconizado pelo MS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível perceber a satisfação da mãe em relação ao tipo de parto escolhido, pois este traz a ela benefícios não apenas físicos, mas também emocionais, ou seja, a dor e o sofrimento não são capazes de interferir na vontade que ela tem de vivenciar cada etapa do nascimento de seu filho. As experiências por elas relatadas são muitas, porém todas confirmam o sentimento de emoção e amor que se misturam com sentimentos de dor e medo, que só se encerram quando o momento mais importante de suas vidas acontece, ou seja, o bebê nasce e elas podem viver algo indescritível: O sentimento materno.

Humanizar o parto e o nascimento é algo que faz a diferença, pois o direito a escolha do parto, a presença do acompanhante e a qualidade na assistência de enfermagem trás extrema satisfação para todos. Com isso promover-se-á qualidade do atendimento, como um ato natural e algo indispensável à parturiente.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa humanização do parto:** Humanização no pré-natal e nascimento. Ministério da Saúde, Brasília, p.5. 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.** Ministério da Saúde, 2004. p. 1477.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS.** 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em 15 de Set. de 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **RESOLUÇÃO Nº 466.** Conselho Nacional de Saúde. Dezembro, 2012.

- CARRARO, TE *et al.* Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: Na busca pela opinião das mulheres. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2006. 15 (esp): p. 97-104.
- CAVALCANTE, FN *et al.* Sentimentos vivenciados por mulheres durante trabalho de parto e parto. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador. e.21, n1, p.31-40. Jan/abr. 2007.
- DAVID, E.C.; XAVIER, E. **Manual de Referência Técnica sobre Assistência ao Parto, ao Recém-Nascido e Emergências Obstétricas**. Ministério da Saúde. Misau, 2011.
- GOMES, ML; MOURA, MAV. Modelo Humanizado de Atenção ao Parto no Brasil: Evidências na produção científica. **Revista de enfermagem. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012 Abr/jun; 20(2): 248-53.
- LOPES, R.C.S. *et al.* O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Rev. de Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v.2, n.18, p.247-254. 2005.
- LOWDERMILK, DL *et al.* **O Cuidado em Enfermagem Materna**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. p. 308.
- MINAYO, MC. **Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2004.
- MOURA, FMJSP *et al.* A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. vol. 60, n.4, p. 452-455, 2007.
- OLIVEIRA, ASS *et al.* Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Revista René**. Fortaleza, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 32-41.
- OLIVEIRA, ASS; RODRIGUES, DP; GUEDES, MVC. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, abr/jun: 19(2). P.249-54, 2011.
- POLIT, DF; HUNGLER, BP. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**. 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- SILVA, RL; SERRANO, SN; CHRISTOFFEL; MM. A enfermeira obstetra e a política de humanização do parto: em busca de mudança no modelo assistencial. **Enfermería global**. n.9, p.1-12, nov. 2006.
- TEDESCO, JJA. **Grávida: Suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo. Atheneu, 1999.
- TOMELERI, KR *et al.* "Eu vi meu filho nascer": vivência dos pais na sala de parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.28, n.04, Dez, p. 497-504, 2007.
- VELHO, MB *et al.* Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 458-66.
- ZAGONEL, IPS. **Contribuição do cuidado de enfermagem à humanização da parturição**. Cogit. Enf., v.2, n.2, p34-38, 1997.

## PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE O PARTO HUMANIZADO

### **Meillyne Alves dos Reis**

Mestre em Atenção à Saúde pela PUC-GO  
Docente do Curso de Enfermagem do Centro  
Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA.

### **Constanza Thaise Xavier Silva**

Doutora em Ciências da Saúde pela UFG-GO  
Docente do Curso de Enfermagem do Centro  
Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA.

### **Glaucia Oliveira Abreu Batista Meireles**

Mestre em Ciências Ambientais e Saúde pela  
PUC-GO  
Docente do Curso de Enfermagem do Centro  
Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA.

### **Sara Fernandes Correia**

Mestre em Atenção à Saúde pela PUC-GO  
Docente do Curso de Enfermagem do Centro  
Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA.

### **Tatiana Caexeta Aranha**

Especialista em Enfermagem em Terapia  
Intensiva pela PUC-GO  
Docente do Curso de Enfermagem do Centro  
Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA.

### **Artemizia Oliveira Reis**

Enfermeira da SESAI (Secretaria Especial de  
Saúde Indígena) no Amazonas-AM

### **Elizangela Diniz Fernandes de Oliveira**

Discente do Curso de Enfermagem do Centro  
Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA.

### **Sinara Gomes Moura**

Discente do Curso de Enfermagem do Centro  
Universitário de Anápolis-GO, UniEVANGÉLICA.

**RESUMO: OBJETIVO:** Descrever a visão da equipe de enfermagem, quanto à aplicação das primícias do parto humanizado, em uma maternidade filantrópica na cidade de Anápolis-Go. **METODOLOGIA:** Trata-se de estudo exploratório, longitudinal, descritivo com abordagem qualitativa, realizado no período de março a julho de 2016. Para a análise dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016). **RESULTADOS:** Amostra composta por 24 profissionais da equipe de enfermagem que trabalham no setor da maternidade e tem contato direto com as parturientes. A maioria das participantes apresentou idade entre o intervalo maior ou igual a 21 anos e menor ou igual a 35 anos, declarou a cor parda, estado civil casada e ensino médio completo. A maioria das participantes exerce a função de técnica de enfermagem, seguido de enfermeiras e uma minoria auxiliar de enfermagem. O tempo de serviço na instituição prevaleceu o intervalo entre 2 e 12 anos. A maioria afirmou não ter recebido treinamento para o desempenho de suas funções. Ocorreu equilíbrio entre o conhecimento ou não da Política do Parto Humanizado, entre os participantes do estudo. Especificamente, foram demarcadas duas categorias, prestação de assistência no pré-parto e sala de parto e conhecimento e habilidade para o desempenho de suas funções. **CONCLUSÃO:** A instituição

está caminhando a passos lentos para efetiva implantação das políticas voltadas para o parto humanizado, ainda se faz necessário investimentos em estrutura física, recursos humanos, educação permanente e melhorias no processo de comunicação entre a equipe multiprofissional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Parto humanizado. Humanização da assistência. Equipe de enfermagem. Cuidados e enfermagem.

## PERCEPTION OF THE NURSING TEAM ON HUMANIZED LABOR

**ABSTRACT: PURPOSE:** To describe the view of the nursing team regarding the application of the first fruits of humanized delivery in a philanthropic maternity in the city of Anápolis-Go. **METHODOLOGY:** This is an exploratory, longitudinal, descriptive study with a qualitative approach, carried out from March to July 2016. For the data analysis, the Bardin content analysis technique (2016) was used. **RESULTS:** A sample composed of 24 professionals of the nursing team who work in the maternity sector and have direct contact with the parturients. The majority of the participants presented age between the interval greater than or equal to 21 years and less than or equal to 35 years, declared the brown color, married civil status and complete high school. Most of the participants perform the function of nursing technique, followed by nurses and a nursing auxiliary minority. The period of service at the institution prevailed between 2 and 12 years. Most said they had not been trained to perform their duties. There was a balance between the knowledge of the Humanized Delivery Policy or not among the study participants. Specifically, two categories have been demarcated, providing assistance in the pre-delivery and delivery room and knowledge and ability to perform their duties. **CONCLUSION:** The institution is moving at a slow pace in order to effectively implement policies aimed at humanized childbirth. It is still necessary to invest in physical structure, human resources, permanent education and improvements in the communication process among the multiprofessional team.

**KEYWORDS:** Humanized delivery. Humanization of care. Nursing team. Care and nursing.

## INTRODUÇÃO

O nascimento é um processo natural, mas através das gerações sofreu grandes transformações. Antigamente as mulheres se isolavam para parir, geralmente sem nenhuma assistência ou cuidado de outras pessoas. Historicamente a assistência ao parto tem início quando as próprias mulheres se auxiliaram, decorrente dessas experiências acumuladas são embasadas a prática de saberes passados de geração para geração (CASTRO; CLAPIS, 2005).

O modelo de medicalização do parto e nascimento foi adotado devido a mudança na forma de pensar dos médicos e das mulheres, que passaram a entender o parto como um evento hospitalar, pois buscavam segurança, tanto para a mãe, como para



o bebê. Essa transição durou duas gerações, passando de um fenômeno fisiológico para um procedimento médico. A partir daí, o parto deixa de ser privado, íntimo e feminino para um evento com acompanhamento do médico obrigatoriamente. As mulheres eram treinadas para seguir o modelo médico e direcionada pela tecnologia hospitalar de atenção ao parto (CASTRO; CLAPIS, 2005; REZENDE, 2011).

A participação da enfermagem no acompanhamento do trabalho de parto (TP) e parto veio reforçar a ideologia de segurança desse momento:

A enfermeira passou a ser treinada em obstetrícia e a envolver-se diretamente com os propósitos governamentais de elevação da qualidade da assistência ao grupo materno-infantil [...]. O parto hospitalar começa a substituir o domiciliar (OSAVA, 1997, p.45).

O parto humanizado é entendido como um conjunto de recomendações que a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou com o propósito de melhorar a assistência, até então oferecida, à gestante, puérpera, neonato e família. São elas: o incentivo ao parto vaginal, o aleitamento materno (AM), o alojamento conjunto (ALCON), a presença de acompanhante, a redução do intervencionismo tecnológico no progresso do parto, o estímulo às técnicas mecânicas de alívio à dor (massagens, banhos, deambulação), o uso cauteloso de indução intravenosa (ocitocina), a analgesia, a abolição da prática de enema e tricotomia; e, faz críticas significativas à excessiva medicalização do parto, sendo apontado como um dos responsáveis pelas taxas de mortalidade materno-infantil em vários países (TORNQUIST, 2003)

Acredita-se que o tema proposto seja relevante, pois a atuação da equipe de enfermagem durante o TP e o parto, como forma de apoio e ajuda mútua ao binômio mãe e filho é capaz de transmitir confiança e segurança, neste momento que é tão importante. Desse modo levanta-se o seguinte questionamento: como a equipe de enfermagem tem vivenciado a aplicação das recomendações para o parto humanizado em seu ambiente de trabalho? E, qual a percepção da equipe de enfermagem frente ao parto humanizado?

Nesse contexto o presente estudo objetivou descrever a visão da equipe de enfermagem, quanto à aplicação das primícias do parto humanizado, em uma maternidade filantrópica na cidade de Anápolis-Go.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa desenvolvido na Santa Casa de Misericórdia no município de Anápolis, Goiás, no setor materno-infantil, no período de Março à Julho de 2016.

A amostra foi composta por vinte e quatro profissionais da equipe de enfermagem que trabalham no setor da maternidade e tem contato direto com as parturientes, dentre os critérios de inclusão estavam: profissional da equipe de enfermagem

(auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem ou enfermeiro); efetivo da referida instituição; trabalhar no setor de maternidade há pelo menos 02 (dois) anos, com experiências na assistência desde a admissão até o momento da alta hospitalar da parturiente. Não foram incluídos na pesquisa os profissionais de enfermagem que não atenderam aos critérios de inclusão, ou que desistiram de participar do estudo retirando o termo de consentimento.

A técnica de coleta se deu pela entrevista semiestruturada, gravada em Mp4 contendo perguntas abertas e fechadas que contemplavam o objetivo do estudo, tais como: falar sobre as suas dificuldades enfrentadas durante a prestação da assistência no pré-parto e parto; conhecimento a cerca das todas as prerrogativas a cerca do parto humanizado e se recebeu treinamento para o desempenho de suas funções; qual a visão sobre o parto humanizado prestado pela instituição; relate como tem sido sua experiência durante o tempo em que esteve prestando assistência ao parto humanizado; se senti respeitada naquilo que diz respeito ao desempenho de suas funções; o grau de satisfação em relação sobre parto humanizado; vantagens do parto humanizado para o binômio. O nome dos participantes foi substituído por flores, para resguardar os princípios éticos.

Os dados coletados foram analisados a partir de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores que permitiram a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e percepção das mensagens. Emergiram dos resultados as categorias de análises e núcleo de sentido (BARDIN, 2016).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos da UniEVANGÉLICA – Centro Universitário de Anápolis via Plataforma Brasil, com o CAEE 42686114.9.0000.5076/2015, parecer N° 1.214.860. Atende aos preceitos éticos da Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS

Integraram o estudo um total de vinte e quatro participantes, cujas características sócio-demográficas encontram-se descritas na Tabela 1.

Variáveis	N	%
<b>Idade</b>		
≥ 21 ≤ 35	11	45,83
≥ 36 ≤ 50	09	37,50
≥ 51 ≤ 65	04	16,66
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,00</b>
<b>Cor</b>		

Branca	05	20,83
Parda	17	70,83
Negra	02	8,33
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,00</b>
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	07	29,16
Casada	12	50,00
União Estável	01	4,16
Divorciada	03	12,50
Viúva	01	4,16
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,00</b>
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Médio Completo	15	62,50
Ensino Superior Incompleto	03	12,50
Ensino Superior Completo	06	25,00
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,00</b>

**Tabela 1 –** Distribuição das variáveis sócio-demográficas, da equipe de enfermagem que presta assistência ao parto. Anápolis, 2016.

A maioria das participantes apresentou idade entre o intervalo maior ou igual a 21 anos e menor ou igual a 35 anos, declarou a cor parda, estado civil casada e ensino médio completo.

A tabela 2 abaixo mostra a distribuição das participantes conforme variáveis relacionadas à função e tempo de serviço na instituição.

Variáveis	N	%
<b>Função</b>		
Auxiliar em Enfermagem	02	8,33
Técnico em Enfermagem	16	66,66
Enfermeira	06	25,00
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,00</b>
<b>Tempo de serviço na instituição</b>		
≥ 02 ≤ 12	18	75,00
≥ 13 ≤ 22	04	16,66
≥ 23 ≤ 32	02	8,33
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,00</b>
<b>Treinamento para desempenho de suas funções</b>		
Sim	10	41,66
Não	14	58,33
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,00</b>
<b>Conhece a Política do Parto Humanizado</b>		
Sim	12	50,00
Não	12	50,00
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,00</b>

**Tabela 2 –** Distribuição das variáveis conforme função e tempo de serviço na instituição, da equipe de enfermagem que presta assistência ao parto. Anápolis, 2016.

A maioria das participantes exerce a função de técnica de enfermagem, seguido de enfermeiras e uma minoria auxiliar de enfermagem. O tempo de serviço na instituição prevaleceu o intervalo entre 2 e 12 anos. A maioria afirmou não ter recebido treinamento para o desempenho de suas funções. Ocorreu equilíbrio entre o conhecimento ou não da Política do Parto Humanizado, entre os participantes do estudo.

A análise do *corpus* possibilitou a identificação dos temas abordados pelas participantes, com isso o estabelecimento das categorias temáticas: prestação de assistência no pré-parto e sala de parto e conhecimento e habilidade para o desempenho de suas funções.

### **Prestação de assistência no pré-parto e sala de parto**

A maioria das participantes relatou ausência de dificuldades na prestação da assistência no pré-parto e sala de parto, com se pode observar a seguir:

“Realizo o meu trabalho sem dificuldades [...] embora aqui seja hospital escola, isso também não interfere em nada, por sinal até ajuda muito, quando os acadêmicos demonstram disposição para aprender e ajudar”. (Rosa Branca).

“No geral vejo que não enfrento dificuldades em relação à prestação de cuidados no pré-parto e nem na sala de parto [...] prezo sempre por deixar as pacientes mais a vontade e isso até facilitar o desenrolar das minhas atividades”. (Rosa Amarela).

“Gosto de trabalho que realizo aqui, as pacientes procuram o serviço porque precisam mesmo [...] trabalhamos em conjunto, tanto com alunos quanto com a equipe de trabalho no geral” (Jade Vine)

Apenas uma pequena parcela relatou dificuldades nesse momento e este está associado à presença do acompanhante, que em sua grande maioria encontra-se despreparado e com falta de conhecimento e por vezes até desequilíbrio emocional para o exercício dessa função:

“[...] Acompanhantes despreparados, que a todo tempo clamam por cesariana, chamam sem parar e sem necessidade, atrapalham a realização de minhas atividades” (Jasmim).

“A demanda é a minha maior dificuldade, nem sempre a estrutura física da unidade comporta tanto paciente [...] a falta de preparo dos acompanhantes também é um entrave da assistência, pois não compreendem as normas e rotinas do local e se tornam por vezes inconvenientes” (Cravo)

Aparecem também entre as o participante, aqueles que acreditam que o acompanhante ajuda muito no processo de TP e nascimento.

“Ah já tive muitos acompanhantes, junto da parturiente, que foram uma gracinha [...] incentivaram de forma positiva a paciente, encorajaram a permanecer firme até

o nascimento”. (Bico de papagaio)

“A paciente quando escolhe um acompanhante que está com ela desde o início da gravidez, acompanha ela nas consultas e frequenta o grupo de apoio à gestante, ele é bem atuante e colaborativo, tanto com nós da equipe, quanto com a própria paciente. [...] esse dá gosto de vê, e a gente até se esforça para providenciar vestimentas adequadas para que ele possa acompanhar o parto”. (Flor Morcego Preto)

Ao serem abordadas sobre o parto humanizado, em relação à visão que tem enquanto profissional sobre a assistência prestada pela instituição e de como tem sido sua experiência durante o tempo em que atua na prestação desta assistência e em relação ao respeito recebido durante o processo, percebe-se que ocorre uma divergência de opiniões:

“[...] Muitas coisas já mudaram, porém muitas ainda precisam mudar, tipo o excesso de intervenções desnecessárias, os altos índices de cesarianas” (Rosa Amarela).

“Quando acontece parto normal, tem sido muito bom, a paciente tem contato com seu bebê e participa ativamente do processo. Mas a instituição tem realizado mais cesárea do que parto humanizado”. (Astromélia).

O parto humanizado ainda não é de fato aplicado aqui na instituição, devido a estrutura física do setor, a superlotação e outros inúmeros fatores. Tentamos humanizar o máximo possível, mas ainda pecamos em muitas coisas (Tango).

“O espaço físico da instituição é um pouco pequeno, sempre estamos com superlotação, a gente até tenta fazer o melhor, mas fica difícil com tantos pacientes, poucos profissionais e muitos afazeres”. (Rosa Vermelha)

“Os colegas de trabalho até respeitam o que faço, porém a pacientes e acompanhantes que acham que somos seus empregados e obrigadas a fazer tudo no tempo e na hora deles”. (Lírio)

Aparecem também na fala das participantes a ocorrência de muitas intervenções durante o TP e parto prestados pela instituição.

“Bem, ao meu entendimento acho que os médicos usam ocitocina demais!” (Antúrio)

“a indução do parto aqui, por alguns profissionais, é rotina [...] misoprostol e ocitocina, gastam como se fosse água” (Begônia)

## **Conhecimento e habilidades para o desempenho de suas funções**

Houve um equilíbrio entre os relatos da amostra sobre terem recebido ou não treinamento para o desempenho de suas funções.

E que nunca recebi nenhum treinamento para desempenha a função que hoje realizo, conheço em parte os direitos das mulheres a cerca do parto humanizado

(Narcísio)

Eu nunca recebi treinamento para desempenhar minhas funções, tudo que eu aprendi foi pedindo ajuda, lendo sozinha sobre o assunto e nunca recebi nenhum tipo de capacitação de qualquer natureza (Lírio Casablanca)

Fui treinada pra desempenhar melhor minhas funções, participei de capacitações para humanização, se bem me lembro foi no ano de 2000 (Tulipa).

“Eu participei de curso fornecido aqui pela própria instituição, porém acredito que essas capacitações precisam acontecer com maior frequência, pois vejo algumas colegas de trabalho muito perdidas”. (Orquídea Azul)

**O mesmo aconteceu relacionado ao questionamento sobre deter conhecimento a cerca das primícias do Parto Humanizado, e sua importância para o binômio, no sentido de benefício, vantagens e desvantagens ao longo do processo de parturição.**

“[...] sei pouco sobre as prerrogativas, precisava saber mais! O básico a gente sempre sabe e procura prezar por ele para o bem-estar das parturientes [...] tipo o direito ao acompanhante, direito de escolha para o tipo de parto e a melhor posição para parir [...]” (Rosa Arco Íris)

“Bem sei da importância do acompanhante, sobre a mãe ser a primeira a ter contato com seu filho e se possível amamentar ainda na sala de parto”. (Amarílis)

“[...] O maior benefício do parto humanizado é o contato precoce da mãe com o bebê! Esse não tem preço que pague [...] e a equipe de saúde tem a obrigação de promover isso a parturiente!” (Girassol)

“Eu preciso procurar saber mais sobre o assunto, o básico a gente sempre sabe né? O mais corriqueiro é a presença do acompanhante [...] de benefício creio que seja o contato precoce e o aleitamento materno”. (Tango)

## **DISCUSSÃO**

A humanização em saúde tem estado em evidência e consiste em saber valorizar e respeitar o outro. Envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam atender as necessidades do ser humano. O pré-natal (PN) e as ações nele desenvolvidas pela equipe de saúde garantem a realização de procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, evitando intervenções desnecessárias. Na assistência ao nascimento busca a promoção do parto normal e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (GOULART, CHIARI, 2010; BRASIL, 2014).

A assistência de enfermagem no parto é valiosa, devido à vulnerabilidade da mulher nesse período, devido ao grande desgaste emotivo vivenciado e as dores

e contrações uterinas do TP, parto e puerpério. Assim sendo, o profissional de enfermagem deve promover auxílio integral, baseado na humanização da assistência em todo o ciclo gravídico-puerperal, ao neonato e familiar (FIGUEIREDO, 2010; MURTA, 2010; GUARIENTO, 2011).

O atendimento humanizado deve acontecer em todas as estâncias do cuidado em saúde e doença. Em obstetrícia não é diferente. A consulta PN é um excelente momento para o estabelecimento de vínculo do profissional de saúde com a gestante, com ações que garantam a realização de procedimentos benéficos (GOULART, CHIARI, 2010; BRASIL, 2014). No parto humanizado deve ser oferecido a gestante um atendimento de acordo com suas necessidades, acolhendo-a e proporcionando um ambiente no qual se sinta segura, respeitada e participativa (BRASIL, 2003).

A presença de um familiar junto à parturiente fortalece o vínculo familiar. No Brasil, a Lei nº 11.108/2005 garante a parturiente o direito à presença de acompanhante durante o TP, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Portaria de nº 2418/2005 regulamentou esse direito. Desde então, percebe-se o interesse pela reorganização dos serviços de saúde e o aumento da participação do acompanhante escolhido pela mulher durante a parturição (BRUGGEMANN *et al.*, 2005; BRASIL, 2014).

Segundo Bruggemann *et al.*, 2005, os profissionais de saúde, em sua maioria possuem receio e ideias pré-concebidas negativas sobre a presença do acompanhante no contexto do nascimento. A presença de um acompanhante, mesmo que escolhido pela parturiente, por si só não pode ser considerado como sinônimo de suporte, entretanto, pode ser dado a ele condições e apoio para realizar essa atividade. O suporte no TP consiste na presença de uma pessoa que oferece conselhos, medidas de conforto físico e emocional, e outras formas de ajuda para a parturiente durante o TP e parto (BRUGGEMANN *et al.*, 2005; SANTOS *et al.*, 2015). Acompanhantes desinformados ou mal orientados dificultam a assistência de enfermagem durante o TP e parto, pois questionam condutas da equipe e deixam a paciente mais nervosa e insegura (SANTOS *et al.*, 2015).

A inserção do acompanhante durante o parto é uma prática efetiva que favorece a humanização da assistência. O estímulo à presença do acompanhante e ao reconhecimento da mulher como protagonista do processo gera um novo paradigma da assistência ao parto, que é a humanização do parto (OLIVEIRA *et al.*, 2014). O acompanhante durante o parto constitui-se em uma importante tecnologia de cuidado, que possibilita a ampliação da assistência prestada à parturiente. No entanto, a eficácia desta tecnologia está diretamente relacionada ao maior grau de segurança e conhecimento do acompanhante para utilizar de maneira eficaz as diversas maneiras de apoio à parturiente (SILVA *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Um estudo realizado com profissionais de saúde sobre a humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal, cita como dificuldades o inadequado espaço físico das salas de pré-parto e parto, normas e rotinas institucionais rígidas; e à função

principal no momento do parto atribuída ao médico, enquanto à mulher é submetida ao papel passivo (MONTE; RODRIGUES, 2013) .

Marque, Dias, Azevedo (2006) afirmam que existe a necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras. Tal processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos das instituições até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde e das gestantes. O uso de intervenções tais como manobras com fórceps, a estimulação com o uso de ocitocina e misoprostol, juntamente com a falta de cuidados e a negligência são maneiras de desumanizar a assistência o parto e nascimento (MARQUE, DIAS, AZEVEDO, 2006; SILVA *et al.*, 2015)

Diversos autores ressaltam que em relação aos profissionais de saúde muitos são os fatores que tem dificultado a humanização da assistência e dentre eles pode-se citar: baixos salários, condição difícil de trabalho, problemas nos processo de comunicação tanto entre as equipes de trabalho, quanto com os pacientes, além do pouco conhecimento sobre humanização por parte dos profissionais (MARQUE, DIAS, AZEVEDO, 2006; MABUCHI, FUSTINONI, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2015 ).

Muitas são as barreiras que interferem no processo de comunicação e conseqüente humanização da assistência, e isso gera significados relevantes tanto para o trabalhador de saúde como para o usuário. (MARINUS *et al.*, 2014). As barreiras decorrem de linguagens e saberes diferentes, nem sempre compartilhados entre os interlocutores, limitações orgânicas do receptor ou emissor (afasias, déficit auditivo, déficit visual), imposição de valores e influência de mecanismos inconscientes. Acrescidos a esses fatores, diferenças de ordem sociocultural e o estágio de desenvolvimento cognitivo e intelectual dos diversos atores sociais influenciam a comunicação (SOUZA, GUALDA, 2016; MARINUS *et al.*, 2014)

Diversos autores são unânimes em afirmar que o ato comunicativo é destacado como processo de compartilhamento e ajuda entre o trabalhador de saúde e o usuário assistido, de forma a estabelecer um processo de ajuda ao indivíduo e à família. O processo comunicativo deve refletir atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre os sujeitos, em um universo de significações que envolvem tanto a dimensão verbal como a não verbal (postura e gestos). Nesse processo, é relevante o interesse pelo outro, a clareza na transmissão da mensagem e o estabelecimento de relações terapêuticas entre trabalhadores e usuários (SOUZA, GUALDA, 2016; SILVA *et al.*, 2015; MARINUS *et al.*, 2014; MARQUE, DIAS, AZEVEDO, 2006).

A humanização da assistência ao parto implica, principalmente, que o profissional tenha sido treinado e que sua atuação respeite os aspectos da fisiologia da mulher, que não intervenha desnecessariamente, que reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e do nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê (SOUZA, GUALDA, 2016; BRASIL, 2014; MARINUS *et al.*, 2014). Ao atuar



com competência e eficácia eles têm a oportunidade de colocar o seu conhecimento à disposição da manutenção do equilíbrio físico/psíquico da gestante e do recém-nascido, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar o bem-estar de ambos (BRASIL, 2014).

Resgatar o humano na atenção ao parto é um desafio que deve ser enfrentado por todos os profissionais de saúde e gestores envolvidos nesse processo. Implica compreender o processo de nascimento como algo inerente à natureza humana, permeado por sentimentos, expectativas e medos. Não é possível assistir à mulher e ao seu bebê de forma mecanizada e desprovida de sensibilidade (BRASIL, 2014).

## CONSIDERAÇÕES

A humanização da assistência requer mudanças de paradigmas em todos os sentidos. A instituição está caminhando a passos lentos para efetiva implantação das políticas voltadas para o parto humanizado, ainda se faz necessário investimentos em estrutura física, recursos humanos, educação permanente e melhorias no processo de comunicação entre a equipe multiprofissional.

Ficou claro que os profissionais entrevistados apresentam pouco conhecimento acerca das políticas de saúde que dispõem sobre a humanização do parto e nascimento, ao declararem que colocam em prática os preceitos institucionais ditados pela instituição e que nem sempre conseguem atender as pacientes da maneira como elas merecem.

## REFERÊNCIAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade.** Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: ANVISA, 2014.

BRASIL. MS. Parto, aborto e puerpério: **assistência humanizada à mulher.** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. MS. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.

**HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria- Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. MS. **Humanização do parto e do nascimento.** Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** {Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro}. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRUGGEMANN, O. M. et al. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2005, vol.21, n.5, pp.1316-1327.

CARRARO, TE et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2006, vol.15, n.spe, pp.97-104.

- CASTRO, JC; CLAPIS, MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**. 2005, vol.13, n.6, pp. 960-967.
- DESLANDES, S.F et al. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. **Cad. Saúde Pública [online]**. 2007, vol.23, n.4, pp.979-981.
- FIGUEIREDO, N. M. A (org.). **Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. São Caetano do Sul: Yendis, 2010.
- GOULART, B.N.G; CHIARI, B.M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2010, vol.15, n.1, pp.255-268.
- GUARIENTO, A. **Obstetrícia Normal**. Barueri/SP: Manole, 2011.
- MABUCHI, A. S.; FUSTINONI, S.M. The meaning given by the healthcare professional to labor and humanizing delivery. **Acta paul. enferm. [online]**. 2008, vol.21, n.3, pp.420-426.
- MALHEIROS, P. A.; et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto contexto - enferm. [online]**. 2012, vol.21, n.2, pp.329-337.
- MARINUS, M.W.L.C, et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saude soc.** vol.23 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2014.
- MARQUE, F.C.; DIAS, I.M.V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. *Esc. Anna Nery [online]*. 2006, vol.10, n.3, pp.439-447.
- MONTE, A.S.; RODRIGUES, D.P. Percepção de profissionais de saúde e mulheres sobre a assistência humanizada no ciclo gravídico-puerperal. **Rev. baiana enferm;** 27(3)set.-dez. 2013.
- MURTA, G. F (org.).**Saberes e práticas:** guia para o ensino e aprendizado de enfermagem. 6. ed. São Caetano do Sul/SP: Difusão Editora, 2010. vol. 6.
- NAGAHAMA, E.E.I; SANTIAGO, S.M. 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. Saúde Pública [online]**. 2008, vol.24, n.8, pp.1859-1868.
- OLIVEIRA, A. S. et al . Tecnologias utilizadas por acompanhantes no trabalho de parto e parto: estudo descritivo. **Online braz j nurs,** , v. 13, n. 1, 2014 .
- OSAVA, RH. **Assistência ao parto no Brasil:** o lugar do não médico. 1997. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo.
- REZENDE, J. F. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- SANTOS, A.L.S. et al. O acompanhante no trabalho de parto sob a perspectiva da puérpera. **Revista de Enfermagem da UFSM,** [S.l.], v. 5, n. 3, p. 531 - 539, out. 2015.
- SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2005.
- SILVA, A.L.S et al. **Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal**. *Esc. Anna Nery [online]*. 2015, vol.19, n.3, pp.424-431.
- SOUZA, S.R.R.K.; GUALDA, D.M.R. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto contexto - enferm.** vol.25 no.1 Florianópolis 2016.

TORNQUIST, C.S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2003, vol.19, suppl.2, pp. S419-S427.

VELHO, M.B; OLIVEIRA, M.E.; SANTOS, E.K.A. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2010, vol.63, n.4, pp.652-659.

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MÃES USUÁRIAS DE DROGAS DURANTE A GESTAÇÃO

**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra**

Enfermeira Obstetra. Consultora Materno-Infantil.

Fortaleza/CE

**RESUMO:** O uso de drogas, incluindo álcool, cigarro, maconha, cocaína e crack, determinam um grande problema de saúde pública, que repercute de modo alarmante na sociedade. Nas gestantes, ele ganha maior ênfase, visto que a exposição às drogas pode levar ao comprometimento irreversível da integridade da mãe e do feto, propiciando a ocorrência de aborto, parto prematuro, deficiências cognitivas no conceito e crescimento fetal restrito. O objetivo do presente estudo é descrever o perfil epidemiológico de mães usuárias de drogas durante a gestação, usuárias do Sistema Único de Saúde, atendidas nos Hospitais Maternidades do município de Fortaleza-CE. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, realizado nos hospitais de atenção secundária e terciária do município de Fortaleza, que abrangem atendimento em saúde materno-infantil, no período de março a maio de 2014. A amostra foi composta por mães usuárias de drogas durante a gestação, sendo obtida por conveniência durante o período da pesquisa, através da análise dos prontuários presentes no momento da coleta de dados, sendo composta, por 58 prontuários maternos

e 58 prontuários dos RN's, que se encaixaram nos critérios de inclusão. Dentre as drogas em que mais se fizeram registros, o fumo foi o predominante, o nível de escolaridade materno mais frequente, do grupo das usuárias de drogas, foi o ensino fundamental. A média de idade das usuárias de drogas desta pesquisa equivale à aproximadamente 27 anos e a maioria encontrava-se no intervalo de faixa etária de 20 a 29 anos. Em relação à aderência ao pré-natal pelas mães usuárias do presente estudo, observou-se que, embora 70% tenham realizado o referido acompanhamento, houve uma aderência reduzida em relação ao número de consultas, média equivalente à 3,69, durante toda a gestação. Conclui-se que esta temática é de fundamental importância, pois, é a partir dela, que se pode avaliar a real situação do problema e, então, elaborar um plano ou estratégia que busque intervir com foco, no cuidado à gestante. Verificou-se que a maioria das gestantes usuárias de drogas encontrava-se na idade reprodutiva, o que pode ser considerado um agravante.

**PALAVRAS-CHAVE:** gestação; uso de drogas.

**ABSTRACT:** Drug use, including alcohol, cigarettes, cannabis, cocaine and crack, is a major public health problem that has alarming repercussions on society. In pregnant women, it gains greater emphasis, as exposure to drugs

can lead to irreversible impairment of the integrity of mother and fetus, leading to the occurrence of abortion, premature birth, cognitive deficiencies in the fetus and restricted fetal growth. The objective of the present study is to describe the epidemiological profile of drug-using mothers during pregnancy, users of the Unified Health System, attended at Maternity Hospitals in Fortaleza-CE. This is a cross-sectional, descriptive and analytical study, carried out at the secondary and tertiary care hospitals in the city of Fortaleza, which cover maternal and child health care, from March to May 2014. The sample consisted of mother users. drugs during pregnancy, being obtained for convenience during the research period, through the analysis of the medical records present at the time of data collection, consisting of 58 maternal and 58 newborn medical records, which fit the inclusion criteria. Among the most registered drugs, smoking was the predominant one, the most frequent level of maternal education in the group of drug users was elementary school. The average age of the drug users in this research is approximately 27 years and most were in the age range of 20 to 29 years. Regarding adherence to prenatal care by mothers who were users of the present study, it was observed that, although 70% had the referred follow-up, there was a reduced adherence in relation to the number of consultations, an average equivalent to 3.69 during the whole period. gestation. It is concluded that this theme is of fundamental importance, because it is from this that the real situation of the problem can be evaluated and, then, to elaborate a plan or strategy that seeks to intervene focused on the care of pregnant women. Most of the pregnant drug users were found to be of reproductive age, which can be considered an aggravating factor.

**KEYWORDS:** pregnancy; use of drugs.

## 1 | INTRODUÇÃO

O uso de drogas, incluindo álcool, cigarro, maconha, cocaína e crack, determinam um grande problema de saúde pública, que repercute de modo alarmante na sociedade (YAMAGUCHI *et al.*, 2008, SOUZA *et al.*, 2012). Nas gestantes, ele ganha maior ênfase, visto que a exposição às drogas pode levar ao comprometimento irreversível da integridade da mãe e do feto, propiciando a ocorrência de aborto, parto prematuro, deficiências cognitivas no conceito e crescimento fetal restrito (AVERSI-FERREIRA *et al.*, 2006, PASSINI 2005, FREIRE *et al.*, 2009, SOUZA *et al.*, 2012). Além disso, outras alterações de saúde física, desnutrição e susceptibilidade às infecções podem ser transmitidas ao feto em desenvolvimento (BRASIL, 2010).

A gestação é um fenômeno fisiológico que envolve mudanças dinâmicas nos aspectos físico, social e emocional, devendo ser considerada pelas gestantes e pelas equipes de saúde, como uma experiência de vida saudável. Entretanto, existem restrições para a mãe e para o feto, que são limitrofes, exigindo cuidados específicos, principalmente, quando se trata de uma gestação que, por características particulares, apresentem maior probabilidade de um desfecho gestacional desfavorável (BRASIL, 2010).

As gestantes habitualmente usuárias de drogas devem ser tratadas como de risco. Considera-se como gestação de risco aquela onde a saúde e/ou a vida da mãe e do concepto têm maiores chances de sofrerem danos do que a média da população considerada, adquirindo um desfecho gestacional desfavorável (BRASIL, 2006, FREIRE *et al.*, 2009).

O maior problema para se avaliar os efeitos diretos das drogas sobre o feto é a elevada quantidade de seus fatores de risco (sociodemográficos, psicossociais, comportamentais e biológicos) e com as consequências da gravidez quando indesejada. Esses fatores podem incluir aspectos relativos à pobreza, falta de cuidado pré-natal, Doenças Sexualmente Transmissíveis, desnutrição, entre outros (BRASIL, 2010).

O uso de drogas é um dos fatores de risco envolvido com as complicações durante a gestação e o parto. Pode, inclusive, ser uma causa determinante para a mortalidade perinatal e neonatal de recém-nascido, sendo um problema atual de grande relevância em saúde pública. A exposição às drogas pelas gestantes tem sido motivo de preocupação mundial com relação à saúde materno-fetal (BASTOS e BORNIA, 2009). Essa exposição pode propiciar complicações perinatais, destacando a hipoperfusão útero-placentária, retardo de crescimento intrauterino, descolamento prematuro de placenta, aumento da incidência de rotura prematura de membranas, além de más-formações fetais e abortamentos (YAMAGUCHI *et al.*, 2008). A utilização contínua e progressiva dessas substâncias interrompe o curso fisiológico do organismo propiciando o desenvolvimento de patologias, lesões irreversíveis, bem como elevados índices de mortalidade materna, natimortalidade e mortalidade neonatal (LOPES e ARRUDA, 2010).

O National Pregnancy and Health Survey nos Estados Unidos da América, em registro entre os anos de 1992 e 1998, menciona o uso de drogas ilícitas por 5% das grávidas americanas sendo as duas mais consumidas: a maconha e a cocaína. Dentre as drogas lícitas a mais utilizada é o álcool, sendo consumido regularmente por 18,8% das gestantes (BARRETO e PACKER, 2007).

No Brasil, o atendimento pré-natal possui elevada abrangência, sendo o momento ideal para intervenção e prevenção do uso de substâncias químicas, tendo em vista que, nesse período, intensificam-se as relações entre os profissionais de saúde e as gestantes. A importância da capacitação dos profissionais responsáveis pela assistência materno-infantil se faz necessária nesse momento, pois há necessidade de se detectar o uso das substâncias psicoativas, além da habilidade de orientar as gestantes sobre os malefícios para a sua saúde e do concepto (FREIRE *et al.*, 2009).

Em 1983, houve a introdução do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no qual se destaca a atenção pré-natal pelo seu impacto nos resultados perinatais. Nesse sentido, o passo inicial para que possam ser planejadas as ações de melhoria na atenção no que se refere à identificação dessas gestantes, é a identificação do perfil existente e criação de programas de conscientização

baseados nas necessidades locais (PIMENTEL *et al.*, 2011).

Consequências do uso de drogas são apresentadas em uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de São Paulo, onde é traçado o perfil das adolescentes grávidas e dependentes químicas. Esse estudo mostra que: de um total de 1000 jovens entrevistadas, mais de 80% tiveram gravidez não planejada; 23% utilizaram contraceptivos e 60% associaram o abandono dos estudos à gestação. Durante a pesquisa 81% declararam que não estudavam (LOPES e ARRUDA, 2010).

A relevância desta pesquisa se faz devido à atual situação referente ao consumo de drogas lícitas, bem como aos elevados índices de dependentes químicos mostrados no Brasil e que, conseqüentemente, afetam de forma significativa a saúde do binômio mãe/filho, quando consumidas pelas mulheres em idade fértil.

Portanto, observa-se a necessidade da criação de programas de intervenção e prevenção, sobretudo entre as gestantes solteiras, de baixa escolaridade, de idade mais avançada e que não tenham acompanhamento nutricional, pois a cessação do consumo de álcool e cigarro antes do período gestacional garante a proteção máxima ao feto (FREIRE *et al.*, 2009).

O que instigou a estudar sobre essa problemática foi a observação de uma escassa produção, no Nordeste e no Brasil, acerca de um assunto tão relevante para a Saúde Pública, conforme pesquisa realizada nos bancos de dados Scielo, Lilacs, Bireme e Pubmed. Além disso, partiu-se da premissa de que a saúde da criança começa a ser trabalhada na gestação, optando-se assim, em investigar qual a extensão dos riscos relacionados à esse problema sobre a saúde do neonato.

Diante do exposto, foi elaborada a seguinte questão norteadora: “Qual o perfil epidemiológico das mães usuárias de drogas no município de Fortaleza/CE?”

A partir dos resultados alcançados e do maior conhecimento acerca da realidade presente sobre a drogadição materna, especialmente, em relação ao uso do álcool e tabaco, medidas eficazes poderão ser traçadas no combate às complicações neonatais desenvolvidas e, assim, o estudo poderá trazer contribuições acerca da prevenção do uso dessas drogas na gestação, ampliando as estratégias e reduzindo possíveis riscos à saúde da criança.

Portanto, o objetivo do presente estudo é descrever o perfil epidemiológico de mães usuárias de drogas durante a gestação, usuárias do Sistema Único de Saúde, atendidas nos Hospitais Maternidades do município de Fortaleza-CE.

## 2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, realizado nos hospitais de atenção secundária e terciária do município de Fortaleza, que abrangem atendimento em saúde materno-infantil, no período de março a maio de 2014.

A população foi composta por todas as mães (5777), com suas respectivas

crianças, que no período de três meses da pesquisa, correspondeu a uma média de 1909 partos/mês. Esses dados foram estratificados nos seis hospitais pesquisados, a partir da soma mensal dos partos ocorridos: MEAC (400), HGF (168), HDCC (450), HDGMM (450), HDGMJW(250), HDGMBC (191).

A amostra foi composta por mães usuárias de drogas durante a gestação, sendo obtida por conveniência durante o período da pesquisa, através da análise dos prontuários presentes no momento da coleta de dados, sendo composta, por 58 prontuários maternos e 58 prontuários dos RN's, que se encaixaram nos critérios de inclusão.

Participaram da amostra todas as mães usuárias de drogas durante a gestação, residentes em Fortaleza com seus respectivos RN's, que estiveram devidamente internados nos referidos hospitais, durante o período de três meses da coleta.

Foram exclusas as puérperas de gravidez gemelar e as portadoras de algum transtorno mental diagnosticado (exceto a dependência química). A exclusão de casos de gravidez gemelar deu-se devido à separação dos prontuários dos recém-nascidos gêmeos que, por vezes, encontravam-se em setores distintos, fator este, que dificultou a coleta de dados nesta situação. Além disso, optou-se pela exclusão de puérperas portadoras de algum transtorno mental diagnosticado, devido ao possível fator de confusão que poderia vir a existir desses casos, com a existência da dependência química, sendo este último também, tratado como um tipo de transtorno mental.

A coleta de dados foi realizada após o nascimento da criança, utilizando-se entrevista com as gestantes e dois formulários semiestruturados, sendo o primeiro, junto às mães (Apêndices A) e o segundo, para coleta das informações relacionadas ao parto e nascimento, contidas no prontuário materno (Apêndice B).

Neste estudo, as variáveis analisadas incluem as características socioeconômicas e sociodemográficas da mãe; características maternas incluindo idade, história reprodutiva, morbidade materna prévia e comportamento materno; relacionadas com a assistência no pré-natal e parto; relativas às condições de saúde do RN e atenção neonatal prestada.

Foi realizada a análise univariada dos dados por meio das medidas frequenciais (absolutas “n”, e percentuais “%”) e medidas paramétricas (*média “Md” e desvio padrão “Dp”*), objetivando traçar o perfil das mães usuárias de drogas, e seus respectivos RN's.

O presente estudo trata-se de um recorte de pesquisa intitulada “DROGADIÇÃO MATERNA: Complicações na gestação, parto e nascimento. A proposta do estudo foi submetida à Plataforma Brasil e, conseqüentemente, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), procurando atender os aspectos recomendados na resolução 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Ao receber parecer favorável para o seu desenvolvimento, foi feita a coleta de dados. A adesão aos hospitais realizou-se mediante a apresentação do parecer de aprovação, 670.082, fornecido pelo CEP/UECE, ao responsável pelo



Centro de Pesquisas.

As mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde foi informado às mesmas sobre o direito da não participação ou desistência a qualquer momento do estudo (Apêndice C). No caso de mães menores de idade, o TCLE foi assinado pelo responsável.

### 3 | RESULTADOS

A fim de se caracterizar o perfil epidemiológico da amostra do estudo, foi realizada a análise univariada dos dados, na qual foram apresentadas as frequências absolutas e relativas, além das medidas paramétricas, quando possível.

Ao analisarmos o perfil epidemiológico das mães usuárias de drogas, em relação às características socioeconômicas e demográficas, observa-se que a maioria das mães possui o ensino fundamental (62,1%), ocupação não remunerada (67,2%) e, dentre as que possuem ocupação remunerada (31%), apenas uma parte possui vínculo formal (10,3%). A maioria das mães não recebe nenhum auxílio do governo (53,4%), possui renda familiar menor ou igual a um salário mínimo (84,5%) e, em relação ao estado civil, a maior parte (55,2%) não vive em união estável.

Em relação às características maternas, história reprodutiva, morbidade materna prévia e comportamento materno das mães usuárias de drogas, observou-se que, de acordo com a idade, a maioria das mães (55,2%) encontra-se na faixa etária intermediária, de 20 a 29 anos (Md: 27,64; Dp: 6,262). Além disso, a maioria não possui nenhuma morbidade prévia (91,4%), possui tipo sanguíneo “O” positivo (60,3) e fator Rh positivo (96,6%).

Analisando o número de gestações (Md: 3,62; Dp: 2,323), verifica-se que a maior parte da amostra é composta por mães multigestas (81%) e multípara (81%) (Md: 3,09; Dp: 1,931). Em relação à presença de abortos em gestações anteriores, a maioria das mães não sofreu nenhum aborto (55,2 %) (Md: 0,57; Dp: 0,728).

A sorologia para o diagnóstico da sífilis (VDRL) apresenta a maioria dos casos positivos (41,4%), valendo ressaltar que 14 puérperas (24,1%) ainda não haviam realizado o referido teste, mesmo após o parto. O exame sorológico para a identificação do HIV evidenciou que a maioria das mães é soronegativa (75,9%), no entanto, uma pequena porcentagem também não realizou o exame (15,5%).

Dentre as mães que fizeram uso de alguma droga durante a gestação, a prática do tabagismo foi realizada por 33 mães (56,9%), seguida do etilismo praticado por 32 mães (55,5%), e do consumo de drogas ilícitas por 26 mães (44,8%).

Quando analisamos os dados referentes às características relativas à assistência no pré-natal às mães usuárias de drogas, observa-se que a maioria das mães realizou o pré-natal (70,7%) e iniciou o acompanhamento no primeiro trimestre da gestação (44,8%), no entanto, apenas uma parte (29,3%) realizou 6 ou mais consultas (Md:

3,69; Dp: 3,068). A maior parte das mães havia realizado o pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) (60,3%).

Em relação ao parto, não houve ruptura espontânea da bolsa na maioria dos casos (63,8%) e o tipo de parto mais realizado foi o normal (51,7%).

Em relação às condições de saúde dos recém-nascidos de mães usuárias, observa-se que a maioria dos RN's é do sexo masculino (69%), nasceu a termo – RNT, (69%) (Md: 38s1d; Dp: 19,609), com o Capurro Adequado para Idade Gestacional – AIG, (56,9,5%), apresentaram cianose ou mecônio ao nascer (53,5%), dentro da faixa de peso adequada (63,8%) (Md: 2826,74; Dp: 735,377), faixa de estatura menor que 50 cm (69%) (Md: 47,22; Dp: 2,821), faixa de PC entre 33 e 36cm (60,3%) (Md: 33,19; Dp: 2,000), faixa de PT menor 2cm e relação ao PC (56,9%) (Md: 32,41; Dp: 3,092), Apgar no primeiro minuto maior ou igual a 7 (81%) (Md: 7; Dp: 1,929) e no quinto minuto também maior ou igual a 7 (100%) (Md: 9; Dp: 0,821). O tipo sanguíneo da maioria dos RN's foi “O” (37,9%) e fator Rh positivo (100%).

Ao analisarmos a atenção neonatal, observa-se que foram utilizadas manobras de reabilitação na maioria dos RN's (79,3%) e a maior parte foi encaminhada ao alojamento conjunto (75,9%).

Após a descrição dos dados, foi realizada a análise bivariada através do cruzamento das variáveis explicativas com o desfecho (complicação no período neonatal precoce), sendo estabelecido um nível de significância de  $p < 0,20$  para que a variável entrasse no modelo conceitual.

#### 4 | DISCUSSÕES

A coleta de dados do presente estudo deu-se através da pesquisa junto aos prontuários das puérperas e dos RN's, bem como pela entrevista às mães do estudo, que encontravam-se internadas em alguma das instituições onde foi realizada a coleta de dados, no período pós-parto. Assim, entende-se que o prontuário, como documento oficial de acompanhamento ao paciente, deve conter informações precisas e detalhadas de todo atendimento às gestantes, puérperas e recém-nascidos, além do histórico de pré-natal e clínico das pacientes. No entanto, uma das principais dificuldades encontradas diz respeito à ausência de informações ou dados incompletos, ocasionando em uma lacuna na história clínica dos pacientes.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução no 1.638/02, o prontuário, trata-se de um documento que relata a história do paciente, com registros não apenas da internação hospitalar, de modo que refere seu caráter legal, sigiloso e científico, possibilitando a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada. Françolin et al. (2012), no estudo sobre a “A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados”, também consideram o prontuário como um documento valioso para

o paciente, para a equipe de saúde que o assiste, para as instituições de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde.

Um fator importante que se observa nos últimos anos é o aumento do uso de drogas entre homens e mulheres, sendo nelas a maior preocupação. O consumo de álcool, fumo e outras drogas é considerado um problema de saúde pública, com repercussões físicas e sociais.

A literatura traz a exposição às drogas durante a gravidez como fator de risco para a saúde do RN, incluindo óbito neonatal, principalmente pelas características teratogênicas das drogas lícitas e ilícitas. O estudo de Nascimento et al. (2012), no entanto, não encontrou associação estatística entre o uso de drogas e as complicações à saúde do neonato.

Dentre as drogas em que mais se fizeram registros, o fumo foi o predominante. Isto pode ser explicado pelo fato de não ser considerado droga ilícita, embora, seu uso possa acarretar complicações maternas e fetais. Reggiani et al. (2004) expressou que aproximadamente 25% das gestantes usam tabaco, superando o emprego de drogas ilícitas. Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimava que 12% da população mundial de mulheres adultas eram fumantes. Shoapes et al. (2007), no estudo sobre "Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce", não encontraram o consumo de cigarro como maioria, porém com dados próximos do primeiro quintil e quartil para os casos e controles respectivamente.

Levantamento realizado nos Estados Unidos no ano de 1994, demonstrou que aproximadamente 23 milhões de mulheres fumavam, correspondendo a cerca de 23,1% das mulheres e 14,6% das gestantes (COSTA *et al.*, 1998). No estudo de Freire *et al.* (2009), a porcentagem de usuárias, no que se relaciona ao álcool e ao tabaco, foi de 12,9%.

No estudo de Freire *et al.*, (2009), realizado com 433 puérperas adultas verificou-se que 5,5 e 7,4% das puérperas relataram uso de cigarro e álcool durante a gestação, respectivamente. Ou seja, nesse estudo, houve um maior destaque para o etilismo gestacional quando comparado ao tabagismo.

Já na pesquisa de Moraes & Reichenheim (2007), observou-se que cerca de 40% das mulheres relataram fazer uso de algum tipo de bebida alcoólica durante a gestação, sendo a cerveja a bebida mais consumida (83,9%). Diante disso, notamos o quão são fundamentais as orientações fornecidas às gestantes no âmbito do etilismo gestacional.

No presente estudo, o nível de escolaridade materno mais frequente, do grupo das usuárias de drogas, foi o ensino fundamental. Na literatura, em se tratando do consumo exagerado de álcool durante a gestação, foi observado que os casos suspeitos são mais frequentes entre as mulheres com mais de 30 anos e baixa escolaridade. Além disso, entre as que se auto-classificam como de cor não branca; que não têm companheiro fixo; que estão envolvidas em relações em que o tabagismo e o consumo de drogas ilícitas são frequentes; e que possuem apoio social escasso e frágil. Vale

salientar que, muitos casos de consumo inadequado ocorrem entre mulheres que fogem ao padrão estabelecido na literatura (MORAES e REICHENHEIM, 2007).

A média de idade das usuárias de drogas desta pesquisa equivale à aproximadamente 27 anos e a maioria encontrava-se no intervalo de faixa etária de 20 a 29 anos. Embora, a variável faixa etária não tenha apresentado significância estatística em relação ao desfecho do estudo, vale ressaltar que refere-se à faixa de maior fertilidade. Já no estudo de Freire *et al.* (2009), o uso de álcool e cigarro foi mais prevalente dentre as mulheres com idade igual ou superior a 35 anos. Ainda de acordo com esse autor, encontraram-se achados semelhantes em estudo realizado no Brasil, onde 15,7% das gestantes tabagistas tinham 35 anos ou mais e, além disso, constatou-se que mulheres com idade maior que 30 anos tiveram mais chances de desenvolver obesidade do que mulheres mais jovens, e, ainda, que alguns fatores obstétricos, como fumo, etilismo, entre outros, estão associados à obesidade.

Vale salientar quanto à negação do uso de drogas por gestantes e puérperas, pois, esse fator ainda trata-se de uma das principais dificuldades enfrentadas, pelos profissionais de saúde e pelos pesquisadores da temática, durante a coleta de dados, e consequente obtenção de informações fidedignas. Segundo Sousa, Santos e Oliveira (2012), a gestante pode relatar um consumo menor ou negá-lo, a fim de contornar possível repreensão e desaprovação pelo profissional de saúde. Os profissionais de saúde devem estar sensibilizados para esta realidade, evitando o constrangimento da mulher, conquistando sua confiança na busca de informações fidedignas.

De acordo com Momino *et al.* (2008), os danos ao sistema nervoso central causados pela exposição pré-natal ao álcool produzem deficiências permanentes, como anormalidades neurológicas, disfunções comportamentais, atrasos desenvolvimentais e deficiências intelectuais. As crianças que sofrem de SAF ou que apresentam algumas características da síndrome, mas que não atendem os critérios para o diagnóstico completo, ficam classificadas dentro dos efeitos do espectro do álcool fetal (FASD).

Apesar de alguns estudos descreverem a associação entre consumo de álcool e tabaco na gestação e prematuridade, BPN, intercorrências do recém-nato, condições de saneamento e cor da pele, Freire *et al.* (2009), cita que em seu estudo, tais associações não foram evidenciadas, podendo ser consequência do tamanho amostral insuficiente. Ainda de acordo com esse autor, crianças expostas ao álcool no período pré-natal apresentam déficits de desenvolvimento neuropsicomotor no primeiro ano de vida além de nascerem com peso, comprimento e perímetro cefálico, menores que o normal. Vale destacar ainda que, persiste velocidade de crescimento diminuída até os três anos de vida.

O uso de tabaco durante a gestação tem implicações na saúde materna e fetal. Os malefícios sobre a saúde fetal são tantos que justifica dizer que o feto é um verdadeiro fumante ativo (BASTOS e BORNIA, 2009). O fumo consumido durante o período gestacional está associado à maior incidência de fetos pequenos para a

idade gestacional e baixo peso ao nascer (FREIRE *et al.*, 2009). E a ingestão de álcool durante a gestação aumenta o risco da ocorrência de aborto espontâneo, como mostra a pesquisa de Freire *et al.* (2009), na qual verificou-se que, dentre as mulheres que faziam uso de álcool na gestação, 18,2% relataram história de aborto.

Dentre várias outras complicações obstétricas que podem ocorrer em gestantes tabagistas, observam-se casos de abortamento espontâneo, líquido amniótico meconial associado a sofrimento fetal agudo, trabalho de parto prematuro, deslocamento prematuro da placenta, gravidez tubária, nesse caso o risco aumenta em duas vezes, além de outras complicações. As complicações neonatais mais frequentes incluem crescimento intra-uterino retardado, diminuição do peso fetal, síndrome da angústia respiratória e outros (ALVES *et al.*, 2011). Pode haver ainda, anóxia, placenta prévia, rotura das membranas, sangramento vaginal, perdas perinatais, amnionite, malformação congênita, amniorrexe, baixa estatura, pequena circunferência cefálica e até óbito fetal (SILVA & TOCCI, 2002).

Estudos mostram que 20% dos nascimentos de crianças com baixo peso poderiam ser evitados se as gestantes não fumassem durante na gestação. O fumo materno é tido como um fator importante relacionado ao aumento do risco de mortalidade fetal e neonatal, especialmente pós-natal, embora seja repetitivamente identificado como um dos fatores de risco mais plausíveis de suspensão e redução dos efeitos sobre o feto e o RN (COSTA *et al.*, 1998).

Apesar de alguns estudos descreverem a associação entre consumo de álcool e tabaco na gestação e prematuridade, BPN, intercorrências do recém-nato, condições de saneamento e cor da pele, Freire *et al.* (2009), cita que em seu estudo, tais associações não foram evidenciadas, podendo ser consequência do tamanho amostral insuficiente. Ainda de acordo com esse autor, crianças expostas ao álcool no período pré-natal apresentam déficits de desenvolvimento neuropsicomotor no primeiro ano de vida além de nascerem com peso, comprimento e perímetro cefálico, menores que o normal. Vale destacar ainda que, persiste velocidade de crescimento diminuída até os três anos de vida.

Filho *et al.* (2006), ressalta que, além da quantidade de cigarros por dia, outro aspecto relevante e que, também, seria importante especificar, é no que diz respeito à concentração de nicotina e monóxido de carbono nos cigarros consumidos pelas gestantes. Este dado não foi avaliado no presente estudo, nem mesmo no estudo do autor citado que, também, fala sobre a inexistência da análise desse fator em outros estudos.

Vale ressaltar que o peso dos recém-nascidos de gestantes tabagistas reduz de 150 a 250g, o que pode variar de acordo como número de cigarros consumidos. Um estudo realizado em 1982 relatou que em fumantes de até 15 cigarros por dia pode causar uma perda de 107g em seu recém-nascido, e que as fumantes de mais de 16 cigarros por dia causam uma perda maior, em média de 158g (SILVA & TOCCI, 2002).

Comparando-se os efeitos do álcool, do cigarro, dentre outras drogas, percebe-

se que todas estas substâncias estão relacionadas com diminuição do peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascimento. No entanto, separadamente o etilismo tem um efeito de maior gravidade que o tabagismo em relação à diminuição média de peso do RN's (FREIRE *et al.*, 2009).

Dentre as gestantes que fumam, as primigestas fazem parte do grupo mais adepto ao abandono do hábito de fumar, no entanto, quanto mais aumentar o número de gestações, menor será a aceitação em deixar o vício (SILVA & TOCCI, 2002).

Os resultados deste estudo indicam a melhoria no acesso à realização do pré-natal pela amostra do estudo. Corroborando estes achados, Basso, Neves e Silveira (2012), na pesquisa “Associação entre realização de pré-natal e morbidade”, constataram que a maioria das mães, perfazendo 87%, realizou consultas de pré-natal (n=272), enquanto 13% (n=41) não as realizaram. No entanto, embora a aderência ao acompanhamento tenha aumentado, a quantidade de consultas ainda é uma questão preocupante, pois, observou-se uma significância estatística quando comparada ao desfecho.

Em relação à aderência ao pré-natal pelas mães usuárias do presente estudo, observou-se que, embora 70% tenham realizado o referido acompanhamento, houve uma aderência reduzida em relação ao número de consultas, média equivalente à 3,69, durante toda a gestação. Em alguns estudos, constatou-se que gestantes fumantes apresentavam menor adesão ao pré-natal, pois compareciam a menor número de consultas em relação às não fumantes. As causas sugeridas pelos autores incluem uma possível falta de vontade de parar de fumar ou falta de informação sobre os malefícios causados pelo uso do cigarro à sua saúde e à do seu filho (FREIRE *et al.*, 2009). Estima-se que mais de 30% das mulheres em idade reprodutiva sejam tabagistas e que apenas uma em cada cinco abandone o vício ao engravidar (FILHO *et al.*, 2006). Esse dado corrobora com nossos achados, de modo que menos da metade das usuárias tabagistas referiram abandono do hábito após descoberta da gravidez. Nesse aspecto, vale salientar quanto à prática do etilismo na gestação visto que, também, tem uma relação de menor frequência aos serviços de pré-natal pelas gestantes usuárias de álcool (MORAES e REICHENHEIM, 2007).

O número de consultas realizadas também é um bom indicador de prevenção de riscos. O início precoce do pré-natal, bem como a realização mínima de seis consultas, contribuem para a qualidade do acompanhamento. Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), no Brasil, apenas uma pequena parcela das mães não realiza pré-natal, o equivalente a menos de 2%, e, ainda, tem-se que a maioria (57%) realizou sete ou mais consultas. A realização de menos de sete consultas tem 1,4 vezes mais chances de ocorrência de óbito neonatal. Resultados semelhantes a este são trazidos por Ortiz e Oushiro (2008), no estudo que traça o perfil da mortalidade infantil no Estado de São Paulo, referindo sobre a significativa diminuição da probabilidade de morte à medida que aumenta o número de consultas

A realização do pré-natal é, sem dúvida, um fator essencial na assistência à

saúde da mulher na gestação. Mediante a realização de exames preconizados e acompanhamento do crescimento fetal, pode-se perceber alterações que possam gerar problemas maternos e fetais. Santos et al. (2009), no estudo “Fatores de risco para a síndrome hipertensiva específica da gravidez”, fazem uma análise do período gestacional descrevendo-o como de muitas mudanças no corpo da mulher, fazendo com que esse período exija cuidados especiais. São meses de preparo para o nascimento da criança, sendo importante que as futuras mães sejam acompanhadas rigorosamente, de acordo com as diretrizes do pré-natal.

O tratamento de mulheres usuárias de drogas deve cada vez mais estar presente nas políticas públicas de saúde, visando a sua recuperação, evitando riscos maternos e fetais.

O consumo de drogas na gestação é um fator de risco que pode ser evitado ou minimizado através da realização do pré-natal. Assim, observa-se a importância que deve ser direcionada à realização do pré-natal, pois um bom acompanhamento favorece uma gravidez mais segura, buscando-se, com isso, evitar os riscos maternos e fetais.

Há uma necessidade de se conhecer o comportamento detalhado das populações diante de tal hábito, visando posteriormente o planejamento de ações preventivas mais efetivas. Dada a heterogeneidade da população brasileira, torna-se importante que se conheçam os processos envolvidos no comportamento relacionado ao hábito de pelas mulheres brasileiras, permitindo almejar novas diretrizes preventivas para o problema do fumo na durante a gravidez (KROEFF *et al.* 2004).

Vale salientar que os prontuários da maioria das instituições estudadas não continham a informação, no instrumento padrão, sobre a utilização de outras drogas além do álcool e do cigarro, sendo a coleta dessas informações adquirida através da entrevista junto às mães e confirmada por informações soltas no prontuário da mãe/RN. Consideramos que esse aspecto deve ser mudado a fim de viabilizar estudos mais detalhados sobre essa problemática tão relevante de modo que, cada vez mais, cresce o número de usuárias de drogas em período fértil.

## 5 | CONCLUSÕES

O objetivo deste estudo foi descrever o perfil de mães usuárias de drogas durante a gestação, bem como o perfil de seus filhos. Esta temática é de fundamental importância, pois, é a partir dela, que se pode avaliar a real situação do problema e, então, elaborar um plano ou estratégia que busque intervir com foco, no cuidado à gestante. Verificou-se que a maioria das gestantes usuárias de drogas encontrava-se na idade reprodutiva, o que pode ser considerado um agravante.

Algumas sugestões devem ser enfatizadas, dentre elas, o enfoque nas ações efetivas das políticas públicas de saúde, tais como: ampliação da rede de atenção à

saúde da mulher, com melhoria do acesso às gestantes no pré-natal e na qualidade dos atendimentos; realização dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde e garantia de maternidade referênciada, para a realização do parto, evitando com isso, a peregrinação da mulher. O objetivo é intensificar busca de melhorias, a fim de evitar as complicações neonatais precoces, como a prática do consumo de drogas lícitas e ilícitas, no período gestacional.

Além disso, destaca-se a escassa produção acerca da utilização de substâncias lícitas e ilícitas, pelas gestantes, e a dificuldade da realização de pesquisas com foco em outras drogas que não sejam álcool e cigarro, pois, a abordagem com essas mães deve ser diferenciada. Isso pode ser comprovado pela existência de poucas fontes de coleta, como, prontuários que não apresentam essa informação tão relevante. Assim, nota-se, o quanto ainda se precisa avançar neste tema, tanto na prevenção, quanto no tratamento e análise dos efeitos físicos e sociais do uso de drogas, por gestantes e sua consequência para os neonatos.

O pré-natal pode ser um grande aliado na reversão ou amenização desse problema, visto que, através desse atendimento, o profissional pode fornecer as informações necessárias e suficientes para as gestantes, pois, existe uma baixa adesão nesse setor, pelas gestantes usuárias. Para tanto, faz-se necessária a capacitação de profissionais na humanização do atendimento à mulher neste processo, além da sensibilidade em perceber o risco que pode ser essencial para se evitar futuras complicações e mortes neonatais.

Verifica-se que o perfil destas gestantes, sendo consideradas de risco, pode ser determinado por diversificados fatores que devem ser estudados para posteriores intervenções e, além disso, essa análise pode facilitar a identificação e a busca ativa de gestantes usuárias, que podem estar dificultadas por várias questões, sendo principalmente, as de relevância e cunho psicossocial. No entanto, se faz necessária uma busca ativa qualificada dessas gestantes faltosas visando diminuir os efeitos tóxicos ocorrentes no binômio mãe/filho, bem como, a elaboração de estratégias que sejam realmente eficazes para a detecção precoce desses casos, visto que ainda há um estigma muito grande relacionado à dependência química e, principalmente, quando esta se relaciona à gestação.

## REFERÊNCIAS

ARANGO, H. G. **Bioestatística Teórica e Computacional**, 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

AVERSI-FERREIRA, T.A., RODRIGUES, H.G., NERES, A.C., FONSECA, L.C., PENHA-SILVA, N. **Estudo imunohistoquímico do bulbo olfatório de ratos wistar submetidos à exposição pré-natal aguda com etanol**. Biosci J. 2006; v.22; n.; p.99-105.

BARRETO, L.G.G.; PACKER, M.P. **Dependência química na gravidez**. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) Unidade de Álcool e Drogas (UNIAD), São Paulo, Julho de 2007. Acesso em 11 de



outubro de 2012. Link: <file:///D:/Belle/Drogas%205.htm>

BASTOS, M.S.; BORNIA, E.C.S. **Uso de nicotina e/ou cocaína durante a gestação e suas consequências no desenvolvimento fetal e neonatal.** V EPCC Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar, 27 a 30 de outubro de 2009. ISBN 978-85-61091-05-7

BURGOS, M.G.P.A., BION, F.M., CAMPOS, F. **Lactação e álcool: efeitos clínicos e nutricionais.** Arch Latinoam Nutr. 2004;v.54; n.1; p.25-35.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº466 de dezembro de 2012.** Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, IBGE, 2010**

BRASIL, Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso.** – Brasília: SENAD, 2009. 48 p. ISBN 978-85-60662-27-2.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 5ª Edição. **Gestação de alto risco.** Editora MS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Dia Mundial sem Tabaco faz Alerta às Mulheres.** Ministério da Saúde, 2010.

CAPUTO, V. G. e BORDIN, I. A. Gravidez na adolescência e uso frequente de álcool e drogas no contexto familiar. **Rev Saúde Pública;** v. 42, p. 402-410, 2008.

CEARÁ, Governo do Estado. **Maternidade Escola Assis Chateaubriand.** Secretaria da Saúde. Acesso dia 21/05/11. Link: <http://www.meac.ufc.br/>

CEARÁ, Governo do Estado. **Hospital Geral de Fortaleza.** Secretaria da Saúde. Acesso dia 18/05/11. Link: <http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/o-hospital/apresentacao>

CEARÁ, Governo do Estado. **Hospital Geral Dr. César Cals.** Secretaria da Saúde. Acesso dia 05/09/13. Link: [http://www.hgcc.ce.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=66&Itemid=144](http://www.hgcc.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=144)

COELHO, E. A. C. et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família\*. **Acta Paul Enferm.** V. 25, p. 415-422, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução no 1638/2002. **Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da comissão de prontuário nas instituições de saúde CFN;** 2002. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm).

COSTA, T. J. M. N e HEILBORN, M. L. Gravidez na adolescência e fatores de risco entre filhos de mulheres nas faixas etárias de 10 a 14 e 15 a 19 anos em juiz de fora, mg. **Revista APS,** v.9, n.1, p. 29-38, jan./jun. 2006.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. **Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil.** **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 28, p. 425-437, mar,

2012.

ERDMANN, A.L.; ANDRADE, S.R.; MELLO, A.S.F.L.; DRAGO, L.C. **A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços.** Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original. v.21; n.08.

FILHO, E.A.F.; COELHO, L.R.; FARIA, F.G.; SHIMABUKURO, A.M.; BREDAS, I.; FENNER, M.M.; HATAKEYAMA, R. **Pancreatite na gestação.** FEMINA I Abril 2011; v.39, n.4.

FONTANELLA, B.J.B.; SECCO, K.N.D. **Gestação e tabagismo: representações e experiências de pacientes de Unidades de Saúde da Família.** J Bras Psiquiatr. 2012; v.61; n.3; p.168-75.

FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. **Gonzaguinha de Messejana.** Acesso dia 10/09/13. Link: [http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=578&Itemid=7](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=578&Itemid=7)

FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. **Gonzaguinha da Barra do Ceará.** Acesso dia 10/09/13. Link: [http://www.hdgmbc.ce.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=50&Itemid=54](http://www.hdgmbc.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=50&Itemid=54)

FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. **Públicos, Projetos de apoio à Saúde, Órgãos públicos, Programas Educacionais e Outros Hospitais.** Acesso dia 10/09/13. Link: [http://www2.tjce.jus.br:8080/jmulher/wp-content/uploads/2010/11/Hospitais\\_publicos\\_Projetos\\_de\\_apoio\\_e\\_-Orgaos\\_publicos.pdf](http://www2.tjce.jus.br:8080/jmulher/wp-content/uploads/2010/11/Hospitais_publicos_Projetos_de_apoio_e_-Orgaos_publicos.pdf)

FRANÇOLIN, L, et al. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jan/mar; v. 20, p. 79-83, 2012.

FREIRE, K., PADILHA, P.C., SAUNDERS, C. **Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; v.31; n.7; p.335-41.

FREIRE, T.M., MACHADO, J.C., MELO, E.V., MELO, D.G. **Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; v.27;n.7; p.376-81.

GASPARIN, M.; SILVEIRA, J.L.; GARCEZ, L.W.; LEVY, B.S. **Comportamento motor oral e global de recém-nascidos de mães usuárias de crack e/ou cocaína.** Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2012;v.17; n.4; p.459-63.

HOSMER, D. W. & LEMESHOW, S., 1989. **Applied Logistic Regression.** New York: John Wiley & Sons.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde.** 1ª ed. São Paulo: Roca, 2004.

KASSADA, Danielle Satie; MARCON, Sonia Silva; PAGLIARINI, Maria Angélica e ROSSI, Robson Marcelo. **Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes.** *Acta paul. enferm.* [online]. 2013, vol.26, n.5, pp. 467-471. ISSN 1982-0194.

KROEFF, L.R., MENGUE, S.S., SCHMIDT, M.I., DUNCAN, B.B., FAVARETTO, A.L.F., NUCCI, L.B. **Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras.** Rev Saúde Pública. 2004; v.38; n.2; p.261-7.

KUCZKOWSKI, K.M. **Tabagismo durante a gravidez: um problema maior do que se imagina.** J Pediatr. 2004;v.80;n.1; p.83-4.

LEOPÉRCIO, W.; GIGLIOTTI, A. **Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica.** J Bras Pneumol. 2004; v.30;n.2; p.176-85.

LIMA, S., CARVALHO, M. L., VASCONCELOS, A. G. G. **Proposta de modelo hierarquizado aplicado à investigação de fatores de risco de óbito infantil neonatal.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24; p. 1910-1916, ago, 2008.

LOPES, T.D.; ARRUDA, P.P. **As repercussões do uso abusivo de drogas no período gravídico puerperal.** Revista Saúde e Pesquisa, v. 3; n. 1; p. 79-83, jan./abr. 2010 - ISSN 1983-1870

MEDRONHO, R.A. *et. al.*, **Epidemiologia**, 2<sup>a</sup>. ed., ATHENEU, 2008.

MOSLEY WH, CHEN IC. **Analytical framework for the study of child survival in de developing countries.** Popul Dev Rev 1984: 10 Supp:25-45.

MOMINO, W., SANSEVERINO, M.T.V., SCHULER-FACCINI, L. **Exposição pré-natal ao álcool como fator de risco para comportamentos disfuncionais: o papel do pediatra.** J Pediatr (Rio J). 2008;v.84; n.4; p.76-79.

MORAES, Cláudia Leite, REICHENHEIM, Michael Eduardo. **Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro.** Rev Saúde Pública 2007; v.41; n.5; p.695-703.

NASCIMENTO, R. M. et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28, p. 559-572, mar, 2012.

ORTIZ, L. P. e OUSHIRO, D. A. **Perfil da Mortalidade Neonatal no Estado de São Paulo. São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 19-29, jan./jun. 2008.

PASSINI, J.R. **Consumo de álcool durante a gestação.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; v.27; n.7; p.373-5.

PIMENTEL, K.; SÁ, C.M.M.N.; FERREIRA, N.; SILVA, T.O. **Perfil Clínico-social das gestantes atendidas numa unidade docente-assistencial baseada no Modelo de Saúde da Família.** Revista Baiana de Saúde Pública; v.35; n.2; p.239-249. Abr./jun. 2011.

PINHEIRO, S.N., LAPREGA, M.R., FURTADO, E.F. **Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde.** Rev Saúde Pública. 2005;v.39; n.4; p.593-8.

PSIQUIATRIA, Associação Brasileira. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Projeto Diretrizes. Abuso e Dependência de Maconha.** Participantes: Juruena MF, de Oliveira HP, Ferreira PE, Santos UP, Almeida EB, Prêcoma DB, Marques ACPR, Ribeiro M, Laranjeira RR, Andrada NC. 30 de outubro de 2012.

QUEIROZ, M. V. O. et al. Incidência e características de cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 58, p. 687-691, 2005.

REGGIANI, C. P. D. e GOMES, M. C. et al. Efeitos Fetais e Neonatais do Uso de Nicotina e de "Crack" Durante a Gestação. **Jornal Brasileiro de Medicina**. V. 87, 2004.

ROCHA R.S.; BEZERRA S.C.; LIMA, J.W.O.; COSTA, F.S. **Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos.** Rev Gaúcha Enferm. 2013; v.34; n.2; p.37-4

ROELANDS, J., JAMISON, M.G., LYERLY, A.D., JAMES, A.H. **Consequences of smoking during pregnancy on maternal health.** J Womens Health (Larchmt). 2009;v.18; n.6; p.867-72.

ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. 6<sup>a</sup> edição. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2003.

SANTOS, Z. M. S. A. et al. **Fatores de risco para a síndrome hipertensiva específica da gravidez. RBPS**; v. 22, p. 48-54, 2009.

SILVA, J. M. B. et al. Percepção de adolescentes grávidas acerca de sua gravidez. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 1, p. 23-32, jan./abr. 2011.

SOUZA, L.H.R.F.; SANTOS, M.C.; OLIVEIRA, L.C.M. **Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados.** Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; v.34; n.7; p.296-303.

TANAKA, OSWALDO Y.; MELO, CRISTINA. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente-um modo de fazer Capítulo IV.** São Paulo : Edusp, 2001.

TORRES, Marcelo Luis Abramides, ANDRADE, Arthur Guerra de. **Drogas de abuso e gravidez.** Rev. Psiq. Clín; V.35; n.1; p.44-47, 2008

VASCONCELOS AGG, ALMEIDA RMV, Nobre FF. **Path analysis and multi-criteria decision making: an approach for multivariate model selection and analysis in health.** Ann Epidemiol 2001; 11:377-84

VELOSE, L.U.P.; MONTEIRO, C.F.S. **Prevalência e fatores associados ao uso de álcool em adolescentes grávidas.** Rev. Latino-Am. Enfermagem jan.-fev. 2013; v.21, n.1:[09 telas]

VICTORA, CG, HULTTLY, SR, Fuchs SC, Olinto MTA. **The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach.** Int J Epidemiol 1997; 26:224-7.

YAMAGUCHI, E.T.; CARDOSO, M.M.S.C.; TORRES, M.L.A.; ANDRADE, A.G. **Drogas de Abuso na Gravidez.** Rev. Psiq. Clín; v.35; n.1; p. 44-47, 2008

ZANINI, R. R. et al. Determinantes contextuais da mortalidade neonatal no Rio Grande do Sul por dois modelos de análise. **Rev Saude Publica**, v.45, p. 79-89, 2011

ZHANG, L.; GONZÁLEZ-CHICA, D.A.; CESAR, J.A.; MENDOZA-SASSI, R.A.; BESKOW, B.; LARENTIS, N.; BLOSFELD, T. **Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém-nascido: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.27; n.9; p.1768-1776, set, 2011

## SENTIDOS ATRIBUIDOS AO TIPO DE PARTO VIVENCIADO POR PUÉRPERAS

### **Aline de Souza Pereira**

Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus, Fortaleza-CE

### **Camila Pimentel de Souza**

Enfermeira. Centro Universitário Estácio do Ceará.

### **Maria Gerlândia Pereira da Silva**

Enfermeira. Centro Universitário Estácio do Ceará.

### **Maria Vânia Sousa Santos**

Enfermeira. Centro Universitário Estácio do Ceará.

### **Anna Paula Sousa da Silva**

Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus, Fortaleza-CE

### **Ana Claudia de Souza Leite**

Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE

### **Priscila França de Araújo**

Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Christus, Fortaleza-CE

### **Meyssa Quezado de Figueiredo Cavalcante Casadevall**

Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza-CE

**RESUMO: Introdução:** Tanto o parto normal como o cesáreo planejado oferecem benefícios e riscos que devem ser considerados em relação à saúde da gestante e do binômio mãe-filho. Este trabalho tem o objetivo de analisar

a satisfação das puérperas acerca do parto vivenciado. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em uma unidade de obstetrícia no município de Eusébio-CE, entre setembro e outubro de 2015. Os dados foram obtidos através de entrevista semiestruturada e de questionário específico. As participantes da pesquisa foram 13 puérperas. A análise aplicada aos dados foi a análise do conteúdo de Bardin (2011), o estudo foi aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa através do parecer: 1.413.129. Como resultados, a pesquisa apresentou as seguintes categorias: conhecimento das puérperas acerca do parto normal e cesáreo, sentimentos sobre o parto vivenciado e influência desses sobre mudança de via e a satisfação das puérperas sobre a assistência recebida pelos profissionais de saúde. As puérperas foram bem orientadas e sentiam-se em sua maioria satisfeitas com o parto atual e a assistência desenvolvida pelos profissionais. Ficou evidenciado que, durante o parto, prevalecem os sentimentos e as expectativas positivas, e muitas participantes enfatizaram a sensação de dor e a fase da recuperação como critérios para classificar a satisfação do parto vivenciado. Logo se percebe a importância de uma assistência humanizada, que consiste no respeito à fisiopatologia do parto, tornando esse momento o mais natural e significativo possível

na vida da mulher.

**PALAVRA-CHAVE:** Satisfação; Conhecimento; Assistência ao Parto; Puerpério

## DIRECTIONS ATTRIBUTED TO THE TYPE OF LIVING BY PUERPERS

**ABSTRACT: Introduction:** Both the normal delivery and the planned cesarean section offer benefits and risks that must be considered in relation to the health of the pregnant woman and the mother-child binomial. This work has the objective of analyzing the satisfaction of the puerperas about the birth experience. This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach. The research was carried out at an obstetrics unit in the municipality of Eusebio-CE, between September and October 2015. Data were obtained through a semi-structured interview and a specific questionnaire. The study participants were 13 puerperal. The analysis applied to the data was the analysis of the content of Bardin (2011), the study was approved by the Committee of ethics and research through the opinion: 1,413,129. As a result, the research presented the following categories: knowledge of puerperal women about normal and cesarean delivery, feelings about the birth experienced and their influence on change of route, and the satisfaction of puerperae on the care received by health professionals. The puerperas were well oriented and felt mostly satisfied with the current delivery and the assistance developed by the professionals. It was evidenced that during childbirth, positive feelings and expectations prevail, and many participants emphasized the sensation of pain and the recovery phase as criteria to classify the satisfaction of the birth experience. The importance of a humanized care, which consists in respecting the pathophysiology of childbirth, makes the momentum as natural and significant as possible in the woman's life.

**KEYWORD:** Satisfaction; Knowledge; Childbirth Assistance; Postpartum

## INTRODUÇÃO

O parto é um processo fisiológico cercada por valores culturais, sociais, afetivos e emocionais (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004). Historicamente o parto era visto com um ato fisiológico vivenciada pela mulher e aconteciam de uma forma íntima e privada, desta forma ela tornava-se a única responsável pelo nascimento e possuía total autonomia sobre si (WOLLF; MOURA, 2004).

Atualmente o do tipo de parto realizado tornou-se um tema polêmico e complexo. Ao longo das décadas observou-se através de pesquisas que houve um aumento crescente no número de partos cesáreas ao redor do mundo, e que a cesárea a pedido e sem indicações médicas aparentes integram um dos vários motivos para o aumento desse índice (FAISAL-CURY E MENEZES, 2006).

Em 2014 a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) disponibilizou dados da pesquisa Nascido no Brasil, realizada em parceria com outras instituições científicas do país, a qual revelou que o parto cesáreo é realizado em 52% dos nascimentos, sendo

que, no setor suplementar essa taxa dá um salto para 88%. Estima-se por ano, no país, que quase um milhão de mulheres, são submetidas à cesariana sem indicação cirúrgica adequada.

Uma vez que a Organização Mundial de Saúde (OMS) já recomendava que os índices de cesárea não ultrapassem os 15% (OMS, 1996). Esse limite recomendado a muitas décadas atrás perdura até hoje, porém poucos são os países que se mantêm abaixo do estipulado, só no setor público no Brasil o percentual chega a totalizar 40%.

Em busca da estimulação do parto normal e a redução de cesarianas desnecessárias no setor de saúde suplementar no país, a Agência Nacional de Saúde (ANS) em conjunto com O Ministério da Saúde, editou a resolução normativa 368/15. A norma publicada no Diário Oficial da União no dia 6 de julho de 2015, possui como objetivos facilitar o acesso das gestantes aos percentuais de cesarianas e partos normais, por operadora, estabelecimento de saúde e médico (BRASIL, 2015).

A resolução também dispõe sobre a utilização do partograma (documento gráfico que contém os registros do desenvolvimento do parto, das condições maternas e fetais), do cartão da gestante (instrumento de registro das consultas de pré-natal), e da carta de informação às gestantes (BRASIL, 2015).

O Brasil está entre os países que apresentam as maiores taxas de cesariana no mundo, sendo que pesquisas mostram que mais que a metade dos partos realizados no país foram do tipo cesáreas, e que existem estados, como por exemplo o Rio Grande do Sul essa taxa foi ainda maior chegando a 62,5% (BRASIL, 2010, 2013).

Ainda assim tendo o conhecimento das várias complicações associadas ao parto cesárea, o índice só vem progredindo ao longo das décadas, a procura de respostas para esse aumento na preferência por esse tipo de parto, foi sendo realizado várias pesquisas tanto no âmbito nacional como internacional. Atualmente, vem percebendo-se que entre os autores parece haver um consenso, de que o aumento nesse índice não se deve apenas por indicações médicas, mas vem sendo influenciado por diversos fatores (FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008).

Conforme Moraes *et al.*, (2001) o parto normal ou parto vaginal é uma experiência marcante para mulher e que deve ser visto como um fenômeno biopsicossocial. Para que ocorra o bom desenvolvimento do trabalho de parto, é necessário que os profissionais de saúde desempenhem boas condutas para essa mulher garantindo o bem-estar da mãe e do filho, e analisem de forma crítica os momentos necessários de suas intervenções para assegurarem a saúde de ambos (BRASIL, 2001).

Faisal-Cury e Menezes, (2006) afirmam que existem fatores não médicos que interferem diretamente na escolha do tipo de parto como: sociodemográficos, culturais, psicológicos, emocionais, financeiros e educacionais dessa mulher. Em ênfase nos fatores relacionados ao profissional médico: citando a sua preocupação com aspectos éticos-legais, a conveniência da sua agenda de trabalho. É também de relevância a qualidade da assistência da assistência prestada.

A partir dessas considerações propostas, vem observando-se que criou-se

uma cultura da cesárea entre as brasileiras, ou seja, as mulheres brasileiras vêm dando preferência ao parto cirúrgico, o qual é mais bem visto do que o parto normal (BARBOSA *et al.*, 2003).

Humanizar no parto é realizar uma assistência de qualidade, a qual promova todo o suporte necessário para que essas parturientes possam se sentirem seguras, satisfeitas e felizes. Isso inclui em primeiro lugar valorizar o protagonismo da mulher, permitindo que esta usufrua de liberdade para escolher como deseja ter seu filho e sua via de parto (FRIGO *et al.*, 2013).

Faz-se que necessário que o profissional de enfermagem tenha a visão holística e possua a concepção correta acerca da assistência humanizada, para que através disso vigore um novo modelo de atendimento.

A assistência de enfermagem de forma humanizada para o binômio mãe-filho é fundamental, porque garante uma assistência digna, e integral. Através do pré-natal promovido pelo o enfermeiro, a gestante obtém um acompanhamento de qualidade, assegurando-lhe todas as informações necessárias para a escolha do parto, o local, acompanhante, entre outras, sempre respeitando o protagonismo da mulher e desta maneira proporcionando uma gravidez saudável e segura (MARQUES, DIAS E AZEVEDO, 2006).

O objetivo deste presente trabalho é analisar os sentidos atribuídos ao tipo de parto vivenciado por puerperas. Diante disso, fica estabelecida a seguinte questão norteadora: Qual a satisfação das puérperas sobre o parto vivenciado? Qual o conhecimento das mulheres quanto ao tipo de parto realizado?

Neste sentido, o estudo se justifica por conta da importância do estabelecimento do vínculo entre os profissionais e as pacientes e a garantia dos direitos destas, como o de receber cuidado e informações necessários para um conhecimento adequado sobre o tipo de parto realizado e com isso gerando uma satisfação das clientes, parto seguro, capacidade de ser ouvida e de não sofrer maus tratos nem ameaças, dentre outros.

A relevância desta pesquisa consiste em expor a importância de uma assistência humanizada, de modo a incentivar o protagonismo e autonomia da mulher na condução do trabalho de parto. Para as instituições de saúde promover um estímulo para a reorganização da rede assistência obstétrica e neonatal, objetivando a concretização da implantação das políticas públicas recomendadas pela OMS e o Ministério da Saúde.

Por finalmente para os profissionais da área da saúde proporcionar um incentivo para promoção da relação respeitosa entre profissional de saúde e a mulher, com acolhimento e garantindo a autonomia e envolvimento da mulher nas decisões relacionadas à sua gestação e parto.

O estudo tem por objetivo analisar os sentidos atribuídos sobre o tipo de parto vivenciado por puérperas.



## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório. Este tipo de estudo observa, registra, analisa e correlaciona os fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Ele busca analisar e desvendar com que frequência o evento ocorre, sua relação com outras variáveis, sua natureza e características (MANZATO; SANTOS, 2012).

A pesquisa foi realizada em uma unidade de obstetrícia do hospital municipal de Eusébio, no estado do Ceará. No período de agosto a dezembro do ano de 2015. Essa instituição é financiada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e tem por finalidades oferecer serviços de internações em clínica médica, pediátrica, ginecológica/obstétrica e cirurgias em geral.

Corresponde a um hospital de atendimento de média complexidade, que conta com 54 leitos, sendo disponibilizados para a obstetrícia 24 e o restante para pós-cirúrgicos em geral. Onde são realizados em média 150 partos entre normais e cesáreos mensalmente, é disponibilizado para atendimento três plantonistas por turno de 12 horas nas especialidades de pediatria, clínica geral e obstetrícia.

A população deste estudo foi constituída por puérperas; na fase de puerpério imediato (do primeiro ao décimo dia pós-parto), inseridas na faixa etária acima de 18 anos de idade, internadas neste referido hospital.

Como participantes, selecionamos apenas aquelas que preencheram os seguintes critérios de inclusão: estavam na faixa etária acima de 18 anos de idade; na fase de puerpério imediato; que tinham realizado acompanhamento de pré-natal; apresentaram disponibilidade para participar da pesquisa; concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O único critério de exclusão adotado para o atual estudo corresponde ao preenchimento incompleto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. (Apêndice III).

A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro a outubro de 2015, totalizando participaram do estudo 17 puérperas, porém 4 delas foram excluídas da pesquisa devido a preenchimento incompleto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A faixa etária predominante foi entre 18 e 33 anos e encontravam-se no segundo dia de pós-operatório imediato.

Como técnica de coleta de dados utilizamos a entrevista semi-estruturada, as puérperas foram convidadas a participar do estudo mediante abordagem direta e individual, na qual foram entrevistadas em seus próprios leitos.

As entrevistas só foram realizadas após esclarecimento sobre a finalidade e a importância da pesquisa, a descrição detalhada de como seriam as questões do questionário e da entrevista, e sobre o sigilo das respostas, após a assinatura do um Termo De Consentimento Livre-Esclarecido (TCLE). Além disso, após o esclarecimento e concordância dos participantes da pesquisa, as entrevistas foram gravadas através de aparelhos celulares.

O roteiro básico de entrevista foi composto por duas questões que buscaram

reconhecer como as mulheres estavam sentindo-se depois do parto e se elas tinham conhecimento sobre o tipo de parto que elas tinham vivenciado. O questionário foi aplicado com perguntas acerca: das características demográficas das participantes e dados da gestação.

Após a coleta de dados, passou-se para a fase de análise e interpretação de conteúdo. Conforme Bardin, (2011) esse modelo segue três etapas: a pré-análise que consiste na organização do material e formulação de hipóteses; descrição analítica corresponde ao momento de análise aprofundada, para realização de sua codificação, classificação e/ou categorização; e por último, a interpretação referencial etapa a qual ocorre a inferência e a interpretação. Todas essas etapas foram seguidas na elaboração do presente estudo que ora apresenta os resultados obtidos.

A análise dos dados construídas a partir dos depoimentos das entrevistadas originou a construção de três categorias: conhecimento das puérperas acerca do parto normal e cesárea, sentimentos sobre o parto vivenciado e influência desses sobre mudança de via e satisfação das puérperas sobre a assistência recebida pelos profissionais de saúde.

O estudo foi submetido à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética e Pesquisa, e aprovado pelo N° Parecer 1.413.129, atendendo aos preceitos ético-legais (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) recomendados na resolução nº 466/12 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

## RESULTADOS

Apresentamos inicialmente os dados sociodemográficos, na sequência, os resultados que foram revelados através da pesquisa e classificados em categorias: conhecimento das puérperas acerca do parto normal e cesárea, sentimentos sobre o parto vivenciado e influência desses sobre mudança de via e a satisfação das puérperas sobre a assistência recebida pelos profissionais de saúde.

Participaram do estudo 17 puérperas, porém 4 delas foram excluídas da pesquisa devido a dados pessoais incompletos. A faixa etária predominante foi entre 18 e 33 anos e de raça parda, a grande maioria das mulheres relataram viverem maritalmente com os parceiros e serem do lar. Apenas uma relatou estar solteira e desempregada, e as demais participantes encontravam-se com empregos fixos.

A escolaridade variou entre o ensino fundamental completo e o ensino superior completo e com renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos. Em relação as características obstétricas, a prevalência das puérperas era múltipara sendo elas: copo de leite, angélica, açucena, orquídea, tulipa, cerejeira, camélia, jasmim, girassol. E as demais eram primíparas as quais são: violeta, azaleia, lírio e hortênsia.

Em relação ao número de parto cesáreas, eles foram predominantes nas participantes com exceção de violeta, girassol e copo de leite que tiveram parto

vaginal, durante a entrevista apenas uma das mulheres relatou que já tinha tido um aborto.

Verificou-se que as mulheres que tinha realizado cesáreas estavam no segundo dia de pós-operatório, e as de parto vaginal estavam de pós-parto. Das 13 entrevistadas, todas realizaram entre 7 consultas ou mais durante seu pré-natal no Sistema Único de Saúde.

### **Conhecimento das puérperas acerca do parto normal e cesárea**

O parto representa uma trajetória importante na vida da mulher e da família, nesse momento a parturiente necessita de informações para se sentir segura e confiante para enfrentar naturalmente o trabalho de parto. Quando essa mulher é bem orientada, poderá gerar-se uma maior autoconfiança, conseqüentemente ela estará mais disposta a lidar com os sentimentos vivenciados durante o parto. O medo da dor e do desconhecido produz o aumento da ansiedade e, com isso, é um potencializador da dor.

Acreditamos que a autoconfiança dessa mulher durante seu trabalho de parto e parto, depende da preparação tanto física como psicológica para esse evento durante sua gravidez, e principalmente das orientações que recebe do profissional que acompanha seu pré-natal. Essas orientações devem englobar desde a as fases da parturição até os cuidados com o recém-nascido, gerando assim uma segurança e devolvendo a mulher o seu protagonismo de direito.

Na fala de copo de leite e tulipa podemos observar que ela obteve todos as informações necessárias, e isso gerou nela um sentimento de segurança e confiança.

[...] recebi toda a assistência necessária para tirar todos os meus medos, inseguranças e minhas dúvidas. Foram essenciais para mim sentir mais segura durante a realização do meu parto (Copo de leite).

[...] recebi todas as orientações me explicando os riscos e complicações que poderiam acontecer, tirando todas as minhas dúvidas, gostei da assistência desde a primeira consulta do pré-natal até ao último (Tulipa).

Ao refletir sobre as falas de tulipa e copo de leite, notamos uma maior preparação das parturientes para o parto, desta forma gerou-se nelas um sentimento de segurança, que é imprescindível para que estas atuem de forma ativa e consciente no seu parto, por que se elas estiverem perturbadas emocionalmente, isso pode dificultar o desenvolvimento do trabalho do parto.

Segundo Castro, Moura e Silva, (2010) as gestantes experimentam uma série de alterações em seus corpos, por isso é imprescindível que estejam preparadas, acompanhadas e bem orientadas pelos profissionais de saúde, assim verificou-se que as informações adquiridas juntamente com um acompanhamento de pré-natal de qualidade proporcionam as mulheres sentimentos de segurança, tranquilidade e autoconfiança. Nesse sentido é necessário que os profissionais possuam uma visão

biopsicossocial dessa gestante, concedendo-lhes apoio emocional e esclarecendo suas dúvidas para que elas possam vivenciar esse processo natural da vida.

### **Sentimentos sobre o parto vivenciado e influência desses sobre mudanças de via**

As entrevistadas expuseram seus sentimentos e a grande maioria referenciou a dor e a recuperação como fator positivo ou não para vivência desse evento. A partir de uma questão norteadora realizada na entrevista (Como você se sente em relação ao parto realizado? Mudaria a via?), obtivemos várias perspectivas.

Entre elas a preferência a escolha do parto normal por considerar a recuperação mais rápida e a dor permear só na hora do parto, diferente do parto cesáreo que gera uma recuperação mais lenta e dolorosa, acarretando assim maiores cuidados e restrições nas ações nos primeiros momentos. O que foi exposto está evidente nas falas citadas.

[...] por que acho que no normal a gente sofre menos é uma dor só, e a recuperação é rápida. A cesárea tem a recuperação todinha, é difícil pra se levantar é um sofrimento muito grande, por um lado é bom, por que não sente dor, mas a recuperação é lenta (Violeta).

[...], apesar da cesárea não sentir dor em compensação a recuperação é lenta, e o normal só sinto as dores aquelas horas e a recuperação é bem melhor, depois de algumas horas você já está andando normal e sem dores (Copo de leite).

Silva, Prates e Campelo, (2014) afirmaram através de seus estudos que a preferência e os benefícios do parto normal para o binômio mãe-filho vão desde uma cicatrização e uma recuperação mais rápida da mulher, até um menor risco de aquisição a infecção hospitalar. Logo o parto normal proporciona uma recuperação pós-parto praticamente imediata, favorecendo um retorno precocemente as suas atividades diárias sem influência de anestésias e sem as dores da incisão cirúrgica realizada na cesariana.

As puérperas que relataram preferência pelo parto cesáreo mencionaram ausência da dor na hora do parto, experiências vivenciadas de parto anteriores e medo da dor do parto normal. Apenas cerejeira referiu ter optado pela cesárea por vislumbrar a laqueadura tubária.

[...] eu amei meu parto, porque eu queria ter cesárea porque eu tinha muito medo da dor. Eu não mudaria prefiro cesárea (Jasmim).

[...] só fiz o cesáreo porque queria ligar, mas se não fosse isso teria tido normal (Cerejeira).

Velho et al., (2012) constatou em seu estudo que a cesárea foi um grande avanço na assistência obstétrica e quando indicada corretamente produz vários benefícios para gestações de alto risco. Estudos evidenciam que as mulheres associam como pontos positivos da cesárea eventos físicos como possibilidade de laqueadura e

ausência de dor, além de aspectos emocionais e socioculturais, como medo da dor do parto normal, maior segurança para o binômio mãe e filho.

A dor foi um dos fatores que prevaleceu como desvantagem tanto no parto normal como no cesáreo, dessa maneira notou-se a necessidade da assistência da enfermagem agindo no controle ou redução da ansiedade através de medidas não-farmacológicas, pois uma parturiente ansiosa tende a intensificar a dor ou diminuir sua tolerância a ela.

Estudiosos, Silva *et al.*, (2013) e Carvalho *et al.* (2009), afirmam que o trabalho de parto é uma etapa muito dramática, e geralmente associado a dor, logo acaba gerando na mulher a tríade de medo, dor e o temor, os quais juntos geram a ansiedade. Altos níveis de ansiedade associado com o medo podem provocar um aumento da percepção da intensidade da dor e uma redução na efetividade das contrações uterinas, dificultando assim o trabalho de parto.

Os mesmos autores também citam a importância do enfermeiro durante o trabalho de parto, de incluir medidas de conforto, apoio emocional, instruções e informações. Sendo assim, o enfermeiro a fim de desenvolver uma assistência de qualidade, deve possuir competências e habilidades sobre os diversos métodos não farmacológicos para o alívio e controle da dor.

Em relação a mudança de via seguindo a ordem constatou-se no estudo atual que houve uma predominância da satisfação da via de parto vivenciada, e a tulipa, cerejeira, camélia, hortênsia e lírio relataram insatisfação pelo parto vivenciado.

[...] Apesar de que não foi o que planejei, mas estou muito bem, a experiência da cesárea pra mim foi boa então não mudaria a via de parto e quando eu estiver outro filho eu gostaria que fosse cesárea (Azaleia).

[...] Sim, mudaria com certeza, gostaria de ter tido normal, por que acho que no normal a gente sofre menos é uma dor só, depois que o bebe sai pronto a dor vai embora (Tulipa).

Domingues, Santos e Leal, (2004) observaram em seus estudos que também houve uma prevalência de satisfação ao seu parto vivenciado, e que existem variáveis que interferem nessa avaliação positiva de seus partos como: dor intensa no parto, assistência de má qualidade, complicações durante o parto, parto doloroso e prolongado, essas variáveis produzem nessas mulheres o sentimento de insatisfação levando-as até almejar outro tipo de parto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou perceber que durante o parto prevalecem os sentimentos e as expectativas positivas, oriundos das mais variadas percepções desse momento. Muitas participantes enfatizaram a sensação de dor e a fase da recuperação como critérios para classificar a satisfação do parto vivenciado.

Percebemos que as mulheres obtiveram informações durante o pré-natal

em relação ao trabalho de parto, verificamos que a segurança, a tranquilidade e a calma das parturientes estavam relacionadas com o atendimento e acolhimento que vivenciaram pelos membros da equipe de saúde.

Vale ressaltar a importância de uma assistência humanizada que consiste no respeito a fisiopatologia do parto, tornando esse momento o mais natural possível e significativo na vida da mulher. Sendo os principais determinantes da satisfação a rapidez do parto, o tratamento recebido pelos profissionais.

Acreditamos que a busca do conhecimento sobre os sentimentos vivenciados pelas puérperas no parto e no nascimento de seu filho, é importante para contemplar os cuidados de enfermagem prestadas de uma forma integral e individualizada, assim favorecendo o desempenho da mulher no seu papel feminino e maternal com tranquilidade e segurança.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, G. P.; GIFFIN, K; ANGULO-TUESTA, A; GAMA, A.S. *et al.* Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Cesarean sections: who wants them and under what circumstances?. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1611-1620, Dec. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acessado em 20 mar. 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde. **Resolução RN nº 368/15**, de 06 de julho de 2015. ANS Publicações Eletrônicas. 2015. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com\\_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892](http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892). Acesso em: 17/08/2015

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009**: Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF; 2002

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a **Rede Cegonha**. Diário Oficial da União, Brasília, 2011. Seção 1.

BARDIN, L.. Análise de conteúdo 2 Laurence Bardin ; Tradução [de] Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo, SP: Edições 70, 2011. 279p.

CASTRO, M. E.; MOURA, M. A. V.; SILVA, L. M. S. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. **Rev. Rene**, v. 11, p. 72-81, 2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/463/pdf>>. Acessado em 02 nov. 2015.

CARVALHO, I. F. A. M; ORIÁ, M.O.B; PINHEIRO, A. K. B *et al.* Significado do trabalho de parto: a perspectiva dos acadêmicos de enfermagem. **Acta Paul Enferm**. São Paulo. 2009; 22(6): 767-772. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n6/a07v22n6.pdf>>. Acessado em 05 nov. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012 [citado 2014 Mar 11]. Disponível em: <[http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)>. Acesso em 26 jun. 2015.

DATASUS. Informações de Saúde. Nascido vivos, 2013. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/DATASUS/datasusphp>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. Aspects of women's satisfaction with childbirth care in a maternity hospital in Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. Sup 1, p. S52-S62, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 9 abr. 2015.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Fatores associados à preferência por cesareana. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 226-32, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

FREITAS, P. F.; SAKAE, T. M.; JACOMMINO, M. E. M. L. P. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil Medical and non-medical factors associated with cesarean section rates in a university hospital in. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 1051-1061, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 15 abr. 2015.

FRIGO, J.; FERREIRA, D. G; ASCARI, R. A; MARIN, S. M. *et al.* Assistência de enfermagem e a perspectiva da mulher no trabalho de parto e parto. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 4, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 16 mar. 2015.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. NASCER no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas. In: AGÊNCIA FioCruz de notícias. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais>>. Acesso em: 24 jun. 2015.

MANZATO, A. J; SANTOS, A. B. A elaboração de questionários na pesquisa quantitativa. 2012. Disponível em: <[http://www.inf.ufsc.br/~verav/Ensino\\_2012\\_/ELABORAÇÃO\\_QUESTIONARIOS\\_PESQUISA\\_QUANTITATIVA.pdf](http://www.inf.ufsc.br/~verav/Ensino_2012_/ELABORAÇÃO_QUESTIONARIOS_PESQUISA_QUANTITATIVA.pdf)>. Acessado em: 15 jun. 2015.

MARQUE, F. C.; DIAS, I. M. V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 10, n. 3, p. 439-47, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em 21 mar. 2015.

MORAES, L. M. P.; CARDOSO, M. V. L. M. L; ORIÁ, M. O. B; SILVEIRA, I. P. Parto normal ou cesárea? Uma avaliação a partir da percepção de parturientes. **Rev Rene**. v. 2, n. 2, p. 87-93, 2001.

OLIVEIRA, S. M. J. V.; RIESCO, M. L. G; MIYA, C. F. R; VIDOTTO, P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.10 (5): 667-74, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acessado em 20 mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: 1996.

SILVA, S. P. C.; PRATES, R. C. G.; CAMPELO, B. Q. A.; Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 1-9, 2014. Disponível em:<<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.Php/reufsm/article/view/8861/pdf>>. Acessado em: 02 nov.2015.

SILVA, D.A.O.; RAMOS, M.G.; JORDÃO, V.R.V.; SILVA, R.A.R. et al. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 505-520, 2013. Disponível em: <[www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php)>. Acessado em: 02 nov. 2015.

WOLFF, L. R; MOURA, M. A. V. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 8, n. 2, p. 279-285, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

## USO DO LEITE MATERNO NO TRATAMENTO DE TRAUMA MAMILAR EM PUÉRPERAS: REVISÃO INTEGRATIVA

### **Bruniele da Costa Santos**

Enfermeira pela Universidade Federal de Sergipe  
Campus Professor Antônio Garcia Filho.

Lagarto-Sergipe

### **Tamires Pinto Oliveira**

Enfermeira pela Universidade Federal de Sergipe  
Campus Professor Antônio Garcia Filho

Lagarto-Sergipe

### **Déborah Danielle Tertuliano Marinho**

Mestre e professora do Departamento de  
Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe  
Campus Professor Antônio Garcia Filho.

Lagarto-Sergipe

**RESUMO:** O trauma mamilar é definido como uma lesão e/ou alteração do tecido mamilar que, pode ser acarretado por várias causas, tais como causas anatômicas mamilares, manejo inadequado, dentre outros e que muitas vezes, ocasionam o desmame precoce. Objetivos: verificar a eficácia do uso do leite materno no tratamento de trauma mamilar. Métodos: foi realizada uma revisão integrativa nas bases de dados Scielo, portal da capes, medline, BVS e Google acadêmico. Foram encontradas oito publicações que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Resultados: mostraram dois tipos de classificação de tratamentos: úmido e seco. No entanto, todos os artigos demonstraram maior eficácia no tratamento

úmido e, dois destes artigos ainda se destaca a não recomendação de tratamento seco. Dentro do tratamento úmido, as intervenções mais citadas foram o uso do próprio leite materno, de óleos e cremes apropriados, sendo o leite materno o mais utilizado nas práticas destes estudos. Conclusão: o uso do leite se mostrou mais eficaz quando combinado a outras técnicas, dentre elas o uso combinado da concha com aplicação do leite materno, ou combinação do leite com a exposição da luz solar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aleitamento materno, mamilos, ferimentos e lesões, leite materno, tratamento.

### USE OF BREAST MILK WITHOUT TREATMENT OF NIPPLE TRAUMA IN PUERPERAE: INTEGRATIVE REVIEW

**ABSTRACT:** Nipple trauma is defined as an injury and / or alteration of the nipple tissue that can be caused by various causes, such as anatomical causes of nipples, inadequate management, among others, and often cause early weaning. Objectives: To verify the efficacy of breast milk in the treatment of nipple trauma. Methods: an integrative review was carried out in the Scielo databases, portal of capes, medline, VHL and Google academic. Eight publications were found that met the inclusion and exclusion criteria. Results: showed two types of treatment classification: wet and dry. However, all articles



demonstrated greater efficacy in moist treatment, and two of these articles still stands out not to recommend dry treatment. In wet treatment, the most cited interventions were the use of breast milk itself, of appropriate oils and creams, and breast milk is the most used in the practices of these studies. Conclusion: the use of milk was shown to be more effective when combined with other techniques, such as the combined use of the shell with breastmilk application or the combination of milk and sunlight exposure.

**KEYWORDS:** Breast Feeding, nipples, Wounds and injuries, milk human, treatment.

## INTRODUÇÃO

Desde a década de 1980, são publicados estudos que comprovam a importância do aleitamento exclusivo, sem acrescentar ou substituir por qualquer outro líquido, como água ou chás, até os seis meses de idade e, que após este período a amamentação permaneça junto a uma alimentação complementar inserida gradativamente, diminuindo assim os números de morbidade e mortalidade infantil (TOMA; REA, 2008).

O aleitamento confere certo grau de proteção contra o sobrepeso e a obesidade, também beneficia a saúde da mulher, pois as que amamentam tem menor risco de desenvolver câncer de mama e câncer de ovário (OPAS, 2017).

A espécie humana é a única entre os mamíferos em que a amamentação, e o desmame não são processos desencadeados unicamente pelo instinto (GIUGLIANI, 2004).

É a mais sábia estratégia natural de interação profunda entre mãe e filho, afeto, habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da puérpera. Constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil (COSTA et al., 2013).

A mama humana é uma glândula sudorípara adaptada de origem ectodérmica, cuja função especializada é a produção de leite (LUCAS; GALDEANO; VILAR, 2014).

É formada por um agrupamento de 15 a 20 glândulas exócrinas que dispõem de porções secretoras e excretoras onde há tecido gorduroso e se encontram os alvéolos. Na porção excretora, existe uma rede de dutos menores conectados a um duto principal que realiza a coleta do leite produzido nos alvéolos e direciona o leite ao mamilo. A pele da região da aréola e do mamilo são ricamente inervados com terminações nervosas que respondem ao estímulo do toque, pressão, alterações de temperatura e com o início da pega-sucção do lactente (ERBERT, 2015).

É importante ressaltar, que o aleitamento materno é de suma importância tanto para a saúde do lactente quanto para a lactante, pois o leite humano contém vitaminas, minerais, gorduras, açúcares e proteínas para o organismo do recém-nascido. Além de conter substâncias que protege este contra diversas doenças como: diarreia, pneumonia, infecção de ouvido e alergia (BRASIL, 2007).

O leite humano contém fatores de proteção, tais como anticorpos IGM e IGG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisozima e fator bífido. Este favorece o crescimento do *Lactobacillus bifidus*, uma bactéria não patogênica que acidifica as fezes, dificultando a instalação de bactérias que causam diarreia, tais como *Shigella*, *Salmonella* e *Escherichia coli*, além da imunoglobulina (IGA) secretora é o principal anticorpo, atuando contra microrganismos presentes nas superfícies mucosas (CARVALHO; CARVALHO; MAGALHÃES, 2011).

Um dos problemas que impedem a continuidade do aleitamento materno é o trauma mamilar, que é definido como uma lesão e/ou alteração do tecido mamilar que, geralmente, advêm de várias etiologias, tais como causas anatômicas mamilares e manejo inadequado, que podem ocasionar o desmame podendo aparecer tanto na maternidade quanto nos primeiros sete dias pós parto (COSTA et al., 2013), porém também pode ser acarretado por outras causas, tais como disfunções orais na criança, sucção inadequada, uso de cremes e bombas de sucção, dentre outros.

Diante deste contexto, a seguinte questão norteou este estudo: “O uso tópico do leite materno em mamilo é efetivo no tratamento do trauma mamilar?”. Tal questionamento surgiu após perceber que a prática, da aplicação do leite materno na lesão do mamilo, é frequentemente orientada entre os profissionais de saúde, embora a literatura relata não ter estudos decisivos que comprove sua efetividade. Além disso, há outros estudos que demonstram a eficácia de outros produtos.

Portanto, faz-se necessário a busca de um maior conhecimento desta área na enfermagem. Tendo em vista as seguintes hipóteses: H0- O uso do leite materno se mostra eficaz no tratamento do trauma mamilar; H1- O uso do leite materno se mostra ineficaz no tratamento do trauma mamilar.

## **OBJETIVO**

Identificar a eficácia do uso do leite materno no tratamento de trauma mamilar.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa. Que é um método capaz de agregar os resultados de pesquisas e sintetizá-los, sobre um tema ou um questionamento delimitado de forma sistemática e organizada, contribuindo, assim, para o conhecimento detalhado do tema investigado (MENDES et al., 2008).

A revisão integrativa, é composta por 6 etapas, ilustradas na figura 1. A primeira etapa compreende a identificação do problema, a seleção de questão da pesquisa, a definição da estratégia de busca, dos descritores e das bases de dados (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

O tema escolhido foi o uso do leite materno na prevenção e tratamento de trauma mamilar. E a questão norteadora, “O uso tópico do leite materno em mamilo é

efetivo no tratamento do trauma mamilar?”.

As bases de dados selecionadas Scielo, Banco de teses e dissertações da capes, BVS, Lilacs e Cuiden. Os descritores utilizados para análise dos estudos contidos nas bases foram Trauma, mamilo, leite humano, aleitamento materno e tratamento, disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Na segunda etapa foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão, utilizando-se das bases de dados, escolhidas anteriormente, onde se realizou a busca dos estudos com base nesses critérios (MENDES et al., 2008).

Definiu-se então como critério de inclusão, artigos que continham proposta de tratamento, de língua portuguesa, não se estabeleceu recorte temporal. Como critérios de exclusão foram dispensados artigos de língua estrangeira, e os que em seu conteúdo apresentavam apenas fatores etiológicos do trauma mamilar.

A exclusão deste ocorreu pelo excesso de informações que continham nos estudos com essa proposta, ocultando informações importantes sobre as possíveis intervenções para o problema do trauma mamilar, fugindo assim do delineamento proposto inicialmente.

A terceira etapa é a fase de definição das informações a serem extraídas dos estudos pré-selecionados, categorizando os mesmos. Inicialmente se faz a leitura dos títulos, resumos, e palavras-chave das publicações. Após a leitura, é realizada a organização dos estudos pré-selecionados e, posteriormente, a identificação dos estudos selecionados.

A quarta etapa é marcada pela avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. Onde elabora e utiliza-se da matriz de síntese, categoriza-se e analisa-se as informações, e se forma uma biblioteca individual para análise crítica dos estudos selecionados.

A quinta e sexta etapa compreendem respectivamente pela análise dos resultados encontrados e publicação final de um documento que descreva detalhadamente a revisão (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Dos 279 artigos recuperados, dentre eles apenas 8 (2,86%) foram selecionados 3 artigos na SCIELO, BVS1 artigo, LILACS 1 artigo, BANCO DE TESES E DISSERTAÇÕES DA CAPES 1 Tese e CUIDEN: 2 artigos A inclusão destes se deu pela leitura dos títulos e resumos, os quais apresentam em seu conteúdo, tratamentos para o trauma mamilar. Já os excluídos 269 artigos (97,11%) contém apenas fatores etiológicos, não atendendo os critérios pré-estabelecidos.

Grande parte dos artigos foram produzidos por enfermeiros, acadêmicos de enfermagem e Médicos. Sendo 2 médicos, dentre eles 1 Pediatra, 2 doutoras em enfermagem, 3 enfermeiras, 3 enfermeiras obstetras, 6 acadêmicos de enfermagem. As revistas onde estão indexados os artigos: 2 artigos na Journal pediatric; 1 Revista

eletrônica de enfermagem; 1 Revista de enfermagem da Universidade federal do Piauí; 1 Revista da associação brasileira de estomaterapia, estomias, feridas e incontinências; 1 Revista de Atenção primária a saúde; 1 Revista Acta Paulista de Enfermagem. A partir da leitura dos artigos, possibilitou-se elaborar um quadro agrupando as informações dos artigos.

Os quais estão dispostos do mais antigo, do ano 2003 para o mais recente 2017. Disponibilizando também informações sobre: Autor, título, ano, país, objetivos, método, resultado e qualis da revista.

Com base na organização estabelecida no (Quadro 1), em que são utilizados códigos (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 e E8) para identificar os artigos, seguem os argumentos e discussões. Foram detectados dois tipos de tratamento para traumas mamilares, que classificam-se em: Tratamento seco e úmido. Entretanto, dos artigos recuperados, todos demonstram maior eficácia naqueles que utilizam o tratamento úmido. Em E1 e E2, os autores destacam que os profissionais de saúde não recomendam o uso do tratamento seco, pois acredita-se que a cicatrização de feridas é mais eficiente se as camadas internas da epiderme, expostas pela lesão, se mantiverem úmidas (GIUGLIANI, 2004).

O tratamento úmido engloba intervenções com o uso do próprio leite materno, cremes e óleos apropriados. O leite materno tem sido o mais utilizado na prática dos estudos realizados. No artigo E8, o autor aponta benefícios ocasionados pelo seu uso e mostra que quando a hidratação da pele está controlada, ocorre a revitalização do tecido lesado. Além de propiciar a cicatrização da ferida, o uso do leite inibe a perda sensível de água da pele, melhora a formação de novos vasos sanguíneos e a produção de colágeno, aumentando assim a degradação dos resíduos teciduais (URASAKI; TEIXEIRA; CERVELLINI, 2017).

Sobre as propriedades do leite materno, o artigo E3 mostra que a aplicação do leite no tecido mamilar lesionado forma uma película protetora que impede a desidratação das camadas mais profundas da derme, facilitando a cicatrização. Além disso, o leite apresenta propriedades anti-infecciosas que auxiliam na prevenção da mastite, agravante frequente nos traumas mamilares (MONTRONE et al., 2006).

Em tese, o leite apresenta variados benefícios que colaboram na manutenção da pele. Contudo, no artigo E4, que realizou um estudo experimental controlado, evidenciou que a utilização da lanolina anidra trouxe melhores resultados estatísticos, no período de 24h em relação ao grupo de controle. O grupo experimental utilizou pomada de lanolina anídrica e o grupo controle fez aplicação tópica de leite materno na região mamilo-areolar (COCA; ABRÃO, 2008).

Entretanto, E7 realizou um ensaio clínico randomizado, em que a cicatrização do trauma mamilar e o tratamento da dor apresentaram melhores resultados com a utilização de leite materno tópico combinado à concha mamilar, dispositivo que favorece a protrusão do mamilo. A adição da concha mamilar é justificada por evitar o contato direto dos mamilos traumatizados com a vestimenta, o que, segundo as

puérperas, promove alívio. Esse mesmo autor relata a desistência de 47,4% de lactantes do grupo de controle, que utilizaram a lanolina, ocasionado principalmente pela aderência na roupa e dificuldade na remoção do produto das mãos (VIEIRA, 2013).

Outro estudo experimental, E5, comparou o uso exclusivo do leite com o leite combinado à exposição solar. O qual apresentou melhores resultados no grupo experimental em que foi aplicado o leite materno associado à exposição solar, demonstrando cicatrização da ferida em menor tempo comparado ao grupo controle (PEREIRA et al., 2012).

As autoras do E6 contraindicam o uso de água e sabão, casca de banana, álcool e pomadas. Em relação à higienização da mama com água e sabão antes da amamentação, as autoras alegam que a mesma provoca remoção da camada protetora da pele. Já o uso da casca de banana, comumente recomendado por parentes das puérperas, predispõe o aparecimento de infecções e agravo do trauma mamilar. Tratando-se das pomadas, que devem ser retiradas antes da amamentação, a fricção causada no tecido mamário pode originar fissuras (COSTA et al., 2013).

O manual do ministério da saúde Aleitamento materno e alimentação complementar, relata que há controvérsias quanto ao uso do leite, pois não há nenhuma comprovação científica que sustente seu uso (BRASIL, 2015).

Entretanto, diante dos artigos estudados possibilitou-se observar que o uso do leite se mostrou mais eficaz, quando combinado a outras técnicas, dentre elas, o uso combinado da concha com aplicação do leite materno, ou combinação do leite com a exposição da luz solar. A aplicação da lanolina se mostrou tanto eficaz quanto o uso combinado da concha com o leite, porém apresentam algumas objeções: difícil remoção do fármaco das mãos, pode ocasionar aderência na vestimenta da lactante, é de custo relativamente moderado, demanda aquisição em farmácia de manipulação. Enquanto o leite materno possui maior biodisponibilidade, nenhum custo, e de fácil higienização das mãos posterior à aplicação.

## CONCLUSÕES

O incentivo quanto ao uso do leite materno ainda tem sido o mais recomendado pelos profissionais da área da saúde, mais isso ainda é pouco explorado na literatura, pela escassez de dados comprobatórios resultantes de estudos experimentais que mostrem melhor eficácia do uso do leite em traumas mamilares relacionados à amamentação.

O presente estudo possibilitou a fundamentação da hipótese h0, entretanto, com algumas condições, o uso do leite se mostrou mais efetivo associado à outras técnicas.

Com isso se faz necessário um estudo comparativo que teste a melhor eficácia das quatro terapias abordados no estudo: uso combinado do leite com a exposição

solar, o uso da lanolina anidra, o leite materno combinado à concha de proteção de mamilos e o uso do leite. Além de um estudo aprofundado sobre as propriedades do leite humano.

## REFERÊNCIAS

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. de A.; MACEDO, M. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais.** Revista Eletrônica Gestão e Sociedade, BeloHorizonte, v. 5, n. 11, p. 121 – 136, novembro 2011. ISSN 1980-5756. Disponível em: . Acesso em:03/04/2017.

BRASIL, M. da S. **Promovendo o aleitamento materno.** 2. ed. Brasília, 2007. Disponível em: . Acesso em: 21/03/2017.

BRASIL, M. da S. **SAÚDE DA CRIANÇA Aleitamento Materno e Alimentação Complementar.** 2 ed. Brasília, 2015. Disponível em: . Acesso em:21/03/2017.

COCA, K. P.; ABRÃO, A. C. F. de V. **Avaliação do efeito da lanolina na cicatrização dos traumas mamilares.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 21, n. 1, p. 11 – 16, 2008. Disponível em: . Acesso em: 24/02/2017.

COSTA, A. de A. et al. **Evidências das intervenções na prevenção do trauma mamilar na amamentação:** revisão integrativa. Revista Eletrônica de Enfermagem, p. 801 – 790, Setembro2013. ISSN 1518 -1944. Acesso em: 24/02/2017.

ERBERT, I. **Percepção de profissionais de saúde quanto a recomendação da técnica de amamentação: Oferta de uma ou duas mamas por mamada.** 2015. 139 p. Dissertação (Ensino em Ciências da Saúde) — Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. Acesso em:21/03/2017.

GIUGLIANI, E. R. J. **Falta embasamento científico no tratamento dos traumas mamilares.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 79, n. 3, p. 1 – 2, 2003. ISSN 1678 -4782. Disponível em: . Acesso em: 24/02/2017.

GIUGLIANI, E. R. J. **Problemas comuns na lactação e seu manejo.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. S147 – S154, 2004. Acesso em: 24/02/2017.

LUCAS, J. J. S.; GALDEANO, E. S. de; VILAR, C. B. **Establecimiento y mantenimiento de la lactancia.** [s.n.], 2014. ISBN 978 -84 -9835 -269 -6. Disponível em: . Acesso em: 21/03/2017.

MENDES, Karina Dal Sasso et al. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758 -764, Dez. 2008. Acesso em: 03/04/2017.

MONTRONE, A. V. G. et al. **Trauma mamilar e a prática de amamentar: estudo com mulheres no início da lactação.** Revista APS, v. 9, n. 2, p. 168 – 174, 2006. Acesso em: 24/02/2017.

ORGANIZAÇÃO PAN -AMERICANA DE SAÚDE. OPAS, Semana mundial de aleitamento materno. **Amamentação: Uma questão contemporânea em um mundo globalizado.** Brasília, 2014. Acesso em: 21/03/2017

PEREIRA, G. S. et al. **Cicatrização de fissuras mamilares: Estudo comparativo com leite materno isoladamente e associado à exposição solar.** Revista Eletrônica da UFPI, v. 1, n. 3, p. 164 – 169, dezembro 2012. ISSN 2238 -7234. Acesso em: 20/02/2017.

URASAKI, M. B. M.; TEIXEIRA, C. I.; CERVELLINI, M. P. **Trauma Mamilar: Cuidados Adotados por Mulheres no Pós-parto.** Revista Estima, v. 15, n. 1, p. 26 – 34, maio 2017. Acesso em: 20/02/2017.

VIEIRA, F. **Efeito da lanolina anidra comparado ao leite materno combinado à conchade proteção para tratamento da dor e do trauma mamilar em lactantes: Ensaio clínico randomizado**. 2013. 170 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) — UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, Goiânia. Acesso em: 18/03/2017.

TOMA, T. S.; REA, M. F. **Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, p. S235 – S246, Maio 2008. Acesso em: 21/03/2017.

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTES COM DIABETES GESTACIONAL

### **Werbeth Madeira Serejo**

Enfermeiro do Hospital Geral de Monção e Pós Graduando em Gestão e Auditoria dos Serviços de Saúde. São Luís-MA.

### **Marina Apolônio de Barros Costa**

Mestre em Enfermagem. São Luís-MA

### **Nívea Solange Cunha Ramos**

Pós-graduanda em Obstetrícia e Neonatologia. São Luís-MA

### **Liane Silva Sousa**

Pós-graduanda em Obstetrícia e Neonatologia e Mestranda em Gestão em Saúde Pública. São Luís-MA

### **Raylena Pereira Gomes**

Professora da Faculdade Pitágoras, São Luís-MA

### **Ricardo Veloso Trancoso**

Graduado em Enfermagem. São Luís-MA

### **Márcia Fernanda Brandão da Cunha**

Especialista em Saúde Mental, Especialista em Enfermagem Obstetrícia e Neonatal, Especialista em Educação para Saúde. São Luís-MA

### **Thainara Costa Miguius**

Enfermeira do Hospital Geral de Monção. São Luís-MA

### **Patrícia Almeida dos Santos Carvalho**

Pós graduando em Enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva e Residente em Neonatologia. São Luís-MA

### **Hedriele Oliveira Gonçalves**

Enfermeira do Home Care Lar e Saúde. São Luís-MA

### **Warlen dos Santos Freitas**

Especialista em Gestão e Auditoria em Serviços de Saúde e Estratégia Saúde da Família. São Luís-MA

### **Wemerson Campos Furtado**

Enfermeiro do Hospital São Domingos. São Luís-MA

**RESUMO:** A patologia desenvolvida diabete gestacional descobre através de exames laboratoriais, sempre no começo da gravidez e também por volta da 24<sup>a</sup> semana da gravidez. A primeira pesquisa importantíssima do metabolismo anormal dos carboidratos na gravidez foi estabelecida em Boston em 1954 e J.P. Hoet. O pâncreas produz um hormônio chamado insulina que tem a função controlar as taxas de açúcar no sangue, que vai gerando energia para o corpo e permite a diminuição do açúcar armazenado no organismo. O enfermeiro precisa elaborar planos de cuidados nos diagnósticos de diabetes gestacional, que será o instrumento para poder ter a melhoria dos cuidados proposto na sistematização de qualidade para as gestantes. A assistência de enfermagem ao paciente portador de diabetes deve estar voltada a prevenção de complicações, avaliação e monitoramento dos fatores de risco, orientação quanto à prática de autocuidado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes gestacional; cuidados de enfermagem; assistência de



enfermagem.

**ABSTRACT:** The pathology developed gestational diabetes discovers through laboratory tests, always in the beginning of the pregnancy and also around the 24th week of the pregnancy. The first major research into the abnormal metabolism of carbohydrates in pregnancy was established in Boston in 1954 and J.P. Hoet. The pancreas produces a hormone called insulin that has the function to control blood sugar rates, which will generate energy for the body and allows the decrease of sugar stored in the body. The nurse needs to develop care plans in the diagnoses of gestational diabetes, which will be the instrument to be able to have the improvement of the care proposed in the quality systematization for the pregnant women. Nursing care for the patient with diabetes should be focused on the prevention of complications, evaluation and monitoring of risk factors, guidance on the practice of self-care.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gestational diabetes; nursing care; nursing care.

## 1 | INTRODUÇÃO

A patologia desenvolvida diabete gestacional descobre através de exames laboratoriais, sempre no começo da gravidez e também por volta da 24ª semana da gravidez. Assim sendo detectado a diabetes precisa fazer o acompanhamento mais específico, para levar promoção no diagnóstico da paciente e necessita de avaliações com frequência, assim a glicemia que será realizada diariamente. As pacientes com o diagnóstico de diabete gestacional, muitas das vezes consegue evitar índices altos de açúcar no seu organismo, fazendo uma dieta e, caso o médico diga que ela não tenha nenhuma contraindicação pode realizar a algum exercício físico (SILVA, 2009).

Durante todo o processo da gravidez sempre é produzido vários hormônios que dificulta o manuseio da insulina, dificultando que a glicose não age na hemodinamicamente na saúde da paciente, percebendo a alta taxa de glicose no sangue, que irá favorecer uma hiperglicemia. A mesma pode levar a mãe e os bebês a desenvolver complicações futuramente com a glicemia (SILVA, 2009).

O exercício físico sempre é indicado com a dieta e o medicamento no tratamento da diabetes gestacional, através da prescrição médica. Assim a importância desta pesquisa é para o conhecimento das complicações da diabete gestacional, que podem desenvolver no processo da gestação de uma paciente, com isso o alerta dos sintomas é de suma importância para o diagnóstico precoce, precisa ter cuidados na prevenção da diabetes diminuindo o açúcar no organismo (SOUSA, 2015).

Esta pesquisa justifica-se em saber que a diabetes gestacional são uns dos principais fatores de complicações que pode percorrer em todo o processo de uma gestação. Esta prevalência eleva na hereditariedade, alimentação, falta de atividade física. Mesmo com todas as implementações de cuidados da sistematização de enfermagem, mesmo assim os riscos podem aparecer na paciente desenvolver a

diabetes.

Os profissionais da saúde tem um papel fundamental no processo de investigação do pré-natal, os cuidados necessários que serão desenvolvidos no cuidado com a paciente, sempre dando as informações necessárias e tirando todas às dúvidas da paciente e identificando os principais fatores riscos de complicações que podem dificultar na sistematização de enfermagem.

Para a sociedade é a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem através das implementações, mostra que o enfermeiro tem várias funções de planejamentos até a execução de tarefas dentro do serviço de saúde, uma vez que boa parte do atendimento é feito pela equipe de enfermagem para garantir uns bons resultados para as pacientes.

O enfermeiro dentro as suas atividades deve prestar atendimento humanizado e dar informações importantes à equipe de enfermagem, para que não ocorra nenhuma informação que seja errada nos prontuários, o atendimento precisa ser cautela desde a sua admissão até o nascimento do RN, visto a importância dos cuidados deve promover uma promoção da recuperação da saúde da paciente.

Diante disso, a enfermagem precisa ter conhecimento técnico científico, sobre os cuidados que serão oferecidos para as pacientes, tornando capaz de observar e analisar a diabetes gestacional.

## **2 | METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica referente à produção científica a respeito do tema escolhido, visando à importância da atuação do enfermeiro com paciente com diabetes gestacional, com o método de avaliação e análise das pesquisas sobre a qualidade da assistência ofertada para o paciente. Para a sua elaboração, o percurso metodológico foi através de literaturas, coletas de dados e interpretação de revisão bibliográfica.

A busca online foi realizada nas seguintes bases eletrônica: Literatura Latino americana e do Caribe de Informação em Ciência da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Google Acadêmico.

Para operacionalizar a busca, utilizaram-se os descritores: diabetes gestacional; assistência de enfermagem; cuidados de enfermagem. A seleção dos artigos foi realizada em fevereiro de 2019, que foram publicados no ano de 1999 a 2015. Após a busca, foram encontrados 50 artigos, somente 12 artigos que se encaixaram para o assunto escolhido. No presente estudo a análise documental foi realizado por meios de literaturas e artigos científicos.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nota-se a primeira referência à diabetes no período da gravidez parece ter sido feita numa revista publicada em 1882, pelo o investigador Inglês Matthews Ducan, num encontro da Sociedade de Obstetrícia em Londres, referenciou a morte de 13 fetos em 22 gestações de 15 pacientes com diabetes (PINHEL 1999).

A definição da hiperglicemia materna representa um risco elevado para o sucesso da gravidez remonta aos anos 40, altura em que estudos de Millernos EUA, e Hurwitz, na Escócia, demonstraram nos seus trabalhos a existência de um aumento da mortalidade perinatal na descendência de mulheres que tinham apresentado hiperglicemias durante o processo da gravidez, alguns anos antes do surgimento de diabetes na mãe até mesmo depois do parto (PINHEL 1999).

A primeira pesquisa importantíssima do metabolismo anormal dos carboidratos na gravidez foi estabelecida em Boston em 1954 e J.P. Hoet, foi o seu principal dinamizador. Apesar de ter utilizado o termo “diabetes metagestacional”, esta definição, no seu conteúdo, ainda se assemelhava bastante à ideia da época de um estado prévio à diabetes que indicava o surgimento de diabetes após a gravidez (PINHEL 1999).

O termo "Diabetes Gestacional" foi utilizado, provavelmente, em sua descoberta por Jorgin Penderson, em Copenhaga em 1967, mas a atual definição deve muito a Norbert Freinkel, investigador da Associação Americana de Diabetes e a sua equipa de Chicago (PINHEL 1999).

A diabetes gestacional faz parte de uns dos distúrbios metabólicos que causa aumento de açúcar na circulação sanguínea, que o termo utilizado hoje em dia é hiperglicemia causada por deficiência na secreção de insulina ou sua ação nos diversos órgãos (SILVEIRA, MARQUEZ, 2015).

A diabetes gestacional até nos dias atuais tem sua etiologia desconhecida, os estudos mostram que diversas mulheres inicialmente desenvolveram a autoimunidade das células beta pancreática, assim é apenas um defeito funcional no seu organismo, e não imunológico demonstrando que a gestante apresenta uma incapacidade da taxa de glicemia. Sendo resistente ao diagnóstico da diabetes gestacional, em que constata quando ocorre na primeira vez na gestação, sempre depois do parto é natural na paciente seu desaparecimento. Porém, se não ocorrer poderá ser confundido com o diabetes tipo 2, que não foi diagnosticado anteriormente, antes do processo de gestação (SILVEIRA, MARQUEZ, 2015).

No período da gravidez sempre ocorrem várias modificações endócrino-metabólicas, o maior objetivo é atender tanto as necessidades maternas quanto às necessidades do feto. Dentro dessas transformações no organismo requerem as adaptações para o favorecimento da gestação como a saúde de ambos, lembrando que se essas necessidades não forem atendidas, há um acarretamento de prejuízos ao prognóstico materno e perinatal. Com isso haverá um desempenho maior do pâncreas

e todo sistema endócrino, que quando não ativado, pode acarretar intolerância a glicose (MOTA et. al, 2015).

É importante o esclarecimento das gestações de risco é um fato a serem estudadas diariamente para poder promover prevenção as pacientes, porque assim a sua valorização na evolução e tratamento em casos mais remotos de mortalidade materna e perinatal pode ser evitados futuramente. A diabetes gestacional diagnosticada na gestante pode ser excluída com o acompanhamento clínico, obedecendo todo o tratamento adequado prescrito pelo médico e enquanto em outras mulheres pode ser controlado através do acompanhamento médico (SCHMIDT, REICHEL, 1999).

Compete ao enfermeiro identificar precocemente os fatores de riscos, vulnerabilidade do indivíduo e o ambiente em que ele está inserido, através disto o profissional pode intervir de forma sistematizada para minimizar os riscos e os agravos à saúde. A intervenção de enfermagem consiste na educação em saúde, com incentivo para mudanças na qualidade de vida, nos hábitos alimentares e proporcionando ao indivíduo o conhecimento sobre sua patologia (VIEIRA; SANTOS, 2014 p.14).

O pâncreas produz um hormônio chamado insulina que tem a função controlar as taxas de açúcar no sangue, que vai gerando energia para o corpo e permite a diminuição do açúcar armazenado no organismo. Sem a insulina os alimentos consumidos as células não vai absorver, assim fazendo com que acumule açúcar no sangue provocando a diabetes gestacional (SILVA, 2009).

Pode considerar mulheres que tem diabetes como 3 formas: gestantes que são tipo 1 ou tipo 2 que estão em processo de gestação; mulheres que adquire diabetes gestacional no período da gestação; e mulheres que são diabéticas, mas na sua gravidez que vai descobrir que tem diabetes (SILVA, 2009).

Na gravidez que desenvolve a diabetes gestacional. A mesma é uma patologia que vai afetar as células no organismo, elevando os níveis de açúcar no sangue da paciente, com a situação que afeta o percurso da gravidez e também futuramente ao bebê (SILVA 2009).

A diabetes gestacional é diferenciada porque as pacientes não apresenta sintomas como o contrário, sede excessiva, perda de peso, excesso de urina, fome e visão turva. Lembrando que em toda gravidez desenvolve alguns sintomas normalmente com cansaço, frequência urinaria e fome constante, isso não mostra que a paciente tem diagnóstico de diabetes. Assim a paciente necessita realizar alguns exames laboratoriais, pra poder rastrear a diabetes gestacional e descobrir qual gestante tem a patologia (SILVA, 2009).

Os estudos mostram que a realização dos exames deve ser realizada no início da gravidez e até mesmo com 24 semanas de gestação. Assim pode se observar que existem vários exames para que o médico possa diagnosticar a paciente como diabetes gestacional dentre eles: Teste oral de tolerância à glicose, glicemia em jejum e Hemoglobina glicada (LACERDA, 2012).

Toda mulher quando descobre que está grávida necessita realizar o exame de glicemia de jejum. O mesmo facilita que tem chance de desenvolver a diabetes na gestação, e com isso necessita fazer todo o seu acompanhamento médico (LACERDA, 2012).

Nos estudos realizados é sempre considerado normal os valores entre 70 e 99 mg/dl. Para que seja realizado este exame de glicemia em jejum, a paciente necessita de alguns cuidados como: está em jejum por volta de 8 horas no mínimo (LACERDA, 2012).

A glicemia em jejum pode se dizer alterada 100 e 125 mg/dL, mas lembrando que isso não quer dizer que a paciente seja diabética, isso é chamado de hiperglicemia mas não diabética. Para que seja diagnosticada diabetes gestacional na paciente necessita de alguns requisitos como a glicemia seja alterada constantemente na paciente. Se a gestante tiver casos na família com diabetes, obesidade irá favorecer para que ela adquira diabetes gestacional, assim a gestante precisa ter mais cuidados com a sua alimentação (SOUSA, 2015).

Outro exame importante que a gestante necessita realizar é teste oral de tolerância à glicose, ele é realizado quando a taxa de glicemia em jejum dar o resultado de 100 e 125 mg/dL. A paciente necessita ter uns dos devidos cuidados como o jejum de 8 horas, isso para ser tirada a primeira amostra do sangue da paciente. Assim depois da primeira amostra ele necessita consumir 75 gramas de glicose diluída na água, e depois deste cuidado será retirada a segunda amostra que é depois de duas horas após da indução das gramas. Enfim, para ser diagnosticada diabetes gestacional o exame deve ter valores superiores a 200mg/dl (LACERDA, 2012).

É preciso dar as devidas informações para as pacientes logo nas consultas, para poder facilitar que ela entenda a importância da realização do exame, assim alertando que ela precisa realizar ele entre vinte e quatro e vinte e oito semanas de gestação, porque neste período o organismo da paciente produz muitos hormônios placentários que vai progredir bastante resistência à insulina. É preciso considerar que a paciente necessita controlar as taxas de açúcar no organismo para o melhor desenvolvimento do feto (LACERDA, 2012).

Existe também outro exame que é realizado para diagnosticar a diabetes gestacional como hemoglobina glicada ou hemoglobina glicosilada (HbA1c), este exame mostra toda a resistência da diabetes a insulina. O mesmo é bem prático que é feito após alimentação, ou seja, pós-prandial, ele é seguro e não poder dar resultados negativos como o da glicemia em jejum (SILVA, 2009).

O exame de hemoglobina glicada dar resultados dos últimos três meses da quantidade de açúcar que tem no organismo da paciente. Este exame é realizado em laboratório e também pode ser com aparelhos específicos (LACERDA, 2012).

Dentre os resultados normais da hemoglobina glicosilada, para pessoas sem diabetes é de 4% e 6% no organismo. Para um diabético que faz todo o seu acompanhamento absorvendo todas as condutas prescritas é de 7%. Diabéticos com

a hemoglobina glicosilada acima de 7% precisa ter o maior controle possível, porque os mesmos têm muitas chances de desenvolver patologias cardiovasculares, renais, dos nervos periféricos e também nos olhos (LACERDA, 2012).

Nas consultas de rotinas das pacientes deve sempre lembrar que ela necessita realizar o exame em cada três meses, para poder observar o controle glicêmico em seu organismo, ainda mais quando as pacientes têm antecedentes familiares, que tem muitos riscos de complicações antes e até mesmo na hora do nascimento do bebê. Com isso é importantes dar todas as orientações necessárias para as gestantes em todo o seu pré-natal (LACERDA, 2012).

As gestantes que estão com o controle glicêmico alterado é recomendando como primeira opção a dieta nutricional junto com a prática de exercício físico, assim as pacientes que estão diagnosticadas com diabetes gestacional, muitas das vezes não precisa de tratamento farmacológico pra melhorar as taxas de açúcar no sangue (LACERDA, 2012).

Geralmente a paciente necessita realizar várias refeições por dia, lembrando que seja uma dieta nutricional pra poder evitar complicações como uma hipoglicemia ou hiperglicemia. As pacientes necessita regular sua glicemia todos os dias pra não aumentar o valor calórico, assim elas devem evitar o mínimo de jejum possível, que eleva fatores de riscos para o bebê. As proteínas e os carboidratos deve evitar o máximo de consumo pela noite, com isso a paciente não tem o risco de fazer hiperglicemia ou hipoglicemia (SOUSA, 2015).

Quando atividade física é recomenda pelo médico para as pacientes com diabetes gestacional, ajuda a normalizar a circulação da glicose no organismo, os problemas cardiovasculares são melhorados, a paciente diminui o seu peso, e vai proporcionar que a gestante tenta uma gravidez bem tranquila com o parto sem nenhuma complicação e sua recuperação será ágil (LACERDA, 2012).

Quando as contraindicações são ditas pelo médico para não realizar atividade física algumas delas são: sangramento uterino, ruptura prematura da placenta, atividade de parto pré-termo e hipertensão arterial grave. A atividade física nas pacientes que não tem nenhuma contraindicação não deve passar mais de 30 minutos por dia (LACERDA, 2012).

As gestantes que utilizam insulina precisa realizar o teste antes, durante e depois da atividade física, para poder saber como está o índice de taxas glicêmico no sangue, assim ajuda reduzir os riscos de complicações para a mãe e para o bebe (LACERDA, 2012).

O maior objetivo da atividade física na paciente com diabetes gestacional é controlar o peso que irá facilitar uma gravidez sem risco, para isso é necessário que a enfermagem de orientar a paciente corretamente. A atividade é o tratamento mais indicado para controlar as taxas de açúcar no organismo (SOUSA, 2015).

Os estudos mostram que só é utilizado o tratamento farmacológico quando a atividade física e a dieta não diminui controle glicêmico da paciente com diabetes

gestacional, e também quando a gestante não é recomendada a realizar atividade física junto com uma dieta nutricional (LACERDA, 2012).

Sabemos que o tratamento farmacológico é para diminuir as taxas de açúcar no sangue, fazendo com que a gestante possa ter uma gravidez tranquila, trazendo bem estar no seu processo de gestação. Existem muitos casos que quando não são controlados por dieta e atividade física utiliza sempre a insulina para o tratamento da paciente (LACERDA, 2012).

O tratamento com insulina para diabetes gestacional foi observado nos estudos que teve melhoria na vida das mães e principalmente na vida do bebê, observando que com o tratamento farmacológico a mortalidade de bebês diminuiu bastante como mostra nos percentuais dos estudos (SOUSA, 2015).

Lembrando que insulinas de duração intermediária (NHP) e rápida (regular) essas mesmo que são as utilizadas nas pacientes com diabetes gestacional sua ação é rápida e efetiva no tratamento, pois elas mostram transferência placentária baixa e também não existe nenhum relato sobre a teratogenicidade (SOUSA, 2015).

Na aplicação de insulina devemos sempre orientar as pacientes utilizar áreas que tem mais elasticidade na pele tais como: abdômen, glúteo, lateral das coxas, região deltoide, face anterior, orientando também que deve realizar o rodizio diário nos locais de aplicações, para evitar absorção retardada da insulina, a fibrose e lipodistrofia (SOUSA, 2015).

É importante orientar as pacientes a respeito das doses da insulina para a saúde dela, porque com a dose certa irá melhorar o seu controle glicêmico no seu período de gestação. Enquanto isso a dose da insulina vai depender da idade gestacional e também do peso da paciente, isso ela irá saber nas consultas com frequências pelos médicos que estão sendo acompanhados o seu pré-natal (SOUSA, 2015).

Mesmo sabendo da efetividade e da segurança da insulina, nos estudos conclui que existem algumas desvantagens com: a dor, o desconforto aplicação subcutânea e a inconveniência das injeções, isso porque as gestantes iram utilizar frequentemente o tratamento farmacológico da insulina em toda sua gravidez. Extem também alguns efeitos adversos da insulina tais como: tremores, fome, hipoglicemia, letargia, confusão, hiperglicemia, convulsões, perda da consciência (SOUSA, 2015).

O tratamento padrão mais utilizado é a insulina que sempre estão utilizados com fármacos orais como a metformina e a glibenclamida, eles são os mais conhecidos e também os mais utilizados para paciente com diabetes gestacional (SOUSA, 2015).

A metformina é o fármaco que sempre domina ao tratamento da diabetes gestacional, e é utilizado como hipoglicemiantes orais nas pacientes, ele pode ser utilizado como único e também com a combinação da insulina no tratamento farmacológico (SOUSA, 2015).

A metformina é um fármaco do grupo das biguanidas, age como sensibilizador de insulina, pertencendo ao grupo de medicamentos de risco B. Seu mecanismo de ação ainda não possui uma explicação clara, sabe-se que a redução de glicemia

ocasionada por estes fármacos não está ligado a células B funcionais do pâncreas (SOUSA, 2015).

Aglibenclamida é outro fármaco utilizado para gestantes que estão diagnosticadas com diabetes gestacional, ela é uma sulfoniuréia que apresenta segunda geração, faz parte de um grupo de risco chamado B do FDA, (secretagogo de insulina), pois sabendo que a metformina não atravessa a barreira placentária da gestante (SOUSA, 2015).

Os estudos mostram que ação da glibenclamida não é tão eficaz, enquanto o tratamento da insulina, porque o bebê nasce sem nenhuma complicação no seu peso, sem nenhuma alteração nas informações congênitas e nas taxas de açúcar no sangue (SOUSA, 2015).

A Resolução 272 de 27 de agosto de 2002 dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de Saúde Brasileiras, contendo que o prontuário do paciente deve ser composto por histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, evolução da assistência de enfermagem e relatório de enfermagem.

A lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, referente ao exercício da enfermagem, dispõe, no artigo 11, como atividades exclusivas do enfermeiro: a consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. O processo de enfermagem sistemático pelo fato de envolver a utilização de uma abordagem organizada para alcançar seu propósito.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um processo que tem como objetivo a promoção, manutenção e recuperação da saúde, que deve ser desenvolvido pelo enfermeiro com base nos conhecimentos técnicos e científicos. Para a implementação do plano assistencial requer do enfermeiro olhar o paciente como holístico para as habilidades de enfermagem (POSSARI, 2007).

A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro, que através de um método e estratégia de trabalho científico realiza a identificação das situações de saúde, subsidiando a prescrição e implementação das ações de Assistência de Enfermagem, que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e sociedade (POSSARI, 2007).

Os diagnósticos de enfermagem são utilizados para identificar os resultados esperados com o cuidado e planejar as intervenções específicas da enfermagem em uma sequência (GARCEZ, 2015-2017).

Após a elaboração dos diagnósticos de enfermagem o enfermeiro deve priorizá-los, fundamentando-se na experiência profissional, no conhecimento clínico e nas demandas explicitadas pelo indivíduo, pela família ou comunidade. Os diagnósticos de enfermagem formulados só tem significação no contexto do processo de enfermagem, se for um elo entre o levantamento de dados e a determinação das intervenções



necessárias para o alcance dos resultados esperados (POSSARI, 2007).

Prescrição de enfermagem é o conjunto de medidas decididas pelo enfermeiro, que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde (POSSARI, 2007).

O enfermeiro deve orientar a gestante sobre os cuidados como o controle da glicemia, a alimentação nutritiva e realizar práticas de atividades físicas, que vai ser preciso fazer durante o processo da gestação (CARVALHO; SILVA, 2016).

E de suma importância à consulta de enfermagem para as pacientes com diabetes gestacional, porque através das consultas que serão informadas todos os cuidados que são prestes a tomarem na sua gravidez (CARVALHO; SILVA, 2016).

O enfermeiro precisa elaborar planos de cuidados nos diagnósticos de diabetes gestacional, que será o instrumento para poder ter a melhoria dos cuidados proposto na sistematização de qualidade para as gestantes (CARVALHO; SILVA, 2016).

É importante orientar as pacientes sobre a medicação, especificando a dosagem certa e sempre alertando sobre os horários para melhor o efeito da medicação. Caso a paciente utiliza insulina deve alertar sobre as medidas de cuidados sobre o preparo, deixando claro sobre os locais e explicando que a insulina tem que realizar rodízio no corpo nos locais corretos para a aplicação da insulina (CARVALHO; SILVA, 2016).

Os enfermeiros devem atuar com conhecimento científico, deixando que as pacientes se sintam com segurança, fazer com que crie um vínculo afetivo sobre os cuidados de enfermagem, assim elas iram se sentirem mais confortáveis nas consultas de enfermagem. Com isso os enfermeiros devem ser educadores da enfermagem pra proporcionar qualidade na sistematização da paciente em todo o seu pré-natal (CARVALHO; SILVA, 2016).

Compete ao enfermeiro identificar precocemente os fatores de riscos, vulnerabilidade do indivíduo e o ambiente em que ele está inserido, através-disto o profissional pode intervir de forma sistematizada para minimizar os riscos e os agravos a saúde. A intervenção de enfermagem consiste na educação em saúde, com incentivo para mudanças no estilo de vida, nos hábitos alimentares e proporcionando ao indivíduo o conhecimento sobre sua patologia (VIEIRA; SANTOS, 2014 p.14).

A consulta de enfermagem apresenta-se como uma ação eficaz para que se inicie o processo de educação à saúde, essencial para que os pacientes portadores de diabetes possam compreender a necessidade da realização do tratamento e das atividades que são propostas para a melhoria de sua qualidade de vida (CARVALHO; SILVA, 2016).

Ao enfermeiro, apresenta-se a missão de acolher de forma efetiva o portador de diabetes, possibilitando a sua aproximação, como meio de orientar e sanar as dúvidas e questionamentos apresentados pelos indivíduos que em um primeiro momento, se encontram abalados frente ao diagnóstico da existência do diabetes (CARVALHO; SILVA, 2016).

O papel do enfermeiro junto ao portador de diabetes descompensada apresentou-se como primordial, principalmente em se tratando do acompanhamento do tratamento, da aproximação para com o paciente, no momento da educação à saúde, a qual configura na conscientização, orientação e informação ao paciente da importância da realização do tratamento em busca da recuperação de sua autoestima e bem-estar (VIEIRA; SANTOS, 2014).

A assistência de enfermagem ao paciente portador de diabetes deve estar voltada a prevenção de complicações, avaliação e monitoramento dos fatores de risco, orientação quanto à prática de autocuidado. Sendo de competência de o enfermeiro realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames e realizar transcrição de medicamentos de rotina de acordo com protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, desenvolver estratégias de educação em saúde e fazer encaminhamentos quando necessário (BOLOGNANI, SOUZA, CALDERON, 2011).

Para elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem utilizou-se da taxonomia NANDA, para seleção das intervenções de enfermagem pertinentes foi utilizada a taxonomia NIC e, posteriormente, para elaboração dos respectivos resultados esperados utilizou-se a taxonomia NOC.

Diante desse contexto, os principais diagnósticos de enfermagem foram: Risco de glicemia instável evidenciado a falta de controle do diabete relacionado à gravidez; Risco de nutrição desequilibrada evidenciada por disfunção dos padrões alimentares relacionado a comer em resposta a estímulos internos que não a fome; Fadiga evidenciada por falta de energia relacionada a estados de doença; Intolerância a atividade evidenciada por relato verbal de fadiga relacionada a estilo de vida sedentário; Eliminação urinária prejudicada evidenciada por poliúria relacionada a múltiplas causas; Percepção sensorial visual perturbada evidenciada a mudança na acuidade sensorial relacionada à transmissão sensorial alterada.

Desse modo, para melhoria das condições de vida dessa gestante, o plano de cuidado voltou-se para ações como: Monitorar os níveis de glicose no sangue; Identificar a possível causa da hiperglicemia, no sangue; Encorajar o alto monitoramento dos níveis de glicose no sangue; Orientar quanto aos testes de cetona na urina, quando adequado; Encorajar ingestão alimentar de ferro, quando apropriado; Oferecer alimentos selecionados; Monitorar a eliminação da urina incluindo a frequência; Orientar a paciente a registrar o débito urinário, quando adequado; Aplicar gotas lubrificantes quando adequado (CARVALHO; SILVA, 2016).

Enfim os enfermeiros é o profissional que tem autonomia em realizar os cuidados de enfermagem para as pacientes diagnosticadas com diabetes gestacional, nisso mostra que os eles necessitam e devem realizar o seu tratamento com excelência e eficiência para ser considerado um atendimento especial para todas as pacientes (CARVALHO; SILVA, 2016).

## 4 | CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou uma aprendizagem mais ampla sobre a assistência de Enfermagem sobre as intervenções que devem ser realizadas durante as consultas do pré-natal na busca por qualidade de vida da paciente e, concedendo desta forma, um olhar mais cuidadoso.

Observou-se que o processo de gestação, no caso gravidez, possui várias complicações, dentre as mais comuns, já citadas, encontramos: hipotensão, hipertensão, náuseas e vômitos, cefaleia, pré-eclampsia e eclampsia, diabetes gestacional.

Para cada uma dessas complicações existe uma medida a ser tomada pelo enfermeiro. É importante lembrar, que a sistematização da enfermagem inicia assim que a cliente entra na unidade, buscando sempre saber de suas condições físicas e clínicas estão adequadas do início da gravidez até o nascimento do bebê.

Diante do exposto, o enfermeiro deve prestar tanto uma assistência qualitativa, como deve assumir também uma posição de educador, já que o enfermeiro é o profissional que possui mais contato com o cliente, devendo estabelecer uma relação de confiança e ensinamentos, envolvendo também a família da paciente.

A equipe de Enfermagem possui tanto a responsabilidade de prestar uma assistência humanizada como também prestar um atendimento bem qualificado.

Portanto, a relevância da Enfermagem nesse contexto está na qualidade da assistência que deve ser realizada para a gestante e para o bebê, assim criando ações de promoção da saúde de ambos. A busca de um olhar holístico do enfermeiro para a paciente ajuda no processo de construção para a humanização do pré-natal da paciente, deixando a mãe sempre confortável em todas as consultas de enfermagem.

## REFERÊNCIAS

Bolognani CV, Souza SS, Calderon IMP. Diabetes mellitus gestacional - enfoque nos novos critérios diagnósticos. Com. Ciências Saúde - 22 Sup 1:S31-S42, 2011.

Brasil. Resolução 272 de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de Saúde Brasileiras.

Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm). Acesso em: 10 de mar 2019.

Carvalho ER, Silva JDB. A importância da assistência de enfermagem ao paciente portador de diabetes mellitus: revisão bibliográfica. Revista Inciare, Campo Mourão, v. 1, n. 1, p. 91-102, jul. /dez. 2016.

Garcez RM. Diagnósticos de enfermagem da Nanda: definições e classificação. Editora Artmed 10ª edição; Porto Alegre, 2017.

Lacerda TL. Revisão diabete melito gestacional: tratamento farmacológico e suas perspectivas.

Universidade Católica de Brasília, DF-2012.

Mota KCS, Rodrigues KL, Silveira GL, Brito RN, Campos NCM, Antão JYFL. A assistência de enfermagem a uma paciente com diabetes mellitus gestacional. Rev. Bras. Enferm, FJN, 2015.

Pinhel JHC. Diabetes gestacional. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, dez-1999.

Possari JF. Prontuário do paciente e os registros de enfermagem. Editora Érica Ltda. 2ª edição; São Paulo: Iátria; 2007.

Schmidt MI, Reichelt AJ. Consenso Sobre Diabetes Gestacional e Diabetes Pré-Gestacional. Arq. Bras. Endocrino Metab vol 43 n°1 fevereiro 1999.

Silva CAO. Diabetes gestacional vs hábitos alimentares. Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, 2009.

Silveira LO, Marquez DS. DIABETES GESTACIONAL: Consequências para a mãe e o recém-nascido. Rev. Bras. Enferm, USF-SP, 2015.

Sousa BBP. A importância dos tratamentos não farmacológicos e os cuidados de enfermagem a mulheres com diabetes gestacional. Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande- PB, 2015.

Vieira VHFB, Santos GSS. O papel do enfermeiro no tratamento de pacientes com diabetes descompensada. Rev. Bras. Enferm, FAC-RJ, 2014.

## AUMENTO DA COBERTURA E DO ACESSO AO EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO DO ÚTERO EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

### **Thamiris Farias Pessoa**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Faculdade de Enfermagem  
Rio de Janeiro – RJ.

### **Tatiana de Araujo Lima**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Faculdade de Enfermagem  
Rio de Janeiro – RJ.

### **Fabiana Ferreira Koopmans**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Faculdade de Enfermagem  
Rio de Janeiro – RJ.

**RESUMO:** Este trabalho trata-se de um plano de intervenção voltado à resolução de um problema identificado em uma equipe de saúde da família, em uma unidade básica de saúde localizada na Tijuca, no município do Rio de Janeiro. Teve como objetivo a ampliação da cobertura e do acesso ao exame citopatológico de colo do útero em mulheres entre 25 e 64 anos, visando um incremento de 25,1% para 80% na cobertura, em um período de seis meses. Estabeleceu-se como estratégias: identificação das mulheres com o rastreamento por exame citopatológico em atraso; captação das mulheres identificadas para a realização do exame citopatológico; capacitação dos profissionais da equipe acerca da temática; discussão com a equipe sobre o processo de trabalho e sua relação com a baixa

cobertura do exame citopatológico e elaboração de um instrumento que possibilite a expressão de forma quanti-qualitativa acerca da cobertura da população de mulheres situadas na faixa etária preconizada para a realização do exame citopatológico. O instrumento elaborado para avaliação da cobertura e vigilância indicou que a meta mensal estabelecida por este plano não fora alcançada. O número de atendimentos desenvolvidos para outros fins e linhas de cuidado tem sido um obstáculo relevante, impossibilitando o alcance da meta.

**PALAVRAS-CHAVE:** Teste de Papanicolaou; Neoplasias do colo do útero; Saúde da família.

### **INCREASE IN COVERAGE AND ACCESS TO PAPANICOLAOU TEST IN A FAMILY HEALTH TEAM**

**ABSTRACT:** This work is an intervention plan aimed at solving a problem identified in a family health team, in a health unit located in Tijuca, city of Rio de Janeiro. The objective was to increase coverage and access to Papanicolaou test in women between 25 and 64 years of age, aiming to increase coverage from 25.1% to 80% over a six-month period. It was established as strategies: identification of women with screening by Papanicolaou test in arrears; captation of these women for Papanicolaou test; training of the staff on the subject; discussion with the team about the work process and its relation

with the low coverage of Papanicolaou test and elaboration of an instrument that allows the quantitative-qualitative expression about the coverage of the population of women located in the age group recommended for the accomplishment of Papanicolaou test. The instrument developed for the evaluation of coverage and surveillance indicated that the monthly goal established by this plan had not been reached. The number of consultations developed for other purposes and lines of care has been a relevant obstacle, making it impossible to achieve the goal.

**KEYWORDS:** Papanicolaou test; Neoplasms of the cervix; Family Health.

## 1 | INTRODUÇÃO

O câncer de colo do útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, seguindo o câncer de mama e o câncer colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil (BRASIL, 2018).

As estimativas para cada ano do biênio 2018/2019 são de 16.370 casos novos de câncer de colo do útero, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada a principal porta de entrada da população para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017). Com a expansão da atenção primária no município do Rio de Janeiro, as ações de prevenção e detecção precoce do câncer de colo do útero ficaram, cada vez mais, ao alcance das mulheres, principalmente por meio da oferta do exame citopatológico.

O exame pode ser realizado por demanda espontânea ou por meio de agendamento específico para tal fim. Para isso, a equipe precisa conhecer o perfil da população, possuir o cadastro de todos os usuários da sua área adscrita e identificar todas as mulheres incluídas na faixa etária prioritária, buscando, desta forma, minimizar a barreira do acesso à rede de serviços.

O acesso à saúde é definido como a ausência de barreiras ao cuidado, relacionadas a aspectos geográficos, financeiros, organizacionais, socioculturais, étnicos e de gênero (BRASIL, 2010). O mesmo está previsto ainda na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004). No entanto, apesar de investimentos na ampliação do acesso à saúde da mulher na rede de atenção básica, o mesmo, aparentemente, tem sido insuficiente para atender às necessidades destas.

A partir da análise da cobertura do exame citopatológico em uma equipe ou unidade de saúde, é possível planejar ações para ampliar o acesso ao exame, por meio da comparação entre o número de mulheres - com rastreamento em atraso - que deveriam realizar o exame, e o número de mulheres que o realizaram efetivamente.

Esta avaliação da cobertura é realizada nas ESFs, de forma quantitativa, por meio da análise dos indicadores de saúde, extraídos a partir dos dados do prontuário eletrônico, utilizados para descrever determinada situação de saúde e para

acompanhar suas mudanças ou tendências em um período de tempo. Eles permitem a comparabilidade entre diferentes áreas ou diferentes momentos, e fornecem subsídios ao planejamento das ações de saúde (BRASIL, 2002).

## 1.1 Justificativa

A motivação para explorar este tema surgiu a partir da vivência prática da autora, enquanto enfermeira residente, no exercício do atendimento às mulheres em sua equipe de atuação. Apesar de o exame ser ofertado à população por todas as equipes, estando acessível a todas mulheres incluídas na faixa etária preconizada, percebeu-se que uma delas - a equipe Dona Delfina - não vinha conseguindo alcançar cobertura satisfatória.

Tais dados foram evidenciados a partir da observação da reduzida procura por realização do exame e por meio da busca realizada no VITACARE, prontuário eletrônico utilizado na unidade, acerca da variável 2, que informava a proporção de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com exames citopatológicos registrados nos últimos três anos.

Deste modo, o estudo justifica-se devido à identificação do déficit deste indicador no cenário de prática, fator que pode refletir negativamente na situação de saúde da população feminina desse território.

## 1.2 Objetivos

### Objetivo Geral

- Ampliar a cobertura e o acesso ao exame citopatológico de colo do útero da equipe de saúde da família Dona Delfina, do Centro Municipal de Saúde Heitor Beltrão.

### Objetivos Específicos

- Identificar as mulheres com o rastreamento por exame citopatológico em atraso, ou seja, não realizado nos últimos três anos;

- Captar as mulheres identificadas para a realização do exame citopatológico;

- Capacitar os profissionais da equipe acerca da temática;

- Discutir com a equipe sobre o processo de trabalho e sua relação com a baixa cobertura do exame citopatológico;

- Elaborar um instrumento que possibilite a expressão de forma quanti-qualitativa acerca da cobertura da população de mulheres situadas na faixa etária preconizada para a realização do exame citopatológico.

## 2 | REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Infecção pelo HPV e câncer de colo do útero

A infecção pelo HPV (papilomavírus humano) é uma causa necessária, porém

não suficiente para a ocorrência do câncer de colo do útero. Entretanto, é considerado o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da doença. Estima-se que até 80% das mulheres sexualmente ativas irão adquiri-la ao longo de suas vidas (BRASIL, 2013).

A vacinação contra o HPV é uma importante forma de prevenção. No SUS, a vacina ofertada é a quadrivalente, conferindo imunização contra os subtipos 6, 11, 16 e 18 (BRASIL, 2018).

Outra forma de prevenção se dá por meio da realização periódica do exame citopatológico do colo do útero. O rastreamento deve ser realizado também nas pessoas que foram vacinadas, pelo fato de a vacina não conferir proteção contra todos os tipos de HPV causadores do câncer de colo do útero (BRASIL, 2016).

O exame deve ser realizado preferencialmente pelas mulheres entre 25 e 64 anos, que têm ou já tiveram atividade sexual. Os dois primeiros exames devem ser realizados com intervalo de um ano e, caso seus resultados forem normais, um novo exame deve ser realizado a cada três anos (BRASIL, 2018).

A coleta é ofertada à todas as mulheres, e realizada nas ESFs, por médicos e enfermeiros habilitados, durante as consultas de rotina ou em agendamentos específicos para tal fim. Mulheres que não comparecem espontaneamente podem ser convocadas para a realização do exame por busca ativa (BRASIL, 2013).

Outras ações para prevenção e controle do câncer de colo do útero também são realizadas na ESFs, sendo voltadas desde à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) como à detecção precoce do câncer de colo do útero, além de ações de vigilância em saúde (BRASIL, 2016).

## **2.2 Epidemiologia do câncer de colo do útero**

O número de casos novos de câncer vem aumentando no decorrer das últimas décadas. Segundo a Globocan, o número estimado de casos incidentes de câncer no mundo para 2018 é de 18,1 milhões de pessoas, e esse número deve aumentar para mais de 29,5 milhões em 2040. Atualmente, o câncer é responsável por uma em cada seis mortes no mundo (WHO, 2018).

No Brasil, as taxas de incidência e mortalidade apresentam valores intermediários em relação aos países em desenvolvimento, porém são elevadas em comparação a países desenvolvidos, com programas de detecção precoce bem estruturados. Países europeus, Estados Unidos, Canadá, Japão e Austrália apresentam as menores taxas, enquanto países da América Latina e, sobretudo, de regiões mais pobres da África, apresentam indicadores bastante elevados (BRASIL, 2018).

No Brasil, a região Norte, além de ser a localidade onde este câncer é mais incidente, é também a que evidencia as maiores taxas de mortalidade. Em 2015, a taxa padronizada pela população mundial foi de 12,2 mortes por 100.000 mulheres, representando a primeira causa de óbito por câncer feminino nesta região. Nas regiões



Nordeste e Centro-Oeste, onde este câncer representou a terceira causa, as taxas de mortalidade foram de 6,15/100 mil e 6,62/100 mil, respectivamente. Nas regiões Sul e Sudeste, apresentou menores taxas (4,85/100 mil e 3,68/100 mil, respectivamente) ocupando a sexta colocação entre os óbitos por câncer em mulheres (BRASIL, 2018).

No que tange ao município do Rio de Janeiro, a taxa de mortalidade padronizada da neoplasia de colo do útero permaneceu estável entre 2008 e 2017. Contudo, considerando a área programática 2.2, ocorreu incremento de 84,5% neste mesmo período (RIO DE JANEIRO, 2017).

### **2.3 Cobertura e acesso ao exame citopatológico de colo do útero**

O acesso ao serviço de saúde é um direito de toda a população; no entanto, quando este se apresenta inadequado ou desigual, pode desestimular os usuários por sua procura. Brito-Silva (2014) afirma que a dificuldade no acesso relaciona-se, sobretudo, à baixa flexibilidade no agendamento de consultas, e que são as restrições colocadas pela dinâmica do atendimento e sua burocratização que contribuem para dificultar e desmotivar a busca do serviço pelas mulheres, retardando a realização do exame citopatológico.

Um estudo que analisou estrutura e processos de trabalho em 38.812 unidades básicas de saúde brasileiras demonstrou que apenas metade das unidades apresentou estrutura adequada para o rastreamento do câncer de colo do útero por meio do exame citopatológico, e que somente 30% das equipes foram classificadas com processo de trabalho considerado adequado para detecção do câncer de colo do útero (TOMASI et al., 2015).

A desinformação, aliada às condições econômicas, pode contribuir para uma percepção equivocada, pelos usuários, de que não se deve procurar assistência à saúde caso não se apresente sintomas. Uma revisão integrativa realizada para entender a percepção das mulheres quanto ao exame citopatológico evidenciou que a mulher percebe o exame como forma de autocuidado. Entretanto, elas buscam a assistência apenas com o início dos sintomas (SILVA et al., 2016). Este estudo revelou que 20% das mulheres relataram a realização do exame em caráter oportunístico, e não rotineiro (NAVARRO et al., 2015), motivo pelo qual observa-se a necessidade de se oportunizar a consulta para a realização do exame citopatológico no momento em que a mulher busca espontaneamente o serviço, independente do motivo que a levou à procura por atendimento.

Um estudo realizado em Feira de Santana mostrou que mulheres ainda desconhecem sobre a oferta do exame pelo SUS, onde 38% responderam que o realizaram em serviço particular e 27,7% não sabiam como agendar o exame na unidade de saúde da família do bairro onde residiam (ANDRADE et al., 2014).

Outros fatores que interferem no acesso ao exame estão relacionados à vergonha em expor o próprio corpo, pelo fato de mais de metade das mulheres com

exame em atraso referirem não ter realizado o exame por este motivo (COSTA, SILVA & SOUZA, 2018; SOUZA et al., 2016). O medo do diagnóstico também influencia negativamente a procura pelo exame (SOUZA et al., 2017), além da apreensão quanto ao procedimento de coleta (SILVA et al., 2016).

A mudança do sistema de prontuário eletrônico nas Clínicas da Família da cidade do Rio de Janeiro, do VITACARE para o e-SUS, gerou muitas dificuldades neste sentido. Em um relato de experiência sobre a implantação do novo sistema, ressaltou-se que uma de suas maiores limitações é a escassez de dados fornecidos no relatório de exportação, o qual ainda não passou por nenhuma modificação que permitisse a oferta de uma maior qualidade de dados acerca da situação de saúde dos territórios, não oferecendo ferramentas necessárias para o processo de monitoramento e processamento de dados pelos gestores e, conseqüentemente, dificultando o processo de planejamento e avaliação de ações realizadas na Atenção Básica (OLIVEIRA et al., 2016).

### **3 | METODOLOGIA**

O presente plano de intervenção é uma proposta de ação que visa a resolução ou redução de um problema, direcionado a uma equipe de saúde da família de uma unidade básica de saúde, localizada no bairro da Tijuca e situada na Zona Norte do Município do Rio de Janeiro.

Atende-se a uma população de 30.840 usuários cadastrados, distribuídas entre oito equipes. Sete equipes possuem residência em Medicina de Família e Comunidade e quatro equipes possuem residência de Enfermagem em Saúde da Família. Ambos os programas são vinculados à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

O cenário escolhido se deu pelo fato de a autora ser residente do Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família (PRESF), lotada nesta unidade desde março de 2017. Diante disso, este plano de intervenção foi direcionado à equipe Dona Delfina, na qual a autora atuava como enfermeira residente.

### **4 | PLANO DE INTERVENÇÃO**

#### **4.1 Definição do problema**

No primeiro trimestre de 2017, compreendido entre janeiro e março de 2017, a equipe Dona Delfina possuía um total de 2747 cadastrados. O grupo feminino representava 1724 pessoas (62,76%) dessa população. Dentre essas mulheres, 1003 (58,18%) pertenciam à faixa etária entre 25 a 64 anos, indicada como prioritária para realização do exame citopatológico de colo do útero.

Já no primeiro trimestre de 2018 (janeiro a março), foi possível verificar o incremento de 704 cadastros na equipe, agora com 3451 cadastros. O grupo feminino

representava então 2160 pessoas (62,59%) da população. Dentre essas mulheres, 1220 (56,48%) pertenciam à faixa etária prioritária para realização do exame.

Antes da chegada da residência de enfermagem em saúde da família à equipe, fato que correspondeu ao primeiro trimestre de 2017, apenas 232 mulheres (23,13%) haviam realizado o exame dentro do período recomendado, ou seja, 771 (76,87%) das mulheres permaneciam com o rastreamento em atraso, não havendo realizado ou não existindo o registro do exame nos últimos três anos.

Comparando os dados acima com os de um período posterior à chegada da residência de enfermagem em saúde da família à equipe (primeiro trimestre de 2018), 306 mulheres (25,1%) haviam realizado o exame dentro do período recomendado, enquanto 914 (74,9%) permaneciam com o rastreamento em atraso, considerando o período de três anos.

Verificou-se, portanto, que o número de citopatológicos realizados pela equipe Dona Delfina, em ambos os períodos, foi muito inferior à meta preconizada. Além disso, é importante destacar que todas as equipes encontravam-se com baixos percentuais de realização do exame citopatológico. Considerando o exposto, não foram observadas grandes mudanças nos indicadores após a chegada da residência de enfermagem, o que causou descontentamento à equipe e suscitou uma reflexão acerca das práticas de atuação enquanto residente, motivando a necessidade de propor uma intervenção para modificação dessa realidade.

Vale ressaltar que, anteriormente à chegada da residência de enfermagem à equipe, já havia uma busca pelo alcance da meta, desenvolvida pela enfermeira da equipe, assim como pelos profissionais que a compõe.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece uma meta mínima de 80% de cobertura para a realização anual de exames citopatológicos. Considerando o público alvo total da Equipe Dona Delfina no ano de 2018 (1220 mulheres), estimou-se que, minimamente, 976 mulheres (80%) deveriam estar com exame citopatológico em dia, ao final do ano de 2018.

Segundo a base extraída do sistema VITACARE, até o final do primeiro trimestre do 2018, 306 mulheres apresentavam o rastreamento em dia. Este número, somado ao número de citopatológicos realizados pela equipe durante o segundo trimestre, de abril a junho de 2018 (58 exames), resultou num total de 364 mulheres com exame em dia. Foi possível, então, estimar o número de citopatológicos a serem realizados no terceiro e quarto trimestres de 2018, de modo a alcançar a meta de cobertura mínima de 80% (**Quadro 1**).

2018				
Status	Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4
em dia	306	364	670	976
realizados		58	306	306
pendentes	670	612	306	0

**Quadro 1** - Estimativa do número de citopatológicos a serem realizados em 2018, Equipe Dona Delfina.

Fonte: Autora

Foram realizados 58 exames durante o segundo trimestre de 2018, totalizando 364 citopatológicos até junho de 2018, o que significa uma pendência de, no mínimo, 612 exames citopatológicos, a serem distribuídos pelo terceiro e quarto trimestres de 2018.

Apartir da implementação do plano de intervenção (de julho a dezembro de 2018), esperava-se realizar 306 exames em cada trimestre, ou seja, 102 citopatológicos mensais, o equivalente a cinco exames citopatológicos por dia, visando o alcance da meta mínima de 80%, ao final do ano de 2018.

#### 4.2 Seleção de nós críticos

- Dificuldade na captação das mulheres que já possuem o exame realizado em outras unidades. Dentre essas mulheres, podemos supor que algumas já tenham realizado o exame em outros locais, porém o resultado desses exames não fora alcançado pela equipe.

- A prática da realização do exame citopatológico pelo profissional médico ser inferior à do enfermeiro. A baixa frequência da realização do exame pelos profissionais médicos é notável nas clínicas da família. Esse dado pode ser visualizado através de busca ao procedimento por profissional de saúde (BPA) no sistema VITACARE, no primeiro trimestre de 2018. Nesse período, 92% do total de exames citopatológicos foram realizados por enfermeiros.

- Escassez de tempo. Os agentes comunitários de saúde revezam as baias de acolhimento, participam de escalas, entregam os agendamentos provenientes dos encaminhamentos do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e realizam visitas domiciliares (VDs), com a equipe técnica ou individualmente. O tempo também é um fator limitador para os componentes da equipe técnica. Apesar da grande quantidade de turnos de atendimento em consultórios, as agendas estão sempre lotadas, com agendamentos também para outros fins.

- Infraestrutura precária. Até o final do mês de maio de 2018, havia apenas uma maca ginecológica para os dois consultórios nos quais a equipe Dona Delfina realizava seus atendimentos. Por este motivo, muitas consultas eram agendadas, ocasionando faltas desnecessárias, e perdendo-se, assim, a oportunidade de captar essa mulher em momento oportuno.

- Mudança do sistema de prontuário eletrônico. Durante o desenvolvimento deste plano de intervenção, o instrumento utilizado para avaliação da cobertura (prontuário eletrônico VITACARE), deixou de ser operacionalizado pelo cenário de estudo no mês de julho de 2018, bem como tem sido descontinuado em todas as unidades da atenção básica no município do Rio de Janeiro. Atualmente, encontra-se em funcionamento o novo prontuário eletrônico e-SUS. O mesmo, até o momento, não possui campo específico que demonstre, quantitativamente, como se encontra a cobertura do exame citopatológico, o que impossibilita a realização da vigilância por

meio de indicadores eletrônicos e, com isso, a identificação e busca ativa da clientela que necessita realizar o exame. A situação é agravada pelo fato de que todas as informações dos prontuários já inseridos no VITACARE foram perdidas e, com elas, todos os registros de exames anteriores; portanto, faz-se necessária a criação e implementação de uma nova forma de vigilância deste indicador.

#### **4.3 Desenho da operação**

##### **1ª ETAPA: Levantamento da cobertura de exame citopatológico por meio de indicador do prontuário eletrônico**

Foi exportada para o *software* Excel uma planilha com a relação de todas as mulheres cadastradas de forma permanente, que se encontravam com o exame em atraso. Essa relação contém todas as informações necessárias para a vigilância, como nome, idade e data do último exame citopatológico, porém não está disponível nesta o resultado do exame, informação que consta dos respectivos prontuários.

##### **2ª ETAPA: Busca ativa das usuárias pelos agentes comunitários de saúde**

A partir daí, foi possível captar as mulheres com o citopatológico em atraso e convocá-las para a realização do exame. A relação de mulheres, por microárea de residência, foi disponibilizada para seus respectivos ACSs.

Em reunião de equipe, ficou estabelecido que os ACSs convocariam seus respectivos pacientes para uma consulta de enfermagem. Os ACSs entraram em contato com algumas dessas mulheres e perguntaram se desejavam agendar uma data para realização do exame citopatológico. Caso a resposta fosse positiva, o ACS avisaria à enfermeira da equipe sobre a disponibilidade da mulher para um agendamento ou solicitaria sua ida à unidade em demanda espontânea.

##### **3ª ETAPA: Capacitação da equipe acerca da temática**

Partindo de dúvidas trazidas pelos ACSs e pelas mulheres quanto à periodicidade do exame citopatológico, visto que as usuárias tendem a solicitar tal exame anualmente, foi realizada uma capacitação da equipe pelo enfermeiro residente. Foram abordados os seguintes conceitos: a importância e o objetivo do exame (detecção de lesões precursoras de câncer de colo do útero); os critérios de elegibilidade e não elegibilidade, como faixa etária recomendada para a realização do exame (25 a 64 anos), além de cuidados para a garantia da adequabilidade da amostra (orientações para o exame); a periodicidade e esclarecimento de dúvidas acerca da temática.

##### **4ª ETAPA: Discussão do processo de trabalho em reunião de equipe**

Foi iniciada uma discussão com os ACSs e a equipe técnica sobre os problemas que dificultam o processo de trabalho e comprometem a assistência. Essa discussão

foi de encontro a todos os nós críticos expostos anteriormente.

Quanto à infraestrutura, a enfermeira residente conseguiu outra maca ginecológica ao longo deste ano, após muita insistência em solicitações à gerência da unidade, porém a nova maca não dispunha de perneiras. A enfermeira residente veio solicitando reposição das perneiras, desde então.

Considerando que os enfermeiros são os profissionais que realizam o exame citopatológico com maior frequência, foi discutido nesse momento os motivos que limitam o profissional médico para a realização do exame. Houve uma reflexão por parte desses profissionais, e a conclusão a partir das falas foi a de que a consulta para realização do exame tem sido mais direcionada aos profissionais de enfermagem pelo fato de os mesmos serem resolutivos nesta questão, mas que este não deveria ser um fator limitador para a sua realização pelo médico.

Ficou então estabelecido um turno semanal para a coleta de citopatológicos em livre demanda junto a consultas programadas na agenda da médica R1 e enfermeira R2, além da flexibilização dos horários para agendamento voltados a esse tipo de atendimento em consulta programada, de acordo com a disponibilidade/preferência das mulheres.

### **5ª ETAPA: Elaboração do instrumento de avaliação da cobertura**

Foi elaborado pela autora um instrumento quanti-qualitativo que permitirá o acompanhamento do número de mulheres cadastradas e incluídas na faixa etária preconizada para realização do exame e do número de citopatológicos realizados por mês pela equipe, bem como de seus resultados e da data indicada para realização do próximo exame, desde que haja o registro dos dois últimos exames anuais. Para a elaboração e padronização do instrumento, foi utilizado o *software* Microsoft Excel, tendo por objetivo a criação de uma estratégia de vigilância a ser utilizada por toda a equipe, e que facilite o cotidiano operacional.

## **5 | CONCLUSÃO**

Este plano foi elaborado com vistas a ser desenvolvido num esforço coletivo, com envolvimento de todos profissionais da equipe, apesar de alguns destes serem ainda resistentes a estratégias direcionadas ao alcance de mudanças.

Atualmente, o sistema de prontuário eletrônico disponível, o e-SUS, não permite a identificação das mulheres que se encontram com o exame citopatológico em atraso, o que pode acarretar na repetição desnecessária do exame para umas e da ausência de realização para outras.

O instrumento elaborado para avaliação da cobertura e vigilância indicou que a meta mensal estabelecida por este plano de intervenção não fora alcançada. Dos 612 exames em atraso, foram realizados apenas 41 exames citopatológicos no segundo

semestre de 2018, distribuídos em 25 no terceiro trimestre e 16 no quarto trimestre. O número de atendimentos desenvolvidos para outros fins e linhas de cuidado tem sido um obstáculo relevante, impossibilitando o alcance de tal meta.

Além deste entrave, ao longo do segundo semestre de 2018 a Residência de Enfermagem em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade encontrava-se em greve, por falta de pagamento das bolsas. Na ocasião, houve uma interrupção dos agendamentos das consultas programadas, por todas as equipes da unidade que possuíam residência. Este acontecimento levou à inviabilização do acesso das mulheres ao exame citopatológico, que encontrava-se suspenso até o final do mês de dezembro de 2018.

Após o término deste momento atípico, espera-se que haja empenho entre os profissionais da equipe para ampliar o número mensal de citopatológicos realizados e que mantenha-se a utilização do instrumento de vigilância em contínua operação e atualização, como forma de avaliação da cobertura e, conseqüentemente, do acesso. Para isso, cabe também a todos os profissionais assumir uma postura orientadora/facilitadora do acesso dessas mulheres ao serviço de saúde, de modo a romper possíveis barreiras e entraves.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. S. et al. **Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, s.l., v. 23, n. 1, p. 111 - 120, 2014.

BRASIL. **Câncer do colo de útero.** Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-utero>>. Acesso em: março de 2018.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes Brasileiras para rastreamento do câncer do colo de útero.** Coordenação de Prevenção e Vigilância. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde, Diário Oficial da União de 22 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para controle da Hanseníase.** Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo de útero e da mama.** Brasília: 2013

BRITO - SILVA, K. et al. **Integralidade no cuidado ao câncer do colo de útero: Avaliação do**

acesso. Revista Saúde Pública, s.l., v. 48, n. 2, p. 240 - 248, 2014.

COSTA, S. L.; SILVA, M.V.R.; SOUZA, T. S. **Fatores que levam a não adesão ao exame preventivo do câncer do colo uterino em uma unidade de saúde do Acre em 2014.** Ciência em foco. v. 2, n. 2, p. 2526 - 5946, 2018.

NAVARRO, C. et al. **Cobertura do rastreamento do câncer de colo de útero em região de alta incidência 2015.** Revista de saúde pública. São Paulo. v. 49, 2015.

OLIVEIRA, E. A. E. C. et al. **Implantação do e-SUS AB no distrito sanitário IV de João Pessoa (PB): Relatos de experiência.** Revista Saúde Debate, Rio de Janeiro. v. 40, n. 109, p. 212 - 218, 2016.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. **Análise da situação de saúde - dados vitais.**

SILVA, L. D. et al. **Percepção das mulheres sobre o exame preventivo do câncer do colo de útero.** Revista saúde, Recife. v. 10, n. 1, p. 1982 - 3282, 2016.

SOUZA, I. M. et al. **Estratégias para a adesão do exame preventivo, baseadas nos motivos da não realização do exame pelas mulheres.** In: Semana de pesquisa da Universidade Tiradentes - SEMPES, Outubro, 2017, Aracaju. Anais online. Aracaju: UNIT, 2017. n.19, p.1807-2518.

TOMASI, E. et al. **Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ.** Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. vol.15, n.2, p.171-180, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Controle integral do câncer do colo do útero. Guia de práticas essenciais.** Washington, 2016. Disponível em: < <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31403/9789275718797-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1> > Acesso em: 12 mai 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer today. Globocan: 2018.** Disponível em: < <https://gco.iarc.fr/today/home> >. Acesso em novembro de 2018.



## CORRELAÇÃO ENTRE A OBESIDADE E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA

**Valdeni Anderson Rodrigues**

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

**Erica Jorgiana dos Santos de Moraes**

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

**Tamires Kelly dos Santos Lima Costa**

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

**Adélia Dalva da Silva Oliveira**

Universidade de São Paulo (USP)

São Paulo – São Paulo

**Saraí de Brito Cardoso**

Universidade do Vale da Paraíba (UNIVAP)

São José dos Campos – São Paulo

**Fernanda Claudia Miranda Amorim**

Universidade do Vale da Paraíba (UNIVAP)

São José dos Campos – São Paulo

**Juscélia Maria de Moura Feitosa Veras**

Universidade Brasil (UNIBRASIL)

São Paulo – São Paulo

**Cláudia Maria Sousa de Carvalho**

Universidade Brasil (UNIBRASIL)

São Paulo – São Paulo

**Magda Rogéria Pereira Viana**

Universidade do Vale da Paraíba (UNIVAP)

São José dos Campos – São Paulo

**Paulo Sérgio da Paz Silva Filho**

Centro Universitário Mauricio de Nassau

Teresina – Piauí

**RESUMO:** Considerando as alterações metabólicas ocasionadas pela a obesidade, o presente estudo teve por objetivo analisar a correlação da obesidade em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cuja finalidade foi reunir e sintetizar evidências disponíveis em artigos originais produzidos sobre o tema pertinente relacionado obesidade com o do câncerdemama. Comos descritores: Obesidade, fármacos, neoplasias da mama, indexadas no (DECS), com recorte temporal de 2000 a 2018, no idioma português, inglês e espanhol. Ao todo foram recuperados 340 trabalhos. Após filtrá-los de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, restaram 5 que melhor se enquadravam no tema proposto. Na ausência de um consenso de doses quimioterapêuticas, alguns oncologistas baseiam seus cálculos de dose no peso corporal ideal sugerindo que a influência da obesidade na associação e utilização de algumas drogas terapêuticas pode ser um fator clínico importante em pacientes com sobrepeso. Foi possível analisar que a obesidade interfere direta ou indiretamente na ação das drogas dificultando o prognóstico de pacientes com câncer de mama o que substancia o investimento de novos estudos nesta área em busca de respostas até então não alcançadas através desse estudo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Obesidade. Quimioterápicos. Neoplasias da mama

**ABSTRACT:** Considering the metabolic alterations caused by obesity, the present study aimed to analyze the correlation of obesity in women diagnosed with breast cancer undergoing chemotherapy. This is an integrative review of the literature, whose purpose was to gather and synthesize available evidence in original articles produced on the relevant subject related to obesity and breast cancer. With the descriptors: Obesity, drugs, breast neoplasms, indexed in (DECS), with a temporal cut from 2000 to 2018, in Portuguese, English and Spanish. In all, 340 jobs were recovered. After filtering them according to the inclusion and exclusion criteria, 5 were left that best fit the proposed theme. In the absence of a consensus of chemotherapeutic doses, some oncologists base their dose calculations on ideal body weight suggesting that the influence of obesity on the association and use of some therapeutic drugs may be an important clinical factor in overweight patients. It was possible to analyze that obesity interferes directly or indirectly in the action of drugs, making the prognosis of breast cancer patients more difficult, which substantiates the investment of new studies in this area in search of answers that were not reached through this study.

**KEYWORDS:** Obesity. Pharmaceutical Preparations. Breast Neoplasms.

## INTRODUÇÃO

No panorama mundial o câncer de mama é o tipo de neoplasia que mais atinge as mulheres, seja em países em desenvolvimento ou em países desenvolvidos. No Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) em 2016, foram estimados 57.960 casos novos de câncer de mama, com um risco de 56,20 casos para cada 100 mil mulheres.

Os quimioterápicos constituem uma das modalidades terapêuticas disponíveis para o tratamento do câncer de mama, havendo diversas equações para a estimativa da individualização das doses quimioterápicas, geralmente baseadas na massa corporal atual, massa corporal ideal e/ou área de superfície corporal (KIRJNER; PINHEIRO, 2007). Concomitantemente aos diversos tratamentos empregados, poderão ocorrer alterações no estado nutricional, com destaque para o ganho de peso excessivo como uma das alterações mais observadas neste público alvo. (SCHEIBLER *et al.*, 2016).

De acordo com crescente número de publicações atualmente aborda uma associação significativa entre baixo nível de atividade física acarretando ao sedentarismo e obesidade geral a um pior prognóstico das pacientes em tratamento e controle para o câncer de mama, além de exercer papel relevante nos fatores de prognóstico negativo para câncer de mama, aumentando as taxas de mortalidade dessa população (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Portanto, considerando-se as alterações metabólicas ocasionadas pelo câncer de mama e o uso de quimioterápicos, o presente estudo teve por objetivo analisar a correlação da obesidade em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em

tratamento quimioterápico.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

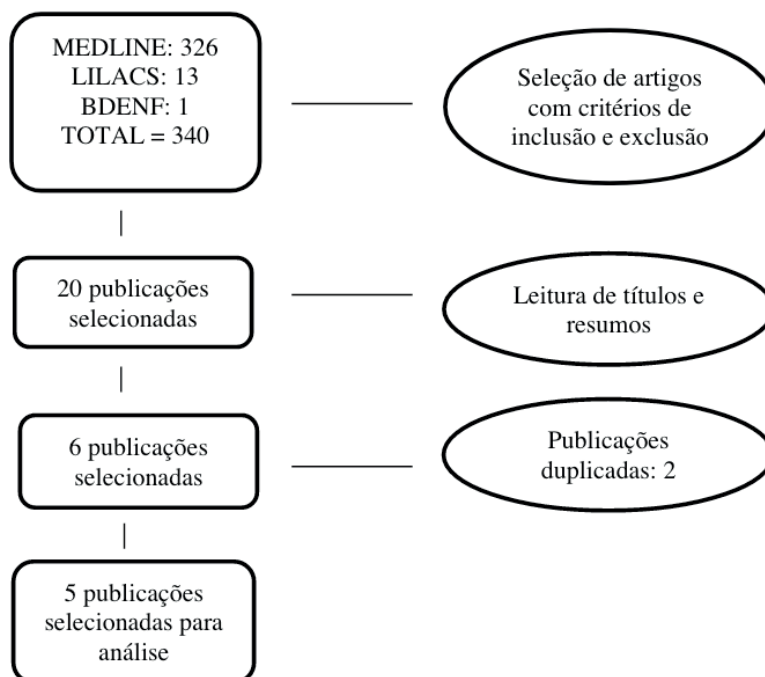
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cuja finalidade foi reunir e sintetizar evidências disponíveis em artigos originais produzidos sobre o tema relacionado a importância da terapia nutricional com fungos medicinais no tratamento do câncer. Como pergunta norteadora definiu-se: Qual a relação entre a obesidade e o tratamento com quimioterápico em pacientes com câncer de mama segundo as evidências científicas?

A busca de artigos foi realizada em periódicos de língua espanhola e portuguesa, cujas bases de dados foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Base de dados em Enfermagem (BDENF).

Os seguintes descritores, de acordo com os descritores em ciências da saúde (DECS), foram utilizados para a busca dos artigos: Obesidade, fármacos, neoplasias da mama. Consideraram-se como critérios de inclusão: ser um estudo primário, estar no recorte temporal de 2000 a 2018, disponível na íntegra, gratuitamente, no idioma português, inglês e espanhol. Excluiu-se editoriais, resumos de dissertações e teses e artigos de fóruns.

Ao todo foram recuperados 340 trabalhos de acordo com os descritores utilizados. Após filtrá-los de acordo com os critérios de inclusão e leitura dos títulos e resumos, observou-se que 5 artigos abordavam o tema de interesse, sendo considerados para análise. Alguns artigos apareceram em mais de uma base de dados, sendo contabilizados apenas uma vez.

Como maneira de saturar os dados a partir do cruzamento avaliou-se o estudo por meio de um instrumento validado por experts Ursi (2014), como quesito para elaboração de um fluxo de seleção dos estudos. A seguir, apresenta-se o fluxograma da pesquisa e seleção dos artigos em cada base de dados:



**Figura 1-** Fluxograma do processo de seleção das publicações, Teresina, Brasil, 2018.

No processamento e análise dos dados para a seleção dos artigos foi observadas algumas características dos estudos, através de um roteiro contendo identificação do artigo (autores, ano, título, base de dados, delineamentos da pesquisa, principais resultados e conclusões dos estudos). A síntese dos dados extraídos dos artigos foi apresentada de forma descritiva em tabelas e quadros, reunindo o conhecimento produzido sobre o assunto investigado.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 5 (100%) estudos selecionados, foram encontrados 2 (40%) na MEDLINE, 2 (40%) no LILACS e 1 artigo (20%) na BDENF; sobre a originalidade das pesquisas estavam em idioma português e inglês. Identificou-se a escassez de estudos em espanhol sobre a temática. No **Quadro 1** a seguir, revela os estudos e as bases de dados e os títulos das pesquisas.

PUBLICAÇÃO (A <sub>N</sub> )	TÍTULOS	BASE
<b>A1</b> OLIVEIRA et al, 2016	Perfil de mulheres com câncer de mama tratadas com quimioterapia	BDENF
<b>A2</b> SCHEIBLER et al, 2016	Qualidade de vida, estado nutricional e consumo alimentar de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico	LILACS
<b>A3</b> KIRJNER; PINHEIRO, 2007	Interferência da Obesidade no Tratamento Quimioterápico em Mulheres com Câncer de Mama	LILACS
<b>A4</b> FANG et al, 2013	High body mass index is associated with worse quality of life in breast cancer patients receiving radiotherapy	MEDLINE

<b>A5</b> CRESPI; BOTTAI; SANTARPIA, 2016.	Role of inflammation in obesity-related breast cancer	MEDLINE
---	---	---------

**Quadro 2.** Principais títulos de artigos entre os anos de 2000 a 2018, Teresina, Brasil, 2018.

Fonte: Bdenf, Lilacs, Medline.

Desta maneira, elencou-se os principais resultados e conclusões dos estudos publicados na literatura, conforme o **Quadro 2**:

Publicação (A <sub>n</sub> )	Resultados	Conclusões
A1	Observou-se maior incidência do câncer de mama na faixa etária entre 40 e 69 anos, totalizando 156 casos do total de 195. A obesidade esteve presente em 61 (31,28%) mulheres; e outras 27 (13,84%) apresentaram sobrepeso. Ao considerar a somatória das mulheres com excesso de peso e as que apresentavam obesidade, totalizaram 45,12%.	Possibilitam ações de saúde planejadas em todos os níveis de atenção e consequentemente promoção de melhores condições de vida para populações-alvo.
A2	Sobrepeso e obesidade foram encontrados respectivamente em 37,1% e 37% das mulheres de acordo com o índice de massa corporal. A média do consumo de calorias, carboidratos, lipídios, colesterol, fibras, cálcio e ferro foi significativamente inferior à recomendação, com destaque para nutrientes como fibras (91,4% dos casos), cálcio (87,7% dos casos) e ferro (mais de 90% dos casos).	A qualidade de vida das mulheres com câncer de mama em quimioterapia foi considerada baixa e elas apresentaram uma elevada prevalência de sobrepeso e obesidade. Além disso, o consumo alimentar foi superior à recomendação para proteínas e vitamina C, e inferior para calorias, carboidratos, lipídios, colesterol, fibras, cálcio e ferro.
A3	Especula-se que a obesidade possa exercer um papel importante no metabolismo das drogas citotóxicas, podendo influenciar na farmacocinética das mesmas, interferindo no resultado da terapia. Ainda não há consenso a respeito da dose ideal para esses pacientes.	Estudos mostram que a presença da obesidade pode interferir direta e/ou indiretamente no tratamento quimioterápico de mulheres com câncer de mama, o que substancia o investimento de novos estudos nesta área em busca de respostas até então não alcançadas.
A4	Um IMC mais elevado esteve fortemente associado a um pior escore geral da avaliação funcional da terapia do câncer-geral no tratamento e um maior declínio no bem-estar físico, que persistiu após o tratamento.	Maior IMC foi associado com pior qualidade de vida para pacientes com câncer de mama antes, durante e após a radioterapia (RT), e também foi associado com redução do retorno à qualidade de vida basal 3 meses após RT.
A5	Em pacientes obesos, níveis alterados de vários mediadores inflamatórios que regulam a expressão de aromatase e estrogênio são um dos mecanismos responsáveis pelo aumento do risco de câncer de mama. Atenção crescente também tem sido dada à inflamação adiposa local e ao papel desempenhado pelos macrófagos como determinantes da recorrência e do prognóstico do risco de câncer de mama.	O eixo inflamação-obesidade oferece diferentes vias de sinalização molecular para intervenções terapêuticas e potenciais alvos farmacológicos.

**Quadro 2.** Principais artigos com resultados e conclusões, Teresina, Brasil, 2018.

Fonte: Bdenf, Lilacs, Medline.

Baseando-se nos resultados e conclusões levando-se em conta que apesar de

ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico quando diagnosticado e tratado precocemente, observa-se que as taxas de mortalidade por câncer de mama (CM) continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados, o que se comprova com os resultados apresentados por **A1** e dos dados exibidos na literatura, e quando associado a outros fatores de risco como obesidade, as chances de desenvolvimento desse tipo de câncer aumentam (Oliveira et al, 2016).

A amostra das pacientes com câncer de mama incluída no estudo da **A2** a maioria apresentou, de acordo com o IMC, sobrepeso (37,1%; n=26) e obesidade (37,1%; n=26), cujo estudo demonstrou elevada prevalência de excesso de peso entre as participantes, consumo alimentar divergente das recomendações preconizadas para uma alimentação saudável e escores relativamente baixos de qualidade de vida. Entende-se que esses fatores são de fundamental importância no prognóstico de pacientes oncológicos e na promoção da saúde desta população (Scheibler et al, 2016).

Comparando as informações levantadas da **A2** e comparando com as da **A3** na ausência de um consenso de doses quimioterapêuticas, alguns oncologistas baseiam seus cálculos de dose no peso corporal ideal, outros na média entre peso ideal e peso corporal total, e outros usam peso corporal total. Estes dados sugerem que a influência da obesidade na associação e utilização de algumas drogas terapêuticas pode ser um fator clínico importante em pacientes com sobrepeso (Kirjner; Pinheiro, 2007; Scheibler et al, 2016).

## CONCLUSÕES

Levando-se em conta as evidências destacadas nos resultados dos estudos, foi possível observar que o sobrepeso e a obesidade têm uma grande influência no metabolismo de algumas drogas quimioterápicas podendo interferir na farmacocinética e nos resultados, pois dificulta na eficácia dos tratamentos.

Sendo assim, como as doses terapêuticas ideais ainda não estão em consenso de acordo com os dados apresentados na literatura, foi possível analisar que a obesidade interfere direta ou indiretamente na ação das drogas dificultando o prognóstico de pacientes com câncer de mama o que substancia o investimento de novos estudos nesta área em busca de respostas até então não alcançadas através desse estudo.

## REFERÊNCIAS

CRESPI, E.; BOTTAI, G.; SANTARPIA, L. Role of inflammation in obesity-related breast cancer. **Current opinion in pharmacology**, v. 31, p. 114-122, 2016.

FANG, P. *et al.* High body mass index is associated with worse quality of life in breast cancer patients receiving radiotherapy. **Breast cancer research and treatment**, v. 141, n. 1, p. 125-133, 2013.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Tipos de câncer: mama, 2015. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>. Acesso: 23 agosto 2018

KIRJNER, A.; PINHEIRO, R. de L. Interferência da obesidade no tratamento quimioterápico em mulheres com câncer de mama. *Revista brasileira de Cancerologia*, v. 53, n. 3, p. 345-54, 2007.

OLIVEIRA, T. da S. G. *et al.* Perfil de mulheres com câncer de mama tratadas com quimioterapia. *Rev. enferm. UFPE online*, v. 10, n. 11, p. 4097-4103, 2016.

SCHEIBLER, J. *et al.* Qualidade de vida, estado nutricional e consumo alimentar de mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 29, n. 4, p. 544-553, 2016.

## ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A PUÉRPERA AMAZÔNICA COM DIFICULDADE DE AMAMENTAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### **Gabriella Furtado Monteiro**

Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Amapá (AP), Brasil.

### **Larissa Leite Pelaes**

Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Amapá (AP), Brasil.

### **Nádia Cecília Barros Tostes**

Docente de enfermagem da Universidade Federal do Amapá (Unifap), mestre em ciências da saúde. Macapá - Amapá, Brasil.

### **Débora Prestes da Silva Melo**

Docente de enfermagem da Universidade Federal do Amapá (Unifap), Mestre em ciências da saúde. Macapá - Amapá, Brasil.

### **Vanessa da Silva Oliveira**

Docente de enfermagem da Universidade Federal do Amapá (Unifap), Mestranda em ciências da saúde. Macapá - Amapá, Brasil.

### **Rubens Alex de Oliveira Menezes**

Docente de enfermagem da Universidade Federal do Amapá (Unifap) e Doutor em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários. Macapá - Amapá, Brasil.

**RESUMO:** O aleitamento materno é a principal fonte de nutrientes do recém-nascido, influenciando seu crescimento e desenvolvimento. Ressalta-se os aspectos fisiológicos, anatômicos, emocionais, culturais e sociais como fatores do desmame precoce. Este estudo visa descrever as

estratégias utilizadas diante da dificuldade de amamentação da mulher ribeirinha. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato experiência de abordagem qualitativa, baseado na prática de docentes de estágio supervisionado em saúde pública, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), na cidade de Macapá, Amapá. Para que se alcançassem os resultados foi feita uma análise das principais queixas da mulher ribeirinhas quanto ao processo de amamentar. Para intervenção de enfermagem foram realizadas orientações sobre o posicionamento do bebê e o uso de travesseiros para auxílio e conforto da mamada, assim como a importância de manter os dedos na mama em formato de C. Os resultados reforçam a relevância do aleitamento materno através de uma assistência integral e diferenciada a paciente, diminuindo ou cessando as dificuldades decorrentes da amamentação, assim como a importância do profissional enfermeiro na atenção básica e seu papel como educador em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aleitamento materno; Enfermagem; Saúde pública; Centros de saúde

### **NURSING IN ASSISTANCE TO AMAZON PUERPER WITH BREASTFEEDING DIFFICULTY: EXPERIENCE REPORT**

**ABSTRACT:** Breastfeeding is the main source of newborn nutrients, influencing its growth and development. The physiological, anatomical,



emotional, cultural and social aspects are highlighted as factors of early weaning. This study aims to describe the strategies used in face of the difficulty of breastfeeding of riverside women. This is a descriptive study, type experience report of qualitative approach, based on the practice of supervised trainees in public health, conducted in a Basic Health Unit (UBS), in the city of Macapá, Amapá. In order to achieve the results, an analysis of the main complaints of riverine women regarding the breastfeeding process was made. For nursing intervention, guidance was given on the positioning of the baby and the use of pillows to aid and comfort the breastfeeding, as well as the importance of keeping the fingers in the breast in the form of C. The results reinforce the relevance of breastfeeding through a comprehensive and differentiated patient care, reducing or ceasing the difficulties arising from breastfeeding, as well as the importance of the professional nurse in primary care and his role as a health educator.

**KEYWORDS:** Breastfeeding; Nursing; Public health; Health centers.

## 1 | INTRODUÇÃO

A formação em enfermagem é complexa, razão que se fundamenta sobre uma multiplicidade de preceitos educativos que incluem a formação técnico assistencial, socioeducativa, humanística, ética, crítica e reflexiva, política e filosófica e que se fundamentam na concepção de cuidado. A formação profissional do enfermeiro, por meio do estágio supervisionado na atenção básica, envolve atividades assistenciais, gerenciais, educação em saúde, educação em serviço e pesquisa (SILVA *et al.*, 2019; SILVA; LIMA; OSÓRIO, 2016; SILVA *et al.*, 2016).

As competências e habilidades deste enfermeiro generalista, crítico e reflexivo, capaz de atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, compreende o conhecer e transformar a realidade, desenvolver conduta ética e moral, realizar práticas interdisciplinares e sistematizadas, agindo com autonomia (SILVA *et al.*, 2017).

Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de seus componentes curriculares, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2007).

O estágio supervisionado permite ao discente desenvolver ações nos serviços de saúde, exercitar habilidades, competências na assistência e no exercício das relações interpessoais. Neste espaço temporal, o discente adquire mais agilidade, autonomia, segurança e confiabilidade. Nesse período, o exercício da reflexão e da crítica é elementar na consecução de suas atividades, razão que permite ao discente interpor conhecimentos teóricos adquiridos na academia e a realidade dos serviços de saúde intersectados com a formação e a atuação da enfermagem (KLOH *et al.*, 2014).

O aleitamento materno (AM) é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto,

proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. O processo de AM deve ser considerado num contexto sociocultural e familiar, e a partir daí promover o cuidado não só à mãe e ao bebê, mas também a toda família. Uma atenção de qualidade e de forma humanizada tanto no período pré-natal como nas fases de parto e pós-parto são fundamentais para o sucesso da amamentação, onde são identificadas na prática as maiores dificuldades enfrentadas pelas mães e deve haver maior contribuição da equipe de saúde no sentido de orientar quanto à prática correta (BRASIL, 2015a; PONTES *et al.*, 2013; BRASIL, 2006).

O profissional da saúde deve estar preparado, pois, por mais competente que ele seja nos aspectos técnicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não será bem sucedido se ele não tiver um olhar atento, abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros. Esse olhar necessariamente deve reconhecer a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, valorizando, escutando e se empoderando (BRASIL, 2015a).

Portanto, cabe ao profissional de saúde identificar e compreender o aleitamento materno no contexto sociocultural e familiar, a partir dessa compreensão, cuidar tanto da dupla mãe/bebê como de sua família. É necessário que busque formas de interagir com a população para informá-la sobre a importância de adotar práticas saudáveis de aleitamento materno. O profissional precisa estar preparado para prestar assistência eficaz, solidária, integral e contextualizada, que respeite o saber e a história de vida de cada mulher, e que a ajude a superar medos, dificuldades e inseguranças (CASTRO; ARAUJO, 2006).

No período pós-parto, os profissionais de saúde devem estar preparados para acompanhar o processo da amamentação e o crescimento e desenvolvimento da criança, tanto em atendimentos individuais quanto em visitas domiciliares bem como, orientar as mulheres e seus familiares, quanto ao acesso a outros serviços e grupos de apoio à amamentação, após a alta (BRASIL, 2015b).

É notório que a puericultura e o puerpério precoce se constituem na principal medida preventiva e educativa do desenvolvimento infantil, capaz de prevenir e rastrear diversas doenças e promover técnicas que auxiliam no desenvolvimento psicofisiológicos da amamentação e maternal. Entretanto, esse serviço é, por vezes, inconcebível na realidade das mulheres de regiões ribeirinhas e rurais as quais vivenciam o deslocamento no período gravídico-puerperal para receberem a assistência mais qualificada (GAUTERIO; IRALA; CEZAR-VAZ, 2012; SOUZA, 2017).

Nesse cenário, entender as dificuldades de promover o aleitamento materno e as causas que levam ao desmame precoce, conhecendo os tabus e crenças que influenciam a decisão das mães ribeirinhas de interromper o aleitamento, foi o ponto inicial para a realização desse estudo que tem como objetivo, descrever as estratégias utilizadas na situação vivenciada diante da dificuldade de amamentação da mulher

ribeirinha.

## 2 | METODOLOGIA

Estudo descritivo, tipo relato experiência de abordagem qualitativa, utilizando o método participativo. Baseado na prática de estágio supervisionado em saúde pública de acadêmicas do 7º semestre da graduação em enfermagem, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), na cidade de Macapá. O fato ocorreu em campo de prática do Estágio Supervisionado I (Saúde Pública) do curso de graduação de enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP).

Os acadêmicos estavam sistemicamente organizados entre os serviços da unidade de saúde, dentre eles, sala de vacina, consultório de enfermagem, Estratégia de Saúde da Família (ESF), coleta de PCCU, realizando os procedimentos rotineiros da unidade e facilitando a comunicação e contato entre os setores. Excepcionalmente, na sala de vacina onde são encontradas as mais diversas situações e relatos que representam a fragilidade da assistência.

O episódio foi vivenciado durante um acolhimento a uma família ribeirinha, que compareceu para realizar a vacinação da filha de seis dias de vida, nascida por parto cesáreo. Diante da análise da situação os profissionais comunicaram que a imunização não poderia ser realizada devido o calendário de rotina da unidade e orientaram a família para retornarem no dia posterior, contudo, a puérpera informou a inviabilidade do retornar à UBS no dia seguinte, pois estaria viajando de volta ao seu município.

Durante esse diálogo com a equipe de profissionais e acadêmicos presentes no setor, a cliente informou que sentia muita dor ao amamentar, o que tomou atenção dos acadêmicos, intervindo no acolhimento e realizando anamnese e assim, oportunizando a realização de diagnóstico de enfermagem.

Essa pesquisa foi realizada por sondagem, baseada na entrevista educativa, feita com as mães durante a consulta de Enfermagem. O roteiro de entrevista educativa foi utilizado com a finalidade de estabelecer uma interação com a mãe, favorecer o diálogo, bem como sistematizar o desenvolvimento do trabalho. Os casos relatados coincidiam em muitos aspectos, sendo categorizados como importantes variáveis informadas pelas mães ribeirinhas relacionadas as dificuldades encontradas na amamentação. Para este estudo, foi considerado as definições abaixo:

- Desmame precoce - interrupção do aleitamento ao seio, antes do lactente haver completado seis meses de vida;

- Entrevista educativa - diálogo com a mãe na consulta de Enfermagem, seguindo um roteiro de entrevista simples, flexível e adequado ao nível de instrução da mesma. Após a entrevista, a equipe de enfermagem orientou a mãe de acordo com as necessidades de cada uma.

Durante a consulta de enfermagem e entrevista educativa, ressaltávamos

o seguinte: Na amamentação, a mãe além de estar alimentando seu filho, está favorecendo uma melhor interação entre ambos; a mãe está realizando um ato de amor e completando o seu destino biológico na perpetuação da espécie; a mãe está se protegendo contra o câncer de mama, a mãe está economizando a renda familiar e se valorizando como mulher.

### 3 | RESULTADOS

A situação vivenciada apontou a ausência do olhar holístico dos profissionais de enfermagem da UBS nos demais setores da unidade que não são voltados para a consulta. Excepcionalmente na sala de vacina que, por se tratar de um setor de alto fluxo de caráter preventivo, poderia resignificar-se em uma porta de entrada para o atendimento de livre demanda das consultas de puerpério e puericultura, principalmente para o público materno infantil similar ao encontrado neste relato.

O aleitamento é uma prática que deve ser promovido em todas as fases do pré-natal, especialmente às populações em vulnerabilidade, visto que é fator de impacto na redução da morbimortalidade infantil, no crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças na infância e idade adulta, de modo que há benefícios para a mãe, criança e sociedade (BRASIL, 2015b).

O diagnóstico de enfermagem Amamentação Ineficaz (Domínio 2, 00104) realizado e obtido pelos acadêmicos se baseou nas características definidoras arqueamento do lactante quanto na mama, o esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação e sucção na mama não sustentada relacionada a conhecimento insuficiente dos pais sobre técnicas de amamentação (NANDA, 2018), ratificou que a dificuldade no aleitamento traz desconforto para o binômio mãe-filho e a prática deve ser ensinada desde o pré-natal com o objetivo de prevenir a inadequação do aleitamento e assim possibilitar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses da criança.

Dentre as dificuldades relatadas pelas mulheres ribeirinhas aos docentes durante os meses de prática do estágio supervisionado, podemos categorizar tecnicamente como:

1) Dificuldades físicas - Mamilo dolorido, apresentando ou não fissura. Causando desconforto, frustrações e desmame precoce;

2) Dificuldades patológicas - No ingurgitamento mamário sendo por: congestão/aumento da vascularização da mama; retenção de leite nos alvéolos e edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem;

3) Dificuldades emocionais – Queixa de pouco leite, ou leite fraco, sendo essa percepção o reflexo de insegurança da mulher quanto a capacidade de nutrir plenamente seu bebê;

4) Dificuldades culturais – Influência e incorporação de novos costumes tal qual

a incorporação de produtos que prometem “facilitar” a vivência cotidiana da mulher. Fatores culturais por meio da memória e da reflexão de situações passadas, das vivências de amigos e familiares e uso de chás e remédios caseiros.

5) Dificuldades sociais - A dificuldade de acesso aos centros de saúde, visto a dificuldade do deslocamento de sua casa até o posto de saúde para atendimento. Muitas mulheres ribeirinhas relatam essa situação de fragilidade da assistência de enfermagem no acolhimento.

## 4 | DISCUSSÃO

Desde o ocorrido, mudaram-se as observações realizadas pelo grupo de estágio, deixando de relacionar a desinformação dessas mulheres como problema principal para a realização da consulta pós-natal. Uma das responsabilidades comuns na atenção básica é garantir amplo escopo de ações e serviços ofertados de modo compatível com a necessidade da população. Contudo, é preciso levar em consideração a sobrecarga do enfermeiro na unidade básica de saúde e sua sobrecarga de atividades, o que dificulta suas ações, sendo preciso incentivo à qualificação dos profissionais à mulher no ciclo gravídico (SILVA *et al*, 2017; GARCIA *et al*, 2018).

Assim, os acadêmicos orientaram sobre o posicionamento do bebê e o uso de travesseiros para auxílio e conforto e a importância de manter os dedos na mama em formato de C. A puérpera foi encaminhada ao hospital para avaliação da situação clínica e vacinação da recém-nascido assim como foi orientada para que a família permanecesse na cidade, visando o bem estar de sua saúde e do recém-nascido.

Destaca-se novamente a importância da inserção das acadêmicas em campo de prática, proporcionando o desenvolvimento de diferentes habilidades e competências indispensáveis à sua formação, estimulando sua autonomia, responsabilidade, liberdade, criatividade, compromisso, domínio da prática e de seu papel social (RETELATTO; DALLACOSTA, 2018). A importância dos profissionais de enfermagem no processo de amamentar, na realização de ações educativas, bem como, sua atuação nas dificuldades relatadas pelas mulheres.

Para realizar tais medidas, o profissional deve ter além do embasamento teórico e prático, aptidão para a comunicação. É notório que o incentivo e apoio ocorra no âmbito hospitalar e na atenção básica, com início durante o pré-natal e com continuidade na puericultura. É essencial que elas recebam apoio da família e dos profissionais de saúde neste processo para que ele ocorra livre de dificuldades, o que contribui para a saúde da mulher e do lactente.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da observação holística dos acadêmicos em estágio supervisionado na

sala de vacina foi possível promover uma assistência integral e diferenciada a paciente ribeirinha com dificuldade na amamentação. Possibilitando identificar o diagnóstico de enfermagem: Amamentação Ineficaz, com promoção e intervenções necessárias para o cuidado da mãe e da criança. Dessa forma, este estudo trouxe uma nova percepção de assistência de enfermagem socioeducativa, humanística, ética, crítica e reflexiva, que se fundamenta no cuidado, constituindo a possibilidade de encaminhar pacientes para consultas de livre demanda, incluindo as puerpério e puericultura, com base na escuta qualificada, notando a necessidade de uma intervenção.

Portanto, torna-se necessário que os enfermeiros reconheçam que, por ser uma prática complexa, o AM não deve ser reduzido apenas aos aspectos biológicos, mas deve haver uma valorização dos fatores psicológicos e socioculturais. Assim, sendo necessário uma expansão das orientações e apoio ao AM, principalmente nas primeiras semanas do pós-parto. Embora esse estudo apresente limitação quanto ao tamanho da amostra, espera-se que o mesmo contribua para o planejamento de ações, durante todo o ciclo gravídico-puerperal à amamentação e aos seus benefícios, pois tal prática é um dos principais instrumentos para a promoção da saúde infantil.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: MS. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES Nº: 33/2007. **Consulta sobre a carga horária do curso de graduação em Enfermagem e sobre a inclusão do percentual destinado ao Estágio Supervisionado na mesma carga horária**. Diário oficial da União 27 agosto de 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). **Saúde da criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar 2ª edição Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: MS; 2015a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.130, de 5 DE agosto de 2015. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 de agosto de 2015b, p. 37.

CASTRO, L.M.C.P, ARAÚJO, L.D.S. **Aspectos sócio-culturais da amamentação**. 2º.ed. Londrina: PML, 2006. p. 41-9.

GAUTERIO, D.P.; IRALA D.A.; CEZAR-VAZ, M.R. **Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.65, n.3, p.508-13, 2012.

GARCIA, E.S.G.F, *et al.* **As ações de Enfermagem no Cuidado à Gestante: Um Desafio à Atenção Primária de Saúde**. Revista Cuidado é Fundamental Online. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.863-870, set. 2018.

KLOH, D. *et al.* **The principle of integrality of care in the political-pedagogical projects of nursing programs**. Revista. Latino-Americana de Enfermagem. v.22, n.4. p. 693-700, ago. 2014.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação**

2018-2020. 11<sup>o</sup>. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

PONTES, A.M. *et al.* **As repercussões do aleitamento materno exclusivo em crianças com baixo peso ao nascer.** *Saúde em Debate. Rio de Janeiro*, v.37, n.97, p. 354-61, jun. 2013.

RETELATTO, M. T. R.; DALLACOSTA, F.M. **Vivências do acadêmico de enfermagem durante o estágio com supervisão indireta.** *Revista Enfermagem Foco. Brasília*, v.9, n.4, p. 34-38, dez. 2018.

SILVA, C.S. *et al.* **Nurses performance in prenatal consultation: limits and capabilities.** *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online). Rio de Janeiro*, v.8, n.2, p. 4087- 98, jun. 2016.

SILVA, E.P.; LIMA, R.T.; OSÓRIO, M.M. **Impact of educational strategies in low-risk prenatal care: systematic review of randomized clinical trials.** *Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro*, v.11, n.9, set. 2016.

SILVA, E.A.L. *et al.* **A formação em enfermagem no ciclo gravídico-puerperal.** *Revista de enfermagem UFPE Online. Recife*, v,11, n.12, dec. 2017.

SILVA, L.A.A, *et al.* **Arquétipos discentes: percepções de docentes de enfermagem.** *Revista Cuidado Fundamental Online. Rio de Janeiro*, v.11, n.4, set. 2019.

SOUZA, N.M.P. **Política de saúde da mulher no município de Melgaço/Marajó/PA: a perspectiva das mulheres atendidas na Unidade Básica de Saúde “RAIMUNDO DAS GRAÇAS” no rio Tajapurú.** VIII Jornada Internacional de políticas públicas, Maranhão, ago 22-25, Cidade Universitária da Universidade Federal do Maranhão. Maranhão, 2017.

## GESTANTES DE ALTO RISCO: DESAFIOS PARA ENFERMAGEM

### **Josi Barreto Nunes**

Universidade Franciscana, Mestrado Profissional  
em Saúde Materno Infantil  
Santa Maria – Rio Grande do Sul

### **Vânia Terezinha Rigo Segalin**

Universidade Franciscana, Mestrado Profissional  
em Saúde Materno Infantil  
Santa Maria – Rio Grande do Sul

### **Katiele Hundertmarck**

Universidade Franciscana, Mestrado Profissional  
em Saúde Materno Infantil  
Santa Maria – Rio Grande do Sul

### **Sandra Suzana Stankowski**

Universidade Franciscana, Mestrado Profissional  
em Saúde Materno Infantil  
Santa Maria – Rio Grande do Sul

**RESUMO:** A gestação é um período especial para a mulher e fisiológico, envolve mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional, bem como, muitas mudanças relacionadas aos fatores hormonais e psicológicos. Porém, algumas gestações devido a fatores maternos e/ou fetais apresentam risco. O estudo tem por objetivo realizar uma revisão narrativa sobre gestação de alto risco. Trata-se de uma revisão de literatura narrativa sobre a gestação de alto risco. No Brasil, os indicadores de saúde relacionados à assistência obstétrica são desencorajadores. Este evento

pode ser atribuído a características sócio culturais e econômicas da população, políticas de saúde, iniquidade e exclusão. Em virtude da frequência elevada de intercorrências na gestação, é necessário estabelecer medidas que possam identificar e tratar fatores de risco, fazer o diagnóstico precoce das doenças e procurar intervir nas doenças, buscando evitar as complicações que possam comprometer a gestante e o feto. Contudo, é primordial uma assistência pré-natal de qualidade, em que as gestantes de alto risco sejam identificadas desde a anamnese até o exame clínico, e assim, estabelecer estratégias para minimizar as complicações para gestante e feto.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gravidez de Alto Risco; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Obstétrica.

**ABSTRACT:** Gestation is a special period for women and physiological, involves dynamic changes from the physical, social and emotional point of view, as well as many changes related to hormonal and psychological factors. However, some pregnancies due to maternal and / or fetal factors present a risk. The study aims to conduct a narrative review of high-risk pregnancy. This is a review of narrative literature on high-risk gestation. In Brazil, health indicators related to obstetric care are discouraging. This event can be attributed to socio-cultural and economic



characteristics of the population, health policies, inequity and exclusion. Due to the high frequency of complications during pregnancy, it is necessary to establish measures that can identify and treat risk factors, make an early diagnosis of the diseases and seek to intervene in the diseases, seeking to avoid complications that may compromise the pregnant woman and the fetus. However, quality prenatal care is paramount, in which high-risk pregnant women are identified from anamnesis to clinical examination, and thus, establish strategies to minimize complications for pregnant women and the fetus.

**KEYWORDS:** High Risk Pregnancy; Nursing care; Obstetric Nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

A gestação é um período especial para a mulher e fisiológico, envolve mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional, bem como, muitas mudanças relacionadas aos fatores hormonais e psicológicos. Porém, algumas gestações devido a fatores maternos e/ou fetais apresentam risco. A vivência nesse período pode ser complexa, e deve-se considerar a história de vida da gestante; o contexto em que a gestação aconteceu; as características de sua evolução; os fatores socioeconômicos e o tipo de assistência prestada (VERSIANI; FERNANDES, 2012).

O Ministério da Saúde em seu Manual Técnico sobre Gestação de Alto de Risco, conceitua gestação de alto risco como aquela em que a vida e/ou a saúde da mulher e do feto ou recém-nascido têm maiores chances de acometimento de distúrbios que a média da população considerada (BRASIL, 2012).

Nos últimos 30 anos, o país progrediu muito na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, produto dos esforços e iniciativas do governo e da sociedade. Porém, a redução da morbimortalidade materno e infantil permanece um desafio, estes continuam muito elevadas no Brasil. Sabe-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis, mas para isso é necessário a participação ativa do sistema de saúde. Vários países em desenvolvimento já conseguiram obter excelentes resultados na melhoria de seus indicadores por meio de ações organizadas, amplas e integradas, utilizando tecnologias simples e economicamente viáveis (BRASIL, 2012).

Embora as mulheres que apresentam problemas possam necessitar de procedimentos mais complexos ofertados nos níveis secundário e terciário, com equipe de saúde capacitada e tecnologias sofisticadas, alguns casos podem ser resolvidos no nível primário. As gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são chamadas gestantes de alto risco. Os fatores de risco gestacional podem ser identificados no decorrer da assistência pré-natal, desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico (BRASIL, 2012).

Por isso, os profissionais de saúde que prestam assistência a gestantes devem estar atentos à existência desses fatores de riscos e devem ser capazes de avaliá-los

dinamicamente, de maneira a determinar se a gestante necessitará de assistência especializada ou de consultas com outros profissionais. Sendo que, a intervenção precoce pode identificar morbidades graves e prevenir morte materna e fetal. Por isso, é necessário o conhecimento dos fatores de risco que possam intervir na saúde materno-fetal (SILVA; ROSA, 2014).

Também, é necessário fazer a classificação de risco da gestante e as anotações pela equipe de enfermagem no seu prontuário, para que estes registros sirvam como fonte de comunicação para uma assistência adequada (SILVA; ROSA, 2014).

A equipe de saúde, em especial a enfermagem, que acompanha a gestante de alto risco deve levar em consideração periodicamente a avaliação clínica; a avaliação obstétrica; as condições clínicas da gestante e a gravidez; o parto; e os aspectos emocionais e psicossociais (BRASIL, 2012).

A relevância do estudo da gestação de alto risco deve-se ao fato de que a gravidez de risco está intimamente relacionada com a morbimortalidade materna e perinatal. Uma vez identificadas às condições de risco, elas podem ser tratadas, ou minimizadas, diminuindo seu impacto na gravidez. Assim, o estudo tem por objetivo realizar uma revisão narrativa sobre gestação de alto risco.

## **2 | METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa sobre a gestação de alto risco. A revisão narrativa é ampla, apropriada para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. Esse tipo de estudo não informa as bases de dados utilizadas, nem a metodologia para busca das referências, nem os critérios de inclusão e exclusão dos trabalhos (ROTHER, 2007).

## **3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Após a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento realizada no Cairo, Egito, em 1994, o conceito de saúde reprodutiva evoluiu, ganhando enfoque igualmente prioritário os indicadores de saúde relativos à morbidade, à mortalidade e ao bem-estar geral da população feminina. Esse conceito amplia a cidadania das mulheres para além da maternidade (BRASIL 2012).

As enfermeiras, na América do Norte, prestam cuidados a mais de quatro milhões de grávidas por ano, a oferta desses cuidados pode ser um desafio e uma recompensa. Nas últimas décadas as taxas de mortalidade materna e infantil têm declinado progressivamente, mesmo entre as mulheres acima de trinta e cinco anos. Os fatores responsáveis por esse declínio incluem a disponibilidade de antibióticos, o uso de hemocomponentes e hemoderivados, a legalização do aborto, o uso crescente de técnicas diagnósticas sofisticadas e testes genéticos, e a melhoria da educação

e do treinamento profissional em obstetrícia (CABRAL; FIGUEIREDO; AZEVEDO, 2005).

No Brasil, os indicadores de saúde relacionados à assistência obstétrica são desencorajadores. Este evento pode ser atribuído a características sócio culturais e econômicas da população, políticas de saúde, iniquidade e exclusão. A taxa de mortalidade materna é muito alta e o uso abusivo de cesárea revela a situação que tem contribuído para a desumanização da assistência, e o preparo e a atuação dos profissionais de saúde tem sido alvo de intensos debates (MERIGHI; GUALDA, 2009).

Entretanto, a gestação é um fenômeno fisiológico e, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Mas, há uma pequena parcela de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto quanto para a mãe. Essa parcela compõe o grupo das gestantes de alto risco (BRASIL, 2012).

Os protocolos de assistência devem permitir identificação precoce e adequada dos problemas que a gestante apresente, assim como os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários para o tratamento. O objetivo da assistência pré-natal de alto risco é interferir no curso de uma gestação que possui maior chance de ter um resultado desfavorável, de maneira a minimizar o risco ao qual estão expostos a gestante e o feto. A equipe de saúde deve estar preparada para enfrentar quaisquer fatores que possam afetar a gestante, sejam eles clínicos, obstétricos, socioeconômico ou emocional. Assim, a gestante deve ser sempre informada do andamento de sua gestação e instruída quanto aos comportamentos e atitudes que deve tomar para melhorar sua saúde, bem como, sua família, a fim de oferecer suporte e apoio durante a gestação (BRASIL, 2012).

Em virtude da frequência elevada de intercorrências na gestação, é necessário estabelecer medidas que possam identificar e tratar fatores de risco, fazer o diagnóstico precoce das doenças e procurar intervir nas doenças, buscando evitar as complicações que possam comprometer a gestante e o feto (SILVA; ROSA, 2014).

Contudo, é primordial uma assistência pré-natal de qualidade, em que as gestantes de alto risco sejam identificadas desde a anamnese até o exame clínico. E caso se faça necessário, realizar intervenções para minimizar as complicações para gestante e feto (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008).

O estudo da morbidade materna contribui para dimensionar o problema, além de identificar as condições clínicas mais relevantes a elas associadas, o que é essencial na formulação de estratégias para reduzir a morbimortalidade materna e fetal (LUZ; TIAGO; SILVA; AMARAL, 2008).

#### **4 | CONCLUSÃO**

Com a realização dessa revisão de literatura narrativa, foi possível conhecer

o que a literatura tem publicado referente à gestação de alto risco. E conhecer as publicações sobre o tema possibilita estabelecer estratégias para prestar assistência qualificada.

Contudo, é primordial uma assistência pré-natal de qualidade, em que as gestantes de alto risco sejam identificadas desde a anamnese até o exame clínico, e assim, estabelecer estratégias para minimizar as complicações para gestante e feto.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, T. R.; VIANA, F. P.; RASSI, S. **Estudo dos Principais Fatores de Risco Maternos nas Síndromes Hipertensivas da Gestação.** Arq Bras Cardiol, v. 91, n. 1, p. 11-17, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 4 Ed., Lisboa-Portugal: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico** – 5.ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

CABRAL, I.E.; FIGUEIREDO, J. E. F. de; AZEVEDO, M. F. **Enfermagem no cuidado materno e neonatal.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. **Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa.** Rev Latino-am Enfermagem, v. 15, n. 4, p. 684-8, Jul./Ago, 2007.

LUZ, A. G.; TIAGO, D. B.; SILVA, J. C. G.; AMARAL, E. **Morbidade materna grave em um hospital universitário de referência municipal em Campinas.** Rev Bras Ginecol Obstet. v. 30, n. 6, p. 281-6, 2008.

MERIGHI, M. A. B.; GUALDA, D. M. R. **O cuidado a saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetras para assistência ao parto.** Rev Latino-am Enfermagem; v. 17, n. 2, março-abril, 2009.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa, Acta paul. enferm. v. 20 n. 2, p. v-vi, Apr./June 2007.

SILVA, M. S.; ROSA, M. R. Q. P. **Perfil de gestantes de alto risco atendidas em um centro obstétrico de Santa Catarina.** R. Interd. v. 7, n. 2, p. 95-102, abr. mai. jun. 2014.

VERSIANI, C.C.; FERNANDES, L.L. **Gestantes de alto risco internadas na maternidade de um Hospital Universitário.** Rev Norte Min Enferm. 2012;1(1):68-78.

## O USO DE GRUPOS DE APOIO À MULHER COM CÂNCER DE MAMA

**Clícia Valim Côrtes Gradim**  
**Edilaine Assunção Caetano Loyola**  
**Denise Hollanda lunes**  
**Ana Paula Alonso Reis Mairink**  
**Jhenika Ferreira Dias**

**RESUMO:** A participação da mulher com câncer de mama em grupos de apoio tem como objetivo atender mulheres que tiveram o diagnóstico e tem como finalidade de que ela passe todas as fases do tratamento com o mínimo de desconforto possível e que venha a se reintegrar à sociedade. Esse é relato de experiência de um projeto que, além da assistência a comunidade, trabalha com o ensino do aluno de enfermagem e de fisioterapia melhorando a sua habilidade e competência no atendimento à mulher.

**PALAVRAS-CHAVE:** neoplasia mamária, centro de reabilitação, enfermagem

### THE USE OF SUPPORT GROUPS FOR WOMEN WITH BREAST CANCER

**ABSTRACT:** The participation of women with breast cancer in support groups has the objective of attending to women who have had the diagnosis and has the purpose of passing all the phases of the treatment with as little discomfort as possible and that will reintegrate into society. This is an experience report of a

project that, besides the community assistance, works with the teaching of the student of nursing and physiotherapy improving their ability and competence in the care of women.

**KEYWORDS:** Breast Neoplasm; Rehabilitation Center's, Nursing

### INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o primeiro tipo de câncer em mulheres no Brasil, com exceção da região norte em que é a segunda causa de morte dessa neoplasia.

Estimam-se para o ano 2019 que haja 59.700 casos novos de câncer de mama, e um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2018). E taxa de Mortalidade de 15,3 por 100 mil mulheres (INCA, 2019).

O câncer de mama é uma patologia que tem um tratamento longo, podendo durar de até um ano desde o diagnóstico, cirurgia, quimioterapia, radioterapia e/ou hormonioterapia/imunoterapia.

Em cada etapa as mulheres necessitam de um suporte, seja emocional, físico, espiritual entre outros, para que passe esse período não somente com assistência médica, mas também com apoio e com entendimento do que está acontecendo com o seu corpo e compreendendo a necessidade de seguir as

orientações que lhe são ou não dadas.

A reabilitação é considerada um cuidado que deve ser oferecido ao paciente com diagnóstico oncológico, devendo estar disponível em todas etapas do tratamento, sendo definida como um processo interdisciplinar integrado, coordenado, de abordagem individualizada e coletiva abordando o aspectos físico, psicológico, social, emocional, espiritual com a finalidade de levantar o indivíduo ao maior grau de independência pessoal, respeitando suas limitações, levando a reintegração social (ANDRADE et al., 2010).

Em nossa experiência verificamos que o grupo de apoio é aquele que dá suporte as mulheres independente da fase do câncer, espaço onde recebem orientações, realizam exercícios, aprendem o autocuidado, desmistificando a doença e reintegrando-as à sociedade após o câncer.

## **METODOLOGIA**

Esse é um relato de experiência de um grupo de apoio da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas-MG, denominado MUCAMA – Mulher e câncer de mama.

Projeto esse que atendia mulheres com diagnóstico de câncer de mama com o intuito de permitir que elas passem pelo tratamento com o menor desconforto possível.

Como é um grupo ligado a Universidade, esse também é um espaço para aprendizagem de alunos do curso de Enfermagem e de Fisioterapia. O projeto permite fazer a intersecção ensino-pesquisa-extensão por ser campo de prática das disciplinas Enfermagem Saúde da Mulher e Estudo dos Fundamentos de Fisioterapia, além de permitir a linha de pesquisa sobre câncer de mama, o que tem trazido além dos alunos de graduação os de pós- graduação em enfermagem.

## **DISCUSSÃO**

As mulheres normalmente buscam um grupo de apoio com o diagnóstico já definido e após a fase da cirurgia. Chegam ao grupo porque não conseguem movimentar o braço e sentem dor.

Ao chegarem, seu semblante é de tristeza e timidez e questionam porque as pessoas estão rindo ou conversando como em um encontro de mulheres.

Ao cuidar de mulheres com câncer, os profissionais de saúde devem ter em mente que eles são o suporte das mesmas e que o acolhimento e permitir que a cliente fale é de suma importância.

Em nossa experiência, realiza-se o levantamento da história pregressa e atual do câncer de mama, em prontuário próprio e após é realizado o exame físico para verificar qual será o plano de assistência que será oferecido a essa mulher.

A avaliação deve passar pela incisão cirúrgica, verificando o tipo de cirurgia

realizada, quadrantectomia ou mastectomia. Verificar se a cicatriz possui sujidades, se todos os pontos foram retirados, se existe aderências e como o curativo está sendo realizado. É comum encontrarmos secreção ou resto de pontos, o que dificulta a cicatrização. Além disso, a mulher tem dificuldade de fazer o seu próprio curativo, pois tem que manipular seus sentimentos em relação a perda de um pedaço de seu corpo.

Assim, é de importância que durante a detecção de alguma sujidade ou resto de pontos, que o curativo seja realizado naquele momento, pois além de melhorar as condições da cicatriz é um modo de ensinar a mulher de como fazê-lo adequadamente. Lavar com água e sabonete líquido usando uma gaze. Isso previne infecções, além de estimular a região a não criar aderências, o que será de importância se ela for submetida a radioterapia.

Na figura 1 observa-se uma cicatriz com a intervenção da enfermagem e verifica-se que houve uma melhora no aspecto.

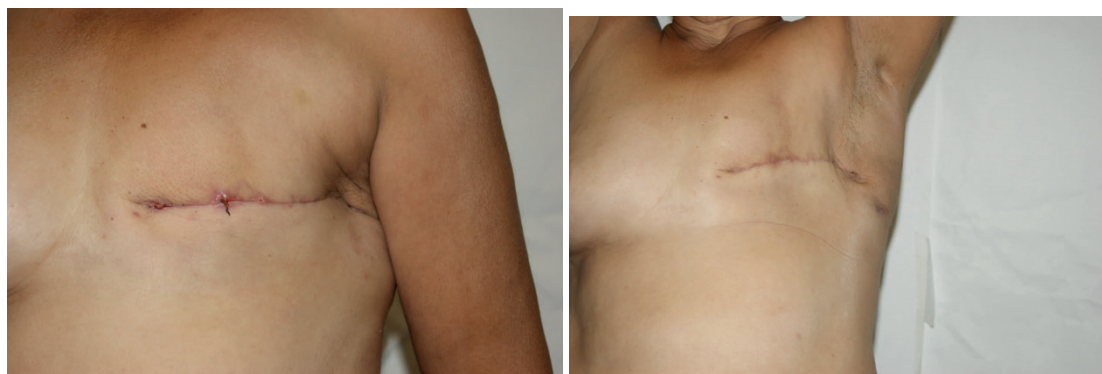


Figura 1- Cicatriz no momento de chegada da paciente e uma semana após.

Durante o exame físico deve-se verificar se a mulher apresenta movimentos de adução e abdução dos membros superiores, pois é muito comum a mulher não conseguir realizar esses movimentos.

Importante ressaltar que esses exercícios deveriam ter sido iniciados no pós-operatório imediato, o que permitiria a mulher uma autonomia de movimentos, melhor drenagem de secreção e a prevenção de dor. Infelizmente, em nossa cultura isso não ocorre, pois acredita-se que no pós-operatório a mulher não deve se mexer, o que acarreta a paralisia de músculos gerando a dor.

Estímulos a exercícios de movimentos com as mãos comprimindo uma pequena bola ou mesmo um rolo de ataduras, quando a mulher ainda estivesse no hospital, assim como o tomar banho, escovar os dentes, cortar a carne durante a sua alimentação são movimentos pequenos, que permitem os músculos a se movimentarem e auxiliam na drenagem de líquidos tão comuns nessa região. Esses pequenos exercícios favorecem o não aparecimento da dor, auxiliam na drenagem para os drenos e evitam o acúmulo de seroma.

Importante ressaltar que o primeiro atendimento em grupos de apoio deva ser realizado individualmente para a mulher se sentir acolhida e o profissional ter condições de avaliar adequadamente a mesma, principalmente na região cirúrgica. A perda da mama, na maioria das mulheres, refletirá como perda da sexualidade; e da sensualidade, e se ela é jovem, acarretará na impossibilidade de amamentar. Por isso os profissionais de saúde devem ter delicadeza ao tocar na incisão, perguntar qual a reação do marido, dos filhos e dos familiares para devagar ir sabendo como lidar com a cliente.

Em nossa experiência, tínhamos alunos dos cursos de enfermagem e de fisioterapia e somente um de cada curso avaliava a mulher evitando tumulto. No final dos atendimentos os casos eram discutidos para aprendizagem de todos. Como o projeto tinha prontuário, o seguimento da mulher estava todos em sua pasta, o que facilitava o acompanhamento.

Após esse primeiro atendimento, a mulher era orientada a realizar cuidados com a incisão e os exercícios em casa e solicitava-se que voltasse uma semana após o primeiro atendimento. Se ela estivesse com os movimentos liberados, e isso depende de cliente para cliente, ela era convidada a participar dos exercícios em grupo e da roda da dúvida.

Os exercícios em grupo, como o próprio nome diz são aqueles que são realizados com as mulheres que já conseguem movimentar os membros superiores. Eles visam permitir à mulher que a mesma não tenha dor e que volte a realizar as suas atividades diárias.

A importância de realizá-los em grupo é que as mulheres conhecem outras pessoas que tiveram o câncer, passaram pelo tratamento e retornaram as suas atividades. Isso melhora a autoestima das mesmas e o apoio emocional vem de pessoas que vivenciaram o mesmo problema, mesmo que os aspectos sociais, o tipo de cirurgia, o tratamento seja diverso, o diagnóstico foi o mesmo: câncer de mama. Elas se identificam e o suporte é gerado por elas mesmas.

Como já comentamos o tratamento do câncer é longo e uma das etapas mais difícil é a fase da quimioterapia. Devido aos efeitos adversos da quimioterapia, principalmente a alopecia, a mulher mostrará para outras pessoas que ela está doente e realizando um tratamento.

No Brasil, os cabelos longos são ligados a feminilidade e perdê-los tem um significado importante, visto que a mudança de aparência é como se estivesse sendo outra pessoa e reflete na autoestima, na vida sexual e no relacionamento com outras pessoas. Esse é um fator que os profissionais de saúde devem ficar atentos para prevenir uma depressão, pois é muito comum nessa etapa do tratamento.

A mulher deve ser orientada que o cabelo cairá dependendo do tipo da quimioterapia e que se for do grupo dos taxanos provavelmente o cabelo e os pelos do corpo começarão a cair, principalmente após a segunda sessão.

Para que a mulher possa passar por essa fase com menos desconforto e



estresse podemos orientá-la que ela pode confeccionar uma peruca antes do cabelo começar a cair. Existem serviços que realizam a peruca com o cabelo da própria mulher. Se realizar essa opção, orientá-la que a noite deva dormir sem a peruca para o folículo piloso poder respirar adequadamente.

Outro recurso que pode ser utilizado são os lenços e os turbantes que deixam a mulher com aparência jovial e que são de fácil uso e baixo custo. Independente do recurso que a mulher opte, a equipe de profissionais deve sempre estar atenta porque a mulher nunca se sentirá completamente bonita e terá dificuldades de se apresentar à sociedade.

O sofrimento frente a alopecia é diferente para cada mulher e está associado ao valor que ela dava aos seus cabelos e ao apoio que ela recebe de seus familiares, principalmente do companheiro.

Algumas mulheres encaram que essa perda é para o bem e cura da neoplasia, tornando esse momento menos dramático e diminuindo a importância dele em sua vida, além de associá-lo a algo temporário e passageiro, pois terão seu cabelo de volta com o término do tratamento quimioterápico, como também, a cura da enfermidade.

Outro fator importante durante a quimioterapia são as náuseas e os enjoos que podem ocorrer de após a aplicação dela. Mesmo sendo protocolo o uso de corticoides e antieméticos aplicados durante a quimioterapia, esses são sintomas que algumas mulheres farão queixa. Em nossa experiência do grupo aplicávamos auriculoterapia nas mulheres que estavam realizando quimioterapia. Os pontos utilizados eram Shemen, Rim, Simpático, Estômago, Vesícula biliar e Emocional. Em nossa experiência o resultado era bom e as pacientes faziam pouco uso de medicações antieméticos.

Além disso, elas eram orientadas a não cozinhar nos dias da quimioterapia, se possível, e deixarem na geladeira alimentos gelados como gelatina ou sorvete, antepastos porque melhoram a náusea.

Outro fator que é de suma importância discutir com mulheres jovens que fazem um diagnóstico de câncer é sobre a maternidade. Hoje existe a possibilidade de se retirar óvulos e congelá-los. Infelizmente poucos profissionais orientam essas mulheres. Como as condições de sobrevivência no câncer de mama são favoráveis, essa é uma temática que deve ser abordada.

Abordar sobre a vida sexual é outro item de importância, pois muitas mulheres tem parceiros e questionam se podem ter vida sexual. Nessa fase, devido ao ressecamento vaginal, orientamos o parceiro a utilizar camisinha com lubrificante. Acredita-se que quem está doente não vai ter desejo de fazer sexo, mas observa-se que as mulheres se sentem desejadas, mesmo apresentando um corpo diferente e elas se sentem amadas. Esse é um fator que não deve ser desprezado.

A quimioterapia traz muitos efeitos colaterais, pois além de matar as células cancerosas, matam as saudáveis e com isso é comum mulheres se queixarem da suspensão do ciclo menstrual, mucosite, ressecamento vaginal e dor muscular. Muitas vezes, elas não interpretam esses sintomas como efeitos colaterais, e sim, como se

tivesse tendo metástase. Acreditamos que essas temáticas devam ser abordadas na roda da dúvida.

A roda da dúvida é uma técnica de grupo em que todas as mulheres com câncer são colocadas em um formato de roda e elas podem perguntar o que quiserem para o coordenador do grupo. Esse deve entender da patologia e do grupo, mas direciona as respostas para as demais participantes, de modo, que os conceitos errôneos e os mitos sejam desfeitos. Essa roda é o espaço para as mulheres trocarem as dúvidas e se expressarem sobre os seus medos. O coordenador deve conhecer técnicas de controle e atividades de grupo.

A próxima etapa do tratamento é a radioterapia, que consiste na incidência de raios gama sobre a região que foi retirado o tumor. A sua finalidade é não haver reincidência do câncer. Apesar de não trazer tantos efeitos colaterais, quando comparados a quimioterapia, deve ter acompanhamento, pois as queimaduras são frequentes.

Primeiramente ocorrerá a marcação da região que receberá a radioterapia e a mulher ficará com a pele pintada de azul. Explicar que isso ocorre para que a área a ser irradiada seja limitada e que ela não deve apagar as marcações para não parar o tratamento. Cuidar da região irradiada consiste em mantê-la limpa, utilizar alguma pomada que seja prescrita, e se apresentar ardência, utilizar compressa de chá de camomila gelado. Deixar a região sem cremes e pomadas antes de receber outra irradiação.

O efeito colateral mais comum dessa fase é o cansaço. Orientar que isso é esperado e que ela deve descansar quando necessário.

A hormonioterapia é outra etapa que é utilizada no acompanhamento do câncer de mama. Ele visa impedir a recidiva do câncer. A medicação utilizada com maior frequência é o tamoxifeno 20 mg, que é um receptor de estrogênio, uma vez ao dia. Normalmente a paciente recebe essa fase bem porque ela entende que está na fase de vigilância da doença. No entanto, é importante lembrar que o tamoxifeno apresenta alguns efeitos colaterais, muito comuns, logo no início de seu uso e que o organismo tende a se adaptar. Em nossa prática, a queixa de enjôo é a mais comum e normalmente se consegue corrigir passando a medicação para o horário da noite.

Outro efeito colateral muito comum do receptor de estrogênio é o aparecimento de sangramento uterino, por isso as mulheres devem ser orientadas a procurar assistência se esse efeito aparecer.

Nessa fase de vigilância que irá durar cinco anos é importante que a mulher continue a participar de grupos de apoio, pois ela verá o cabelo nascer novamente, normalmente mais crespo. Poderá discutir seus medos e seus anseios com as outras mulheres, principalmente na época de realizar exames de rotina, fase em que ela apresenta ansiedade e medo da finitude. Nesse espaço ela terá condições de conversar com outras pessoas que entendem o que ela está sentindo, pois já tiveram esses sentimentos.

Acreditamos que é após a fase da radioterapia que a mulher passa a ser mais receptiva e passa acreditar poder estar curada. Em nossa prática é a fase em que a mulher começa a falar de seus sentimentos frente à vida, da família, das festas, da formação dos filhos.

A participação dessas mulheres após o tratamento e na fase da hormonioterapia permite com que se faça promoção da saúde, pois cada mulher vai ter uma reação diferente dos cuidados.

Em nossa prática estudamos que a mulher com câncer de mama é colocado uma série de limitações e que essas podem ser revistas de acordo com as tecnologias que vão surgindo. Exemplificando não fazer as unhas porque pode cortar a cutícula. Se orientarmos a utilizar um creme que reduz o crescimento da cutícula e esmaltar as unhas, a aceitação será muito boa. Explicar que um corte na mão pode provocar uma infecção e levar a um linfedema, levará a mulher a ter mais cuidados não somente com as unhas, mas com objetos cortantes.

A maioria das mulheres que atendemos são responsáveis pelo serviço da casa, então falar que para não fazer, isso não ocorrerá. Mas, se orientar para utilizar luvas para lavar louças, para tirar a comida do forno, para limpeza há aceitação e aderência. Indiretamente estamos prevenindo o linfedema.

O linfedema é o acúmulo da linfa. Com a retirada da rede linfática, 20% das mulheres poderão apresentar o linfedema. No entanto, como não sabemos quem pode apresentar a orientação deve ocorrer para todas as mulheres.

Os cuidados com os cabelos que começam a crescer também é de importância porque no primeiro ano ela não deve utilizar de tinturas, assim orientar a realizar um corte de cabelos curtos, utilizar maquiagem ou somente um batom, estimulará a mulher a se sentir mais bonita e melhorará a sua autoestima.

A manutenção de exercícios físicos adequados melhorará a postura e consequentemente as dores que podem surgir devido a rotação do ombro.

O cuidado com a mulher deve estar adequado às suas necessidades e à sua idade, considerando sempre o custo benefício.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Trabalhar em grupo de apoio com mulheres que tiveram o diagnóstico de câncer é gratificante, pois se coloca o exercício da profissão, tanto no cuidado como na promoção e prevenção à saúde. Para a mulher verificamos que como uma flor, ela murcha e depois renasce e passa a cuidar de outras mulheres.

Como atuamos com alunos, esses ficavam conosco dois anos e tinham como atividades não somente o atendimento à mulher, mas a participação em eventos de oncologia, o grupo de estudos e pesquisas que eram desenvolvidas e orientadas pelas docentes.

Esse fator levou várias egressas a atuarem em Hospitais de Oncologia e a

continuarem seus estudos, seja na especialização, no mestrado e/ou doutorado no país e fora dele.

Acreditamos que levar o aluno a “aprender a aprender” está ligado no aprender e fazer, pois os egressos tem atuando com distinção na vida profissional.

## REFERÊNCIAS

ADORNA, E.L.; MORARI-CASSOL E.G.; FERRAZ M.N.S. Breast and suport group in the life of mastectomizada women. **Fisioterapia do Movimento**. v.28, n.3.p597-602, 2015.

ANDRADE, A.C.V.; SCHWALM, M.T. Planejamento de ações da equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família. **Mundo em Saúde**,v.37, n.3.p.439-49, 2013.

AMBROSIO, Daniela Cristina Mucinhato; SANTOS, Manoel Antônio dos. Apoio social à mulher mastectomizada: um estudo de revisão. **Ciência. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20,n. 3, p. 851-864, Mar. 2015.

BAITELO, T.C.; REIS, A.P.A.; GRADIM, C.V.C. The Performance of Nursing In Woman Alopecia With Breast Cancer: Integrative Review. **Journal Nursing UFPE**. Recife. V. 9, n.11,p.9899-905, Nov., 2015.

CAETANO, Edilaine Assunção, PANOBIANCO, Marislei Sanches, GRADIM, Clícia Valim Côrtes Gradim. Análise da produção científica nacional sobre a utilização de grupos na reabilitação de mastectomizadas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2012. 14(4):965-73.

GRADIM, C.V.C. (ORG). Cartilha de orientações a mulheres com câncer de mama. Alfenas-MG. 2012. 34p

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2017. 126p.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **A situação do câncer de mama no Brasil**: síntese de dados dos sistemas de informação. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

LOYOLA, Edilaine Assunção Caetano de et al. Grupo de reabilitação: benefícios e barreiras na perspectiva de mulheres com câncer de mama. **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n1, e3250015, 2017.

## POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MELHORIA DA ATENÇÃO MATERNA E INFANTIL NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA- RS

### **Vânia Terezinha Rigo Segalin**

Universidade Franciscana, Mestrado Profissional  
em Saúde Materno Infantil  
Santa Maria – Rio Grande do Sul

### **Katiele Hundertmarck**

Universidade Franciscana, Mestrado Profissional  
em Saúde Materno Infantil  
Santa Maria – Rio Grande do Sul

### **Sandra Suzana Stankowski**

Universidade Franciscana, Mestrado Profissional  
em Saúde Materno Infantil  
Santa Maria – Rio Grande do Sul

### **Josi Barreto Nunes**

Universidade Franciscana, Mestrado Profissional  
em Saúde Materno Infantil  
Santa Maria – Rio Grande do Sul

**RESUMO:** As políticas públicas de atenção à saúde materna infantil no tocante às emergências obstétricas vem sendo aprimoradas ao nível do SUS. Objetiva-se relatar um estudo de campo sobre a atenção às emergências obstétricas no município de Santa Maria -RS realizado no ano de 2018. O acolhimento com classificação de risco para emergências obstétricas acontece em dois hospitais, um deles é referência regional para gestação de alto risco e dispõe de leitos de UTINeo; o outro, é referência para gestação de risco habitual. A implantação da Rede Cegonha no município ampliou a

atenção à saúde materno infantil e contribuiu para a ordenação do sistema, transporte, pré-natal, parto, puerpério e puericultura. Contudo, ainda há constante necessidade de melhorias no acolhimento para qualificar as respostas oportunas às emergências obstétricas nessa região.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acolhimento;  
Classificação de Risco; Enfermagem Obstétrica.

### **PUBLIC POLICIES FOR IMPROVING MATERNAL AND CHILD CARE IN THE MUNICIPALITY OF SANTA MARIA- RS**

**ABSTRACT:** Public health care policies for maternal and child health in relation to obstetric emergencies have been improved at SUS level. The objective of this study was to report a field study on obstetric emergency care in the municipality of Santa Maria, RS, Brazil, conducted in 2018. The hospital with risk classification for obstetric emergencies happens in two hospitals, one of them is a regional reference for high gestation risk and has NICU beds; the other is a reference for habitual risk gestation. The implementation of the Stork Network in the city expanded the attention to maternal and child health and contributed to the system's ordering, transportation, prenatal care, childbirth, puerperium and child care. However, there is still a constant need for improvements in reception to qualify the timely responses to

obstetric emergencies in this region.

**KEYWORDS:** Reception; Risk rating; Obstetric Nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

A gravidez é um evento fisiológico que promove modificações no organismo materno com início na fecundação e continuidade durante todo o período gestacional, parto, pós-parto e lactação. Esse período traz alterações físicas e emocionais para a mulher, que resulta em necessidades especiais de assistência e de cuidado à saúde, pois geram sentimentos de medo, ansiedade, angústia, dúvidas, e que exige uma série de adaptações para a mulher e sua família para além dos aspectos físicos (FERREIRA, et al. 2015).

Contudo, mesmo a gestação sendo um fenômeno fisiológico, algumas gestações podem transcorrer com doenças associadas, caracterizando-a como gravidez de alto risco, já que há risco de morbimortalidade para a mãe e/ou feto (REZENDE, 2018).

Para atender essas necessidades de saúde e reduzir os riscos de morte materna e fetal, o Ministério da Saúde (MS) instituiu políticas públicas com o propósito de dar prioridade ao atendimento àquelas em situações mais grave e assim impactar positivamente nestes altos índices (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, em junho de 2011, foi lançada a Rede Cegonha (RC) que propõe a inovação e a excelência na atenção pré-natal, assistência ao parto e ao pós-parto, bem como nas ações em torno do desenvolvimento da criança durante os primeiros dois anos, sua implantação inclusive, vem mobilizando gestores, profissionais de saúde e usuários dos serviços, especialmente as mulheres e crianças como beneficiários diretos. O foco estratégico da RC está na redução da morbimortalidade materna e infantil, especialmente em seu componente neonatal (BRASIL, 2011).

Essa política de acolhimento proposta é, antes de tudo, uma diretriz operacional do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma conduta ética para a garantia de acesso aos serviços de saúde, à qualidade e integralidade da atenção em saúde. Ela traduz-se em recepção da gestante nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ela, ouvindo suas demandas e permitindo que expresse suas preocupações. Implica ainda em prestar um atendimento com resolutividade e co-responsabilização, orientando, quando for o caso, a mulher na gestação e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da atenção quando necessário (BRASIL, 2017).

Em saúde materna infantil, o acolhimento nos hospitais assume particularidades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico. A maneira como a mulher e a família são acolhidos tem função fundamental na construção de um vínculo de confiança com os profissionais e serviços de saúde, favorecendo seu protagonismo especialmente no momento do parto (MADEIRA, LOUREIRO, NORA,

2010).

Os principais objetivos do acolhimento com classificação de risco em obstetrícia são humanizar o atendimento, mediante escuta qualificada da mulher no ciclo gravídico puerperal que busca os serviços de urgência/emergência dos hospitais; organizar o processo de trabalho e ambiência hospitalar; melhorar a informação para as usuárias e seus familiares sobre sua situação de saúde e sua expectativa de atendimento e tempo de espera; classificar, mediante protocolo, as demandas das usuárias que adentram aos serviços de urgência/emergência dos hospitais, visando identificar as que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato e fomentar a rede de atenção de saúde, articulando a atenção básica e maternidades com vistas à atenção integral (BRILHANTE et al. 2016).

Logo, a relevância e justificativa deste estudo deve-se a uma proposta reflexiva e empreendedora da disciplina de Políticas e Gestão da Rede de Atenção Materno Infantil e para atender inquietações das autoras, estudantes do mestrado profissionalizante da área Materno Infantil da Universidade Franciscana (UFN). O objetivo foi conhecer quais as estratégias de acolhimento da mulher gestante do município de Santa Maria -RS e se contempla o princípio da equidade proposta pelo SUS.

No intuito de reestruturação, a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS), a qual a cidade de Santa Maria - RS pertence, está reorganizando sua Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta atenda integralmente ao preconizado e visando orientar a implementação da RC, contribuindo assim para a melhoria da qualidade da atenção na região.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que utilizou como fonte, artigos científicos disponíveis nas bases de dados Scientific Eletronic, Library Online (*Scielo*), Bases de Dados da Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (*Lilacs/ Bireme*), e manuais do Ministério da Saúde. Foram utilizados os artigos que tinham relevância para responder ao objetivo do estudo. Para a pesquisa e coleta das informações bibliográficas foram utilizados os seguintes descritores em ciências da saúde: enfermagem obstétrica; acolhimento; classificação de risco.

A pesquisa realizada teve uma abordagem exploratória, com base em materiais já elaborados, como artigos e manuais. Esse tipo de pesquisa permite ao investigador uma cobertura de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia ser pesquisada diretamente, pois utiliza contribuições de diversificados autores sobre determinado assunto. Além disso, permite aprimoramento do conhecimento e melhor reflexão sobre o tema proposto (GIL, 2010).

Após a seleção das publicações ocorreu a análise dos artigos, a partir de seus objetivos e metodologia empregada, sintetizando-os por similaridade do conteúdo.

A pesquisa bibliográfica objetivou promover o conhecimento científico sobre emergências obstétricas para embasar a investigação do cenário de práticas em saúde materno infantil do SUS em Santa Maria-RS.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1, descreve-se a literatura sobre emergência obstétrica, políticas públicas em saúde materno infantil, acolhimento e classificação de risco.

Autoria	Metodologia	Objetivos
Silveira, A. C. B. 2014.	Quantitativo	Promover a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e um novo modelo de atenção ao parto e nascimento em uma emergência obstétrica de um hospital de atenção terciária.
Ferreira, C.C. M. et al. 2015.	Qualitativo	Identificar o perfil e atribuições da equipe de enfermagem no atendimento em urgências e emergências obstétricas.
Brilhante, F. A et al. 2016.	Avaliativo quantitativo	Avaliar a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco em uma Emergência Obstétrica

Tabela 1. Estudos identificados de acordo com autoria, ano de publicação, metodologia, nível de evidência e objetivo. Santa Maria (RS), Brasil, 2018.

Fonte: *Scielo, LILACS/Bireme* e manuais Ministério da Saúde. Santa Maria, RS, 2018.

Compreende-se que o acolhimento com classificação de risco é um processo de transformações, de mudanças, que busca modificar as relações entre profissionais de saúde e usuários dos serviços de emergência, visando um atendimento mais resolutivo, que saiba identificar e priorizar os atendimentos realizados nesse serviço, sem deixar de tratá-las de forma digna e humanitária (FEIJÓ, 2010). A partir das melhores evidências científicas, objetiva-se humanizar o atendimento, priorizando as gravidades e diminuindo o tempo de espera, informando as usuárias do tempo que deverão aguardar pela consulta médica, pois a classificação de risco deve seguir um protocolo, que é um instrumento de apoio que aponta a identificação rápida e científica de acordo com critérios clínicos para determinar em que ordem a paciente será atendida.

O acolhimento e classificação de risco obstétrico vem se tornando uma prática importante na redução de morbimortalidade materna, cabendo assim aos gestores à necessidade de mudanças, em pontos ainda frágeis dentro das instituições, como a falta de um local privativo para ocorrer a classificação e falta de equipamentos necessários para que seja realizada com segurança. Isso também é uma proposta da RC (BRASIL, 2011).

Segundo Silveira (2014), a relevância do acolhimento com classificação de risco para a assistência de gestantes nas maternidades é vital, porém é necessário maior investimento no setor de saúde do país de um modo geral. Isso também reflete na



impreterível necessidade de formação acadêmica adequada dos profissionais da saúde.

O acolhimento em emergência obstétrica deve ater-se a algumas particularidades devido às necessidades relacionadas ao processo gravídico puerperal. A ansiedade, que permeia a gestação, o parto e o nascimento levam à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares. Isso se deve principalmente às informações equivocadas durante o pré-natal, que se torna um dos fatores da busca aos serviços de urgência das maternidades com maior frequência. Por conta disso, o acolhimento à mulher e acompanhante tem função de favorecer o protagonismo das gestantes, especialmente no trabalho de parto e parto. (BRILHANTE et al., 2016).

Destaca-se, nesse cenário, que o objetivo de acolher a mulher grávida é garantir o acesso, proporcionar o princípio da equidade, antepor as situações de maior gravidade de atendimento, agilizando o atendimento de acordo com o maior grau de vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

Em relação à referência para as gestantes, recém-nascidos e crianças de alto risco da 4ª CRS no município de Santa Maria, o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) é o local requerido. O referido hospital possui leitos de UTI Neonatal, submetidos à regulação estadual. Contempla um Ambulatório Especializado no Atendimento ao Prematuro Egresso de UTI Neonatal, o qual é referência para aplicação de Palivizumabe para todos os municípios da 4ª CRS.

A referência para gestantes de risco habitual, Centro de Parto Normal e Casa da Gestante, Bebê e Puérpera é o Hospital Casa de Saúde, com uma proposta de ampliação de oferta.

Na figura 1, observa-se a atenção às emergências obstétricas no município de Santa Maria – RS no tocante aos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde.

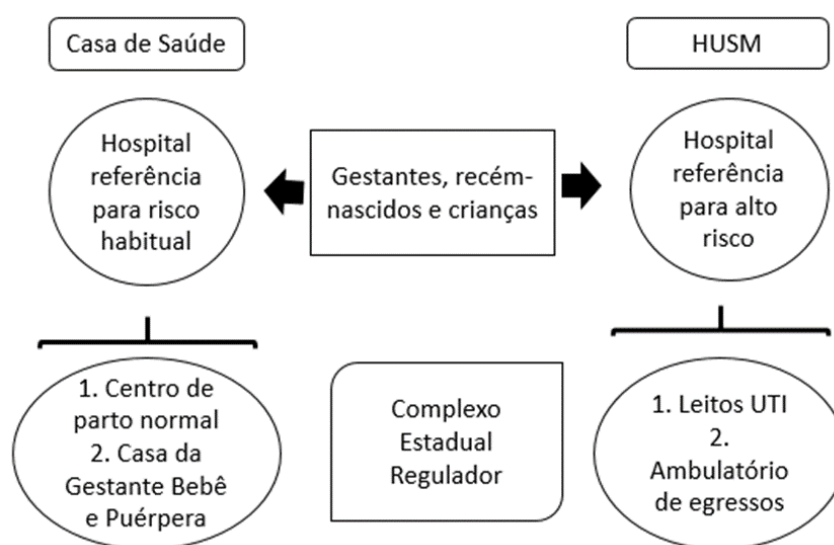


Figura 1. Atenção à saúde materna infantil no município de Santa Maria – RS, 2018.

Fonte: 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, Santa Maria, 2018.

Quanto à infraestrutura, o HUSM necessita de reforma/ampliação e aquisição de equipamentos e materiais para adequação da ambiência do Centro Obstétrico e para a ampliação de leitos da UTI Neonatal. Além disso, como a 4ª CRS identifica a necessidade de uma Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) com 20 leitos, o hospital precisará de investimento para a construção e aquisição de equipamentos e materiais.

O Hospital Casa de Saúde necessita de reforma/ampliação de área física e aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a implantação de um Centro de Parto Normal intra-hospitalar Tipo II de 3 (três) quartos PPP.

As referências para partos de risco habitual foram redefinidas conforme a Resolução CIB/RS nº 206 de 15 de maio de 2017, que estabelece a organização da Rede de Atenção ao Parto e Nascimento de forma regionalizada, no Estado do Rio Grande do Sul. A referência para partos de alto risco e cuidado progressivo neonatal permanece o HUSM para todos os municípios da 4ª CRS.

O Transporte sanitário dessas mulheres segue com as orientações da Resolução nº 005/18 - CIB/RS, que trata das Diretrizes Estaduais para Organização da Rede de Transporte Sanitário no Sistema Único de Saúde – SUS, no Rio Grande do Sul.

Quanto à regulação, no RS, a Secretaria Estadual da Saúde realiza a regulação do acesso aos leitos de UTI Neonatal, Pediátrico e Adulto por meio de uma central no Complexo Estadual Regulador. A central recebe a solicitação de uma vaga de UTI a partir do médico assistente de hospital que não possui leitos de terapia intensiva ou não dispõe de vaga no momento. A equipe médica da central classifica o risco, através de informações sobre as condições clínicas, exames complementares e diagnóstico médico, e procura, na rede do SUS, pelo serviço que atenda às necessidades do paciente. Identificada a vaga, o leito é reservado e disponibilizado ao hospital solicitante.

Quanto ao repasse dos recursos da Rede Cegonha referente ao HUSM, os mesmos devem ser repassados ao Estado visto que a gestão do sistema é estadual.

#### **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo nos permitiu conhecer a importância das políticas públicas em emergências obstétricas por meio de publicações científicas e de acordo com manuais do ministério da saúde, ao mesmo tempo que permitiu o relacionando com o cenário da atenção à saúde materno infantil do município de Santa Maria – RS.

Pode-se compreender como se processa o ACCR e porque deve ser utilizado em todas as maternidades. Percebeu-se pela relevância da temática, a importância de os profissionais modificarem suas práticas no sentido de otimizar a atenção, de priorizar as gestantes que necessitam de atendimento médico imediato, fazendo com que melhore o fluxo de atendimento e a superlotação das maternidades.

É importante ressaltar que todos os programas possuem como objetivo comum, a redução da morbimortalidade materna e infantil e, portanto, a necessidade de acompanhamento da qualidade do serviço prestado e efetivação dessas políticas.

Quanto ao município de Santa Maria - RS, o envolvimento dos gestores, usuários e profissionais da saúde é importante no sentido de dinamizar e potencializar o apoio de rede, identificando necessidades bem como promovendo a saúde nas suas múltiplas dimensões.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011 a. Disponível em: < <http://goo.gl/PkrXAJ>>. Acesso em: 14 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRILHANTE, F. A. et al. **Implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica**. Rev Rene, v.17, n.4, p.569-75,2016. Disponível em: <DOI: 10.15253/2175-6783.2016000400018>. Acesso em: 01 julho.2019.

FERREIRA, C.C. M. **O perfil da equipe de enfermagem no atendimento em urgências e emergências obstétricas**. Revista Fafibe On-Line, Bebedouro SP, v.8, n.1, p.332-345, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, n.4, p.42, 2010.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 14<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 1514p, 2018

MADEIRA, D. B.; LOUREIRO, G. M.; NORA, E. A. **Classificação de risco: perfil do atendimento em um hospital municipal do leste de Minas Gerais**. Revista Enfermagem Integrada, Ipatinga-MG, v.3, n.2, p.543-553, 2010.

SILVEIRA, A. C. B. **Acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica**. 2014. 20 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

## VIVÊNCIA DE ACADÊMICAS E RESIDENTES DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA CASA DA GESTANTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### **Adriene de Freitas Moreno Rodrigues**

Mestra em Gestão Integrada do Território,  
Enfermeira, Professora dos Cursos de Saúde.

Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC,  
Colatina – ES

### **Ana Carolina Valentim Pereira Nunes**

Enfermeira, Pós-Graduada em Enfermagem  
Neonatal, Residente em Enfermagem Obstétrica.

Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC,  
Colatina – ES

### **Edilaine Ferreira Santos**

Enfermeira, Residente em Enfermagem  
Obstétrica.

Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC,  
Colatina – ES

### **Éryca Resende Pires**

Enfermeira, setor maternidade.

Hospital e Maternidade São José – HMSJ.

### **Ingrid Gomes Vicente**

Enfermeira, Residente em Enfermagem  
Obstétrica.

Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC,  
Colatina – ES

### **Jocicléria do Nascimento Reis**

Enfermeira, Residente em Enfermagem Obstétrica.

Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC,  
Colatina – ES

### **Luciano Antonio Rodrigues**

Doutor em Ciências da Saúde, Enfermeiro,  
Professor dos Cursos de Saúde.

Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC,  
Colatina – ES

### **Roberta Vago Gonzales**

Enfermeira, Residente em Enfermagem  
Obstétrica.

Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC,  
Colatina – ES

**RESUMO:** A gestação é um período de intensas transformações na vida da mulher que incluem mudanças fisiológicas, psicológicas e físicas. Durante esse período são necessários cuidados especiais tanto para a mãe quanto para o bebê, pois podem ocorrer complicações que necessitam de assistência qualificada e profissional. Essa assistência é ofertada pela rede de serviços voltadas para a saúde da mulher. Este relato visa descrever a experiência de acadêmicas e residentes em enfermagem obstétrica na Casa da Gestante Bebê e Puérpera “Ilaria Rossi de Vasconcellos” (CGBP-IRV). A vivência acontece desde o ano de 2017, nesta casa da gestante vinculada a um hospital de ensino referência em maternidade, no município de Colatina-ES. O trabalho dos universitários e das residentes possui a proposta de empoderamento da mulher frente a sua gestação, parturição e puerpério. Dentre as ações realizadas pelas residentes estão atividades de educação em saúde, as quais são desenvolvidas de forma envolvente utilizando técnicas de dinâmicas de grupo, dramatização,

rodas de conversas, palestras e outras ações que contribuem para o conhecimento da mulher acerca do momento vivido, assim como sobre parto e puerpério. Os resultados das ações realizadas com as pacientes evidenciaram a importância e os reflexos positivos de modelo assistencial diferenciado. Ao longo destes anos conclui-se que a experiência na CGBP-IRV é transformadora na vida do universitário, uma vez que norteia aspectos importantes para a complementação formativa acadêmica diferenciada e para os residentes em enfermagem obstétrica consolida práticas dos saberes *in loco*, ratificando a formação assistencial engendrada nas diversas dimensões do trabalho com a saúde da mulher.

**PALAVRAS-CHAVE:** saúde da mulher; gravidez de alto risco; cuidados de enfermagem.

### LIVING OF ACADEMICS AND RESIDENTS OF OBSTETRIC NURSING IN THE CASA DE GESTANTE: EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT:** Gestation is a period of intense transformations in women's lives that include physiological, psychological, and physical changes. During this time, special care is needed for both the mother and the baby, because complications that require qualified and professional care may occur. This assistance is offered by the network of services focused on women's health. This report aims to describe the experience of academics and residents in obstetric nursing in the Casa da Gestante Bebê e Puérpera "Ilaria Rossi de Vasconcellos" (CGBP-IRV). The experience has happened since 2017, in this house of the pregnant woman linked to a referral hospital in maternity, in the municipality of Colatina-ES. The work of the university students and the residents has the proposal of empowering the woman in front of her gestation, parturition and puerperium. Among the actions carried out by the residents are health education activities, which are developed in an engaging way using techniques of group dynamics, dramatization, conversation wheels, lectures and other actions that contribute to women's knowledge about the moment they lived, as on childbirth and puerperium. The results of the actions performed with the patients showed the importance and the positive reflexes of a differentiated care model. Throughout these years it has been concluded that the experience in the CGBP-IRV is transformative in the life of the university, since it guides important aspects for the differentiated academic formation complementation and for the residents in obstetrical nursing consolidates practices of the knowledge in loco, ratifying the formation the various dimensions of work with women's health.

**KEYWORDS:** women's health; high risk pregnancy; nursing care.

## 1 | INTRODUÇÃO

O processo assistencial de saúde da mulher possui uma rede de serviços com diversificados locais de atendimento, tanto no nível primário, secundário e terciário de atenção à saúde. A casa da gestante, bebê e puérpera representa uma estratégia para reversão da atenção centrada em hospitais e propicia a construção de uma

nova lógica de atenção, com enfoque na prevenção de agravos, promoção da saúde e na humanização do cuidado. Além desse serviço ter por objetivo a diminuição dos custos e riscos hospitalares, bem como a ampliação dos espaços de atuação dos profissionais de saúde, de modo especial, da enfermagem (PIMENTA *et al.*, 2012).

A maioria das gestações transcorrem sem intercorrências por se tratar de um fenômeno fisiológico à mulher, porém, quando esta possui previamente alguma comorbidade ou desenvolve durante a gestação, faz-se necessário acompanhamento multiprofissional de saúde (BRASIL, 2017).

Liderando as causas de gestações de alto risco estão as síndromes hipertensivas gestacionais, presentes a partir da vigésima semana gestacional, incutindo junção de uma pressão maior do que 140x90 mmHg, quadro de proteinúria e plaquetopenia. Além dessas síndromes hipertensivas, também são comumente encontradas em gestantes de alto risco, atendidas na casa da gestante, as hemorragias da segunda metade da gestação, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, crescimento intrauterino restrito, diabetes mellitus descompensadas, oligodramnia, polidramnia e cardiopatias prévias (BRASIL, 2012).

A assistência à saúde da mulher é feita em diversos focos, entre eles estão as Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) que são classificadas como residências provisórias voltadas para o cuidado às gestantes e puérpera que necessitam de cuidados especializados. Deve ser vinculada a um estabelecimento hospitalar de referência em atenção à gestação de alto risco, objetivando apoiar o cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas em situações que demandem vigilância e proximidade dos serviços hospitalares de referência, embora não haja necessidade de internação hospitalar, garantindo as usuárias acolhimento, orientação, acompanhamento, hospedagem de qualidade, alimentação, insumos e suprimentos (BRASIL, 2013). Estas casas devem ser compostas por estrutura física, abastecimento de materiais necessários e equipe profissional recomendada, proporcionando assim adequada acomodação para o público atendido (BRASIL, 2017).

As CGBP são regidas pela portaria nº 1.020/GM/MS, de 29 de maio de 2013, que institui as diretrizes para a organização da atenção à saúde na gestação de alto risco e define os critérios para a implantação e habitação dos serviços de referência nessa modalidade em conformidade com a Rede Cegonha (RC) (BRASIL, 2013).

A Rede Cegonha é uma estratégia do governo federal que visa proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Além de nortear ações para a redução da mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. A proposta qualifica os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério (28 dias após o parto) e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento envolvendo a atenção primária à saúde e o nível secundário através dos hospitais e maternidades

credenciadas (BRASIL, 2013).

O cenário de prática do relato de experiência, acontece na CGBP “Ilaria Rossi de Vasconcellos” (CGBP-IRV), localizada no município de Colatina – ES, é um local destinado ao acolhimento de gestantes e puérperas que estejam vinculadas ao Hospital e Maternidade São José (HMSJ). Este é um hospital de ensino, filantrópico de baixa, média e alta complexidade, que fornece atendimento à população de 32 municípios do estado do Espírito Santo.

O HMSJ vinculou-se à RC no ano de 2016 e tornou-se porta aberta de atendimento a gestantes e puérperas. O setor de maternidade, conta com 22 leitos de alojamento conjunto, 6 leitos de pré-parto/ parto e puerpério, uma sala cirúrgica para cesariana e banco de leite humano. O setor de pediatria é constituído de 20 leitos, cuja ocupação é controlada pela central de vagas de Colatina. No contexto de alta complexidade o estabelecimento possui duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) com 10 leitos cada, totalizando 20 leitos (HMSJ, 2019).

Devido a abrangência de atendimento obstétrico do hospital e da necessidade de rotatividade de pacientes para manejo das vagas, a CGBP-IRV vem tornando-se cada vez mais indispensável, uma vez que funciona como um serviço de apoio para permanência de gestantes e recém-nascidos que precisam de cuidados que necessitam de regime de internação, mas que não exigem que o paciente esteja dentro das dependências físicas do hospital. Outras beneficiárias do serviço são mulheres em falso trabalho de parto que não podem voltar a suas residências, seja pela distância, falta de transporte ou até mesmo por não possuir recursos financeiros para custear o transporte, colocando em risco a sua vida e a do bebê (HMSJ, 2019)

Frente a este cenário esse relato de experiência tem como objetivo compartilhar a vivência de acadêmicas e residentes de enfermagem obstétrica na prestação de assistência e educação em saúde às gestantes, puérperas e recém-nascidos da CGBP-IRV.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que acontece desde o ano de 2017, na CGBP-IRV, vinculada a um hospital de ensino referência em parto de alto risco, no município de Colatina-ES.

A CGBP-IRV é composta por um enfermeiro, quatro técnicos de enfermagem, um médico obstetra, dois auxiliares de serviços gerais. Além de ser campo de atuação para acadêmicos, residentes médicos de ginecologia/obstetrícia e residentes de enfermagem obstétrica.

O primeiro contato aconteceu no dia 18 de agosto de 2017 através de uma visita técnica desenvolvida pela disciplina saúde da mulher, do curso de graduação em enfermagem, do Centro Universitário do Espírito Santo – UNESC. Após este momento

aconteceu a motivação e a mobilização de algumas acadêmicas de enfermagem para o desenvolvimento de ações voltadas para a educação em saúde, uma vez que a enfermeira responsável pelo setor apresentou as diversas necessidades da CGBP-IRV. Com a implantação da Residência de Enfermagem Obstétrica em fevereiro de 2018, a casa tornou-se campo de atuação dos residentes, vindo à tona a ideia de envolver acadêmicas e residentes na assistência prestada, a fim de somar no desenvolvimento de ações voltadas para educação em saúde de mulheres gestantes e puérperas desta instituição.

As atividades acontecem sazonalmente uma vez que a rotatividade das mulheres usuárias do serviço está vinculada ao período de gestação final, aguardando para o parto (mulheres de municípios próximos de Colatina) e puérperas que permanecem na CGBP-IRV durante o período de recuperação de seu bebê na UTIN do mesmo hospital de ensino.

As atividades consistem no processo de empoderamento feminino através de encontros coordenados pelas acadêmicas e residentes de enfermagem obstétrica. São marcadas atividades formativas com exposições dialogadas, dinâmicas de grupo, dramatização, rodas de conversas, palestras e outras atividades que contribuem para a compreensão de todo ciclo gravídico, processo de cuidado com o bebê e promoção da saúde. Diversas temáticas são abordadas, cuja guisa de orientações está dentro da contextualidade social em que vive a usuária do serviço, empregando-se um linguajar adequado para cada encontro frente ao perfil das participantes, buscando atingir o maior objetivo de auxiliá-las na adaptação ao processo da maternidade.

O último momento dos encontros corresponde a avaliação da prática da vivência, realçando os pontos positivos e os aspectos que precisam ser melhorados para o desenvolvimento futuro de outros grupos de mulheres, além da reflexão quanto a contribuição formativa acadêmica.

Por se tratar de um relato de experiência, não houve a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Bem como não será divulgado dados que possibilitem identificar pacientes ou quaisquer envolvidos durante o desenvolvimento do relato, em exceto seus autores, respeitando o preconizado pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

### **3 | DESCRIÇÃO DO CENÁRIO DE PRÁTICA**

A CGBP-IRV inaugurada no dia 22 de janeiro de 2016 é uma instituição de saúde vinculada ao HMSJ que tem por mantenedora a Fundação Rural Social de Colatina – ES. Fica localizada no bairro Maria Ismênia do mesmo município, está estruturada com 20 leitos para internação, sendo 7 destinados a gestantes e 13 à puérperas. A CGBP-IRV tem capacidade para manter 4 internações de recém-nascidos. No ano de 2018, passaram pelo serviço um total de 299 pacientes, destas 78 gestantes, 177



puérperas e 44 recém-nascidos.

Pacientes menores de idade internadas, possuem direito a acompanhante em tempo integral, e os demais dispõem do direito de receber visita durante o dia em horário de escolha da paciente.

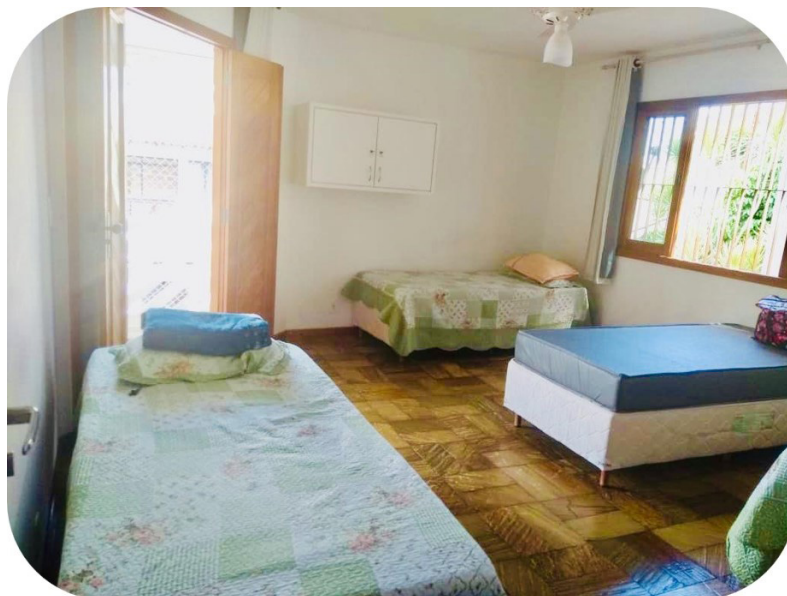


Figura 1 – Leitos da CGBP-IRV

Além dos leitos de internação o estabelecimento possui consultório, repouso de enfermagem, cinco banheiros, depósito, cozinha, lavanderia, sala de estar e espaços de convivência, compartilhada que facilitam o processo de orientação e educação em saúde de suas participantes.



Figura 2 – Cozinha de apoio da CGBP-IRV

#### 4 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

A experiência dos acadêmicos de enfermagem e residentes de enfermagem obstétrica na CGBP-IRV tem norteado uma formação diferenciada, consolidando conhecimentos práticos e teóricos, contextualizando a formação do ser enfermeiro para muito além do conceito de humanização e promoção da saúde dos livros. Todo o processo tem construído um sentimento de ser útil e desperta a virtude altruísta de proporcionar para mulheres as memórias de pertencimento a um local acolhedor em um complexo momento de vida.

As atividades formativas na CGBP-IRV nasceram de uma visita técnica e se expandiu em atividades que complementam a formação acadêmica e consolidam vivências práticas de residentes no contexto da saúde da mulher.



Figura 3 – Visita técnica de acadêmicos de enfermagem na CGBP-IRV

Nos primeiros grupos de trabalho as acadêmicas e residentes apresentaram dificuldades, uma vez que algumas mulheres já estavam na CGBP-IRV e mostraram resistência a adesão para uma palestra, afinal o acontecimento era novo. Porém as técnicas de formação de educação em saúde desenvolvidas ao longo da graduação nas disciplinas de Ensino de Enfermagem e Enfermagem, Saúde e Sociedade proporcionaram uma certa ambientação ao cenário de empatia por parte das usuárias do serviço.

As atividades formativas são desenvolvidas com exposições dialogadas através de palestras utilizando projeções de imagens e linguagem simples, esclarecedora e adequada conforme o perfil de formação das usuárias do serviço. As imagens projetadas são constituídas principalmente de ilustrações e pouca informação técnica e teórica. Emprega-se técnicas de andragogia para envolver todas as participantes no assunto.

Utiliza-se técnicas de dramatização com diversos temas do cotidiano de uma gestante ou de uma puérpera, familiarização, participação e interação das usuárias. As dramatizações são encenadas pelas acadêmicas e residentes enfermagem obstétrica, as usuárias do serviço interagem após os esquetes através da técnica roda de conversa. Em um clima de descontração as ações são conduzidas por uma facilitadora (acadêmica ou residente) que instiga as participantes a apontarem pontos positivos e pontos que precisam ser corridos no cenário. Em novos encontros repete-se as cenas, tendo em vista observar o aprendizado das usuárias, promovendo uma prática integradora, descontraída e muito divertida.

Entre os temas abordados destacam: i) gestação: o momento mágico de trazer ao mundo uma nova vida; ii) mudanças corporais da gestante; iii) cuidado e beleza da mulher gestante; iv) família gestante; v) o trabalho de parto; vi) conhecendo onde ganharei o meu bebê; vii) o parceiro também está grávido; viii) paternidade e maternidade segura; ix) cuidados com o bebê na UTIN; x) cuidados com o bebê após a alta hospitalar; xi) cuidados com o bebê no dia a dia; xii) mudanças do corpo no puerpério; e outros conforme necessidades.



Figura 4 – Atividades de educação em saúde para mulheres da CGBP-IRV

Notou-se que os diversos conteúdos desenvolvem a formação da mulher não somente para aquele momento de sua vida. Por meio de relatos e manifestações das participantes, observa-se que os trabalhos realizados permitem a capacitação da mulher para desempenhar seu papel de mãe, assim como as preparam para lidar melhor com momentos difíceis ao longo de suas vidas.

Objetivando a sensibilidade de compreensão das manifestações das pacientes, após as atividades de educação em saúde e a visão subjetiva das mesmas, quanto ao serviço em questão, está sendo desenvolvido uma pesquisa sobre representações sociais destas mulheres sobre diversos assuntos.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência descrita traz reflexões importantes de uma prática vivida sobre a ótica de um cuidar da enfermagem diferenciado. Todos os participantes tem o sentimento de empoderamento vindo à tona nas diversas temáticas apresentadas, segundo seus relatos. A realização de atividades educação em saúde na CGBP-IRV que abordam as individualidades e o lado psíquico traz como consequência puérperas mais seguras para lidar com o momento de tensão de ter o filho na UTIN e gestantes conscientes acerca do período gestacional e do momento do parto.

Além destes processos há a grande contribuição formativa de futuros enfermeiros e enfermeiros obstetras comprometidos com a melhoria da qualidade da assistência prestada à saúde da mulher, não somente no cenário do parto, mas ações pré e pós parturição.

A experiência contribui com a assistência à saúde materno-infantil da população assistida pelo HMSJ por meio de um atendimento qualificado. Acredita-se que tais

experiências contribuem para formação de enfermeiros aptos para desempenharem o papel fundamental de educador, promoverem ações interdisciplinares que integrem paciente, família e serviço de saúde, propiciando além da aquisição de conhecimentos, a construção de vínculos, a responsabilização e autocuidado. Através de iniciativas institucionais e acadêmicas como o relato apresentado, constrói-se uma nova lógica de atenção à saúde, tendo como enfoque principal à humanização do cuidado na prática da enfermagem.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. **Orientações para Elaboração de Projetos REDE CEGONHA: Ampliação e reforma para ambientes de atenção ao parto e nascimento.** Brasília, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/sismob2/pdf/Guia%20Elaborao%20de%20Projeto%20-%20Parto%20e%20Nascimento.pdf>>. Acesso em: 01 de jun 2018.
- \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020\\_29\\_05\\_2013.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.htm)>. Acesso em: 02 jun 2018.
- \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. Secretária de atenção a saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Gestação de Alto Risco: manual técnico.** 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. **Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada E Humanizada** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 162 p. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)>. Acesso em: 07 de abril de 2019.
- COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. RESOLUÇÃO COFEN Nº 0477/2015. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015\\_30967.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html)>. Acesso em: 10 de Mar de 2019.
- \_\_\_\_\_. RESOLUÇÃO COFEN Nº 478/2015. Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra e Obstetrix nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04782015\\_30969.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04782015_30969.html)>. Acesso em: 10 de Mar de 2019.
- \_\_\_\_\_. RESOLUÇÃO COFEN-223/1999. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2231999\\_4266.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2231999_4266.html)>. Acesso em: 10 de Mar de 2019. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 10 de Mar de 2019.
- HMSJ. Hospital Maternidade São José. **Inauguração Casa da Gestante.** Disponível em: <<http://www.hmsajose.com.br/noticias/view/id/32/inauguracao-casa-da-gestante-.html>>. Acesso em: 02 jul 2019.
- PIMENTA, Adriano Marçal; NAZARETH, Juliana Vieira; SOUZA, Kleyde Ventura de, *et al.* **Programa “Casa das Gestantes”: Perfil das Usuárias e resultados da Assistência à Saúde Materna e Perinatal.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Out-Dez; 21(4): 912-20. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/714/71425249023.pdf>>. Acesso em: 30 jun 2019.

## GUIA ALIMENTAR REGIONAL PARA CRIANÇAS DE 1 A 10 ANOS DO CEARÁ: RELATO DE EXPERIÊNCIA

### **Elisabelle Martins Marrocos**

Acadêmica de Enfermagem do Centro  
Universitário Christus- UNICHRISTUS. Fortaleza-  
Ceará

### **Isadora Araujo Rodrigues**

Acadêmica de Enfermagem do Centro  
Universitário Christus- UNICHRISTUS. Fortaleza-  
Ceará

### **Sabrina Cruz da Silva**

Acadêmica de Enfermagem do Centro  
Universitário Christus- UNICHRISTUS. Fortaleza-  
Ceará

### **Yonnaha Nobre Alves Silva**

Acadêmica de Nutrição do Centro Universitário  
Christus- UNICHRISTUS. Fortaleza- Ceará

### **Aline de Souza Pereira**

Centro Universitário Christus- UNICHRISTUS.  
Fortaleza- Ceará

### **Ana Zaira da Silva**

Universidade Federal do Ceará- UFC. Fortaleza-Ce.

### **Lucélia Fernandes de Almeida Lima**

Servidora Pública do Instituto Federal do Ceará.  
Maracanaú-Ceará.

### **Alisson Salatiek Ferreira de Freitas**

Centro Universitário Christus- UNICHRISTUS.  
Fortaleza- Ceará

### **Diane Sousa Sales**

Universidade Estadual do Ceará - Fortaleza-  
Ceará

### **Priscila França de Araújo**

Centro Universitário Christus- UNICHRISTUS.  
Fortaleza- Ceará

**RESUMO:** Introdução: O aleitamento materno e a alimentação complementar são assuntos essenciais relacionados a alimentação saudável nos primeiro ano de vida. Para auxiliar nas orientações sobre alimentação infantil, recomenda-se os “Dez passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos”, porém, observa-se poucas recomendações para crianças de até 10 anos de idade, sendo este um desafio para os profissionais de saúde. Objetivo: Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem na elaboração de um guia alimentar regional para crianças do estado do Ceará. Material e método: Relato de experiência da elaboração de um guia alimentar regional infantil, realizado através da disciplina de Enfermagem na Saúde da Criança e Adolescentes do Centro Universitário Christus. A criação foi de maneira coletiva e participativa, elaborado por acadêmicos do curso de Enfermagem e Nutrição, baseado nas dificuldades dos pais em oferecer uma alimentação adequada para a criança. Resultados e Discussões: O guia alimentar possibilita maior conhecimento sobre a orientação alimentar adequada, uma vez que se baseia nas reais necessidades e condições financeiras da família. Foi dividido em orientações nutricionais de acordo com as faixas etárias (1 a 2 anos; 2 a 5 anos e 5 a 10 anos). Elaborou-se sugestões de cardápios com alimentos

regionais de acordo com a época de maior colheita. Conclusão: Essa tecnologia educativa é um instrumento de promoção da saúde podendo ser utilizado nos diversos campos de atuação da enfermagem, com o intuito de orientar e promover um plano alimentar mais próximo da realidade da população cearense, possibilitando a garantia de uma nutrição adequada para o crescimento e desenvolvimento saudáveis.

**PALAVRAS-CHAVE:** Assistência Integral à Saúde; Saúde da Criança; Nutrição da criança.

**ABSTRACT:** Introduction: Breastfeeding and complementary feeding are essential issues related to healthy eating in the first year of life. To assist in infant feeding guidelines, the "Ten steps to healthy eating of children under 2 years of age" is recommended, but few recommendations are observed for children up to 10 years of age, making it a challenge for Health professionals. Objective: To report the experience of nursing scholars in the elaboration of a regional food guide for children in the state of Ceará. Material and method: Experience report on the elaboration of a regional infant food guide, carried out through the discipline of Nursing in Child Health and adolescents of Christus University Center. The creation was collective and participatory, elaborated by students of Nursing and Nutrition course, based on the parents' difficulties in offering adequate food for the child. RESULTS AND DISCUSSIONS: The food guide allows us to gain more knowledge about the proper food orientation and according to the financial conditions of the family. It was divided into nutritional guidelines according to the age groups (1 to 2 years, 2 to 5 years and 5 to 10 years). Suggestions of menus with regional foods were elaborated according to the time of greatest harvest. Conclusion: This educational technology is an instrument of health promotion that can be used in the various fields of nursing practice, with the aim of orienting and promoting a food plan that is closer to the reality of the population of Ceará, guaranteeing the adequate nutritional need for growth and development.

**KEYWORDS:** Comprehensive Health Care; Child Health; Nutrition of the child.

## 1 | INTRODUÇÃO

A alimentação influencia diretamente nos aspectos do desenvolvimento saudável de um indivíduo, principalmente na fase infantil momento em que é primordial o desenvolvimento de bons hábitos para proporcionar o crescimento e desenvolvimento adequado da criança (RISICA, 2019). Evitando, assim, problemas nutricionais, metabólicos e cardiovasculares que podem acompanhar a criança em todo o seu ciclo de vida.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2018) alerta que a alimentação inadequada contribui para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na vida adulta, podendo ocorrer a obesidade, diabetes e doença cardiovascular, associados a subnutrição ou o excesso de peso. As DCNT são preocupantes e ainda constituem-se um problema de saúde pública, uma vez que pesquisas apontam que

nos próximos dez anos cerca de 388 milhões de pessoas morrerão em decorrência de tais doenças (SBP, 2018).

A desnutrição e a obesidade infantil também são problemas de saúde pública enfrentados no Brasil, por este ser um país continental e com uma divergência social que afeta diretamente as condições sociais das famílias que cuidam das crianças (CHUPROSKI et al., 2012; MARTINS et al, 2018). Esses fatores associados às práticas culturais desenvolvidas em cada contexto familiar pode contribuir para os índices de mortalidade infantil no país (LOPES; MAIO, 2018).

Desse modo, os fatores culturais, sociais, econômicos e até emocionais influenciam diretamente no comportamento alimentar da criança, potencializada pelo estilo de vida dos pais e familiares diante de suas preferências alimentares (OLIVEIRA; RIGOTTI; BOCCOLINI, 2017). Evidências apontam que as práticas alimentares inadequadas, a falta de higienização correta dos alimentos, a influência de familiares e sua rotina de vida, bem como o ambiente onde ocorre a alimentação, influenciam diretamente no estado nutricional das crianças (CHUPROSKI et al., 2012).

Nesse contexto, torna-se fundamental o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde e mudança de estilo de vida dentro das consultas de acompanhamento do desenvolvimento da criança – Puericultura - para a realização de boas práticas alimentares na infância (SOUSA et al, 2019).

Conseqüentemente, torna-se significativo para o desenvolvimento de uma boa estratégia de educação em saúde, a necessidade de conhecer a região, o ambiente social e familiar, além dos valores culturais que envolvem a criança para que possa ser adequado e aplicado a realidade que a criança está inserida (CHUPROSKI et al., 2012).

Para a Sociedade Brasileira de Pediatria (2018), a utilização dos dez passos para uma alimentação saudável é um fator importante para o profissional de saúde desenvolver com a família. Associado a esse contexto, elaborar um plano de cuidado alimentar que traz para os atores envolvidos, uma reflexão sobre a alimentação e a ressignificação dos alimentos, associando a suas práticas de consumo e condições socioculturais, resulta em uma adesão a alimentos de qualidade produzidos na própria região (BOOG, 2010).

Sendo assim, surgiu o interesse em aprofundar os conhecimentos acerca da alimentação infantil regional, bem como a necessidade de suprir uma inquietação acadêmica sobre quais os principais alimentos que podemos indicar para essas crianças, enquanto profissionais de enfermagem. Para a elaboração desta pesquisa, partimos dos seguintes questionamentos: Quais recomendações são necessárias para uma orientação alimentar adequada para uma criança até 2 anos de idade? Quais instrumentos norteiam nossas recomendações alimentares em uma perspectiva regional?

A relevância do estudo se apoia na necessidade de ampla divulgação da temática e melhor discussão em ambulatórios e ambientes de educação em saúde, a fim de



elaborar um Guia facilitador para os profissionais de saúde, bem como a população do Ceará, promovendo uma alimentação de qualidade e de baixo custo.

Nessa perspectiva, objetivou-se relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem na elaboração de um guia alimentar regional para crianças do estado do Ceará.

## 2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência desenvolvido à partir de uma inquietação acadêmica de estudantes de graduação em enfermagem durante a realização de atendimentos ambulatoriais do estágio curricular da Disciplina de saúde da Criança e do Adolescente do Centro Universitário Christus- UNICRHISTUS.

Os atendimentos eram agendados previamente de acordo com a demanda da comunidade acolhida pelo Núcleo de Atendimento e Ensino Ambulatorial (NAEA) da UNICHRISTUS em Fortaleza- Ce. Tais atendimentos são realizados por uma equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, psicólogos, odontólogos e etc), onde os acadêmicos dos cursos tem a oportunidade de aplicar seus conhecimentos teóricos, na prática clínica orientada por um professor.

Ao realizarmos os atendimentos a algumas crianças e adolescentes percebeu-se que uma das principais queixas das mães e cuidadores era a dificuldade na elaboração de uma alimentação diária nutritiva, saudável e de baixo custo. Para nós, também se tornou um desafio, visto que, a maioria dos manuais e literaturas são voltadas para a prática do aleitamento materno e alimentação de crianças até 2 anos de idade.

Assim, surgiu o interesse de atuar junto a acadêmicos de nutrição para a elaboração de um Guia alimentar para crianças de até 10 anos de idade, utilizando como principais opções de cardápio os alimentos regionais do Nordeste sob a supervisão dos professores das disciplinas.

Os encontros aconteceram nos meses de setembro e outubro de 2018, onde buscávamos analisar os fatores nutricionais, porções, acesso, sazonalidade da alimentação, valores financeiros e a criação das figuras e arte do material. Tais recomendações foram baseadas na literatura científica e utilizada como referencia nas disciplinas acadêmicas. Após os encontros, optou-se pela elaboração de um álbum seriado com orientações para os profissionais de saúde e familiares acerca de algumas receitas e sugestões de alimentos regionais para crianças de até 10 anos de idade. O álbum contém figuras desenvolvidas pelos autores, com cores e leitura de fácil compreensão.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A elaboração de uma tecnologia educativa tem sido um dos maiores desafios para nós enquanto acadêmicos de enfermagem, porém, tornou-se extremamente gratificante, pois percebemos na prática o quanto esse assunto é questionado pelos familiares e, principalmente, o impacto de uma alimentação adequada no crescimento e desenvolvimento infantil.

Existem vários fatores que podem contribuir para a má nutrição infantil como escolaridade da mãe, condições de moradia, emprego, hábitos alimentares, consumo pobre de micronutrientes e comportamento alimentar (TEIXEIRA, MOREIRA, 2016). Vale ressaltar ainda que a má alimentação na infância pode ser influenciada pela rotina alimentar dos pais, uma vez que se tem cada vez mais alimentos industrializados nas refeições das famílias brasileiras.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) afirma que a alimentação e nutrição são fatores mínimos para favorecer a promoção e a proteção da saúde. Além disso, baseado na lei Lei 8.080, de 19/09/1990 entende que atividades relacionadas a esses elementos básicos devem ser realizadas de forma transversal às ações de saúde, em caráter complementar e com formulação, execução e avaliação dentro das atividades e responsabilidades do sistema de saúde (BRASIL, 2013).

Estudo realizado por Weber et al (2015) demonstrou que todos os escolares não cumprem os “10 passos da alimentação saudável”, prevalecendo o uso indiscriminado de carboidratos e baixa adesão a frutas e hortaliças. Tais achados associados ao baixo nível de atividade física colaboram para os índices crescentes de obesidade infantil e DCNT.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) vem elaborando políticas e programas para promover hábitos alimentares saudáveis junto à população brasileira, com orientações quanto às práticas saudáveis de alimentação desde a infância e isso com ações de educação alimentar e nutricional, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e mesmo assim ainda são percebidas as dificuldades que as equipes de saúde têm com relação a isso, principalmente porque é um processo que envolve além dos aspectos biológicos, os sociais, culturais, econômicos, religiosos, o comportamento (hábitos e atitudes) dos pais, famílias e cuidadores (RIBEIRO, SPADELLA, 2018).

Sendo assim, o guia alimentar para crianças de 1 a 10 anos de idade buscou desenvolver sugestões alimentares que possam suprir ou diminuir esses fatores que impactam na alimentação infantil utilizando uma linguagem simples que pode auxiliar na discussão e orientação das famílias, possibilitando, inclusive, a participação das crianças do processo de elaboração de seu cardápio, pactuando com elas de forma lúdica os alimentos melhores tolerados para as principais refeições do dia.

Outro fator relevante é que o Guia também visa auxiliar o profissional de enfermagem a desenvolver uma consulta com uma linguagem mais simples, facilitando a comunicação com pessoas das mais diversas escolaridades, de forma efetiva e que

seja corretamente compreendida.

Na montagem do Guia utilizou-se o formato de calendário de mesa onde a parte anterior foi designada para a orientação aos pais, com gravuras, imagens e texto simples; e o verso, contendo dicas de temas a serem abordados, para orientação e roteiro de consultado profissional.

O Guia inicia com um estímulo à discussão sobre a alimentação infantil com as seguintes indagações: O que é? Para que serve? Quando realiza-la? E o que comer? Dessa forma é possível perceber quais os principais aspectos devemos abordar durante o atendimento, de acordo com a necessidade e compreensão de cada usuário do serviço.

A segunda parte do Guia está dividida por faixa etária (1 a 2 anos; 2 a 5 anos e 5 a 10 anos), essa divisão foi feita também para que o profissional possa dar orientações específicas para cada faixa etária. Não abordamos de 0 a 1 ano por existir uma farta literatura orientando a alimentação nessa faixa etária.

O critério para essa divisão do primeiro grupo de 1 a 2 anos, foi por ser a fase inicial de conhecimento dos alimentos e formação do paladar, nessa fase é mais fácil para os pais ensinar a criança o gosto por diversos alimentos, principalmente frutas e acostumar o paladar a uma quantidade de açúcar e sal reduzida.

De 2 a 5 anos contempla a fase onde a criança já deve ser capaz de comer as mesmas refeições da família até o início da vida escolar, sendo essa alimentação mantida em casa ou em creches e escolas.

No que se refere ao terceiro grupo, de 5 a 10 anos, observa-se um contexto onde a criança já interage com grupos de fora da família, sendo nesse momento, mais exposta a alimentação não saudável.

Foi observado por Carvalho et al (2015), que os micronutrientes mais frequentemente inadequados nas crianças foram a deficiência no consumo de ferro, vitamina A e zinco. As crianças são o principal grupo de risco para essa deficiência. Para isso, entende-se que as práticas alimentares que podem favorecer o problema de anemia por deficiência de ferro, são: a introdução tardia de alimentos ricos em ferro (carnes, por exemplo), desmame e introdução precoce do leite de vaca *in natura*.

Sabe-se que o comportamento alimentar infantil, desde a amamentação até a alimentação cotidiana da família, não é apenas determinada pelas necessidades biológicas da criança, mas pela sua interação com o alimento, fatores emocionais, socioeconômicos e culturais, sendo esses fatores relevantes para o comportamento e hábitos alimentar aprendidos pela criança (DE OLIVEIRA et al, 2016).

Diante disso, optou-se pela criação da terceira fase do Guia, sendo destinada à formação de um cardápio junto à família, usando frutas e hortaliças de acordo com a sazonalidade dos alimentos. Também elaborou-se um conjunto de receitas caseiras de baixo custo e alto valor nutritivo, sendo disponibilizada em um impresso próprio e entregue ao familiar no fim da consulta, induzindo à incorporação de uma nova rotina alimentar, mais nutritiva e acessível.

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do álbum proporcionou exploração sobre a temática e ampliação do conhecimento, além disso, construção de uma tecnologia para atividades de educação em saúde. E a construção do álbum de forma multiprofissional demonstrou a importância desse tipo de trabalho e de troca de saberes. Dentro as limitações do estudo encontram-se na escassa literatura científica com informações de alimentos regionais do Ceará e acessíveis a comunidade.

## REFERÊNCIAS

- BOOG, M.C.F. Programa de educação nutricional em escola de ensino fundamental de zona rural. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 6, p. 1005-1017, dez. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?scr-ipt=sci\\_arttext&pid=S141552732010000600007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?scr-ipt=sci_arttext&pid=S141552732010000600007&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 14 jul. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, p. 10, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde; Cadernos de Atenção Básica, v. 1, n. 23, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- CARVALHO, C.A et al. Consumo alimentar e adequação nutricional em crianças brasileiras: revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 2, p. 211-221, 2015.
- CHUPROSKI, P. et al. Práticas alimentares de crianças desnutridas menores de dois anos de idade. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 118-125, dez. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000400015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400015&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 16 jul. 2019.
- LOPES, T.C.; MAIO, M.C. Puericultura, eugenia e interpretações do Brasil na construção do Departamento Nacional da Criança (1940). **Tempo**, Niterói, v. 24, n. 2, p. 349-368, ago. 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-77042018000200349&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-77042018000200349&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 15 jul. 2019.
- OLIVEIRA, J.A.N et al. A influência da família na alimentação complementar: relato de experiências. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 11, n. 1, p. 75-90, 2016.
- OLIVEIRA, M.I.C.; RIGOTTI, R.R.; BOCCOLINI, C.S. Fatores associados à falta de diversidade alimentar no segundo semestre de vida. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 65-72, mar. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X201700100065&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X201700100065&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 15 jul. 2019.
- RIBEIRO, Z.M.T.; SPADELLA, M.A. Validação de conteúdo de material educativo sobre alimentação saudável para crianças menores de dois anos. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 155-163, 2018.
- RISICA, P.M. et al. Improving nutrition and physical activity environments of family child care homes: the rationale, design and study protocol of the 'Healthy Start/Comienzos Sanos' cluster randomized trial. **BMC Saúde Pública**, Espanha, v. 19, p. 419, 2019. Disponível em: <<https://bmcpublikealth>>.

biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-6704-6>, acesso em 15 jul. de 2019

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia Manual de Alimentação. **Orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar.** 4<sup>a</sup>. ed. - São Paulo: SBP, 2018. 172 p.

SOUSA, N.F.C. et al . Practices of mothers and caregivers in the implementation of the ten steps for healthy feeding. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 28, e20170596, 2019 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?scri-pt=sci\\_arttext&pid=S0104-07072019000100317&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?scri-pt=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100317&Ing=pt&nrm=iso)>. acesso em 14 jul. 2019.

TEIXEIRA, V.H.; MOREIRA, P. Maternal food intake and socioeconomic status to tackle childhood malnutrition. **J.Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 6, p. 546-548, 2016.

WEBER, A.P et al . Adesão aos "10 passos da alimentação saudável para crianças" e fatores associados em escolares. **Rev. Nutr.**, Campinas ,v. 28, n. 3, p. 289-304, Jun 2015 .

## LIXO NO AMBIENTE ESCOLAR COMO FATOR EPIDEMIOLÓGICO PARA A REPRODUÇÃO DO VETOR TRANSMISSOR DA DENGUE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA BASEADO NO ARCO DE MAGUEREZ

**Wesley Brandão Dias**

Universidade do Estado do Pará  
Belém – PA

**Chrisla Brena Malheiro Lima**

Universidade do Estado do Pará  
Belém – PA

**Filipe Rabelo Rodrigues**

Universidade do Estado do Pará  
Belém – PA

**Maria Eduarda de Oliveira Cardoso**

Universidade do Estado do Pará  
Belém – PA

**Jéssica Maria Lins da Silva**

Universidade do Estado do Pará  
Belém – PA

**Lorrane Teixeira Araújo**

Universidade do Estado do Pará  
Belém – PA

**Emily Mairla Rodrigues Bastos**

Universidade do Estado do Pará  
Belém – PA

**Ricardo Luiz Saldanha da Silva**

Universidade do Estado do Pará  
Belém – PA

**Eliana Soares Coutinho**

Universidade do Estado do Pará  
Belém – PA

**Paulo Elias Gotardelo Audebert Delage**

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)  
Juiz de Fora – MG

**Ana Caroline Guedes Souza Martins**

Universidade do Estado do Pará  
Belém – PA

**Elizabeth Ferreira de Miranda**

Universidade Federal do Pará (UFPA)  
Belém – PA

**INTRODUÇÃO:** O presente relato de experiência foi desenvolvido com base na Metodologia da Problematização do Arco de Magueréz, que tem por finalidade levar conscientização e melhorias à comunidade a partir da realidade inicial apresentada nela (BERBEL, 2011). O cenário proposto foi uma escola pública situada na periferia de Belém, a qual apresentava frequentemente possíveis reservatórios de mosquitos transmissores da dengue, decorrente de lixos espalhados pelas dependências da escola. Salienta-se que os principais focos de reprodução do *Aedes aegypti* estão no lixo (TIMERMAN, 2012). Portanto, escolheu-se a temática dengue para ser trabalhada, visto que esta doença constitui-se como um sério problema de saúde pública no país (BRASIL, 2016). **OBJETIVO:** Relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de Enfermagem em uma ação do tipo educação em saúde. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência em uma escola

de grande porte. Iniciou-se com uma visita a escola para a observação de possíveis situações problemas para a saúde; após isso, seguiu-se para o levantamento de pontos-chave. Em outro momento, buscou-se fundamentação teórica em plataformas digitais para a teorização deste relato. Ao final, houve o planejamento e a realização de uma ação em educação em saúde na instituição. **RESULTADOS:** As problemáticas encontradas no primeiro momento foram o acúmulo de lixo e a escassez de lixeiras na escola, fato este influenciou a decisão da temática abordada. Com a realização da ação, os resultados foram a conscientização dos participantes e a atuação efetiva destes no combate contra a dengue no ambiente escolar. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este trabalho proporcionou aos graduandos uma mudança na perspectiva acerca da atuação da enfermagem, permitindo executar atividades práticas em conjunto com a comunidade, proporcionando a obtenção de habilidades e competências necessárias a profissão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dengue; Lixo; Saúde na Escola; Educação em Enfermagem.

### GARBAGE IN THE SCHOOL ENVIRONMENT AS AN EPIDEMIOLOGICAL FACTOR FOR THE REPRODUCTION OF DENGUE TRANSMITTER VECTOR: AN EXPERIENCE REPORT BASED ON THE ARC OF MAGUEREZ

**INTRODUCTION:** The present experience report was developed based on the Magueretz Arch Problem Methodology, whose purpose is to raise awareness and improve the community based on the initial reality presented in it (BERBEL, 2011). The proposed scenario was a public school located in the outskirts of Belém, which frequently had reservoirs of mosquitoes transmitting dengue due to garbage scattered around school premises. It should be noted that the main breeding grounds of *Aedes aegypti* are in the garbage (TIMERMAN, 2012). Therefore, the dengue theme was chosen to be worked on, since this disease constitutes a serious public health problem in the country (BRAZIL, 2016). **OBJECTIVE:** To report the experience of Nursing students in an action of the health education type. **DESCRIPTION OF THE EXPERIENCE:** This is a study with a qualitative approach, like the report of experience in a large school. It started with a visit to the school to observe possible health problems situations; after that, it was followed up for the survey of key points. In another moment, we sought theoretical foundation in digital platforms for the theorization of this story. At the end, there was planning and implementation of an action in health education in the institution. **RESULTS:** The problems encountered in the first moment were the accumulation of garbage and the shortage of rubbish bins in the school, a fact that influenced the decision of the thematic approach. With the implementation of the action, the results were the awareness of the participants and the effective action of these in the fight against dengue in the school environment. **FINAL CONSIDERATIONS:** This work provided the undergraduate students with a change in their perspectives on nursing performance, allowing them to carry out practical activities together with the community, providing the necessary skills and competencies to the profession.

**KEYWORDS:** Dengue; Garbage; School Health; Education, Nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência sobre a intervenção de acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará (UEPA), com o intuito de disseminar orientações em uma escola pública de grande porte situada na periferia de Belém, cujo cenário apresenta frequentemente possíveis reservatórios de doenças, como a dengue.

Discentes e gestores do curso de Enfermagem da UEPA, tradicionalmente, têm trabalhado com base na Metodologia da Problematização do Arco de Maguerez para a realização das Atividades Integradas em Saúde. Esta metodologia apresenta a proposta objetiva de levar conscientização e melhorias à comunidade a partir da realidade inicial apresentada por esta. Assim, o Arco de Maguerez divide-se em 5 etapas: (1) Observação da Realidade; (2) Levantamento dos Pontos-chave; (3) Teorização; (4) Hipóteses de Solução; e (5) Retorno à realidade (BERBEL, 2011).

A Atividade Integrada em Saúde trata-se de um método de ensino que possibilita aos acadêmicos do curso de enfermagem atuar diretamente e ativamente na comunidade em que estão inseridos, ampliando suas experiências na realidade e estimulando o ensino e aprendizado por meio da pesquisa em campo e ações em saúde. Além disso, beneficia a comunidade envolvida através de orientações acerca dos riscos presentes ao seu entorno, visando prevenir e/ou amenizar situações-problema.

A partir da observação da realidade e levantamentos de pontos-chave, observaram-se diversas problemáticas no cenário escolar, entre elas: a falta de lixeiras nos corredores e grande quantidade de resíduos sólidos com acúmulo de água espalhados pelos arredores da instituição, servindo como possíveis reservatórios de mosquitos transmissores da dengue. A partir da análise desse ambiente, enfatizou-se a importância de trabalhar o lixo no ambiente escolar como fator epidemiológico para a reprodução do vetor transmissor do dengue.

A dengue é uma doença causada por um vírus, transmitida por mosquitos hematófagos da espécie *Aedes aegypti*, caracterizada por apresentar uma fase febril aguda (forma clássica) e uma fase crítica (forma hemorrágica), podendo evoluir a óbitos, constituindo um sério problema de saúde pública (BRASIL, 2002; 2016).

Além disso, de acordo com dados epidemiológicos levantados pela Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2018, p.1), até a oitava semana do ano (31/12/2017 a 24/02/2018), foram registrados 38.043 casos prováveis de dengue no país, com uma incidência de 18,3 casos/100 mil habitantes e outros 16.701 casos suspeitos.

Ademais, destacam-se os fatores que estão relacionados ao aumento do número de casos de dengue na zona urbana, como a ineficiência do saneamento básico e, principalmente, a escassez da coleta de lixo. Assim, em concordância com a descrição de Timerman (2012), cerca de 44,4% da ocorrência de focos de reprodução do vetor da dengue na região Norte do Brasil estão no lixo.



Diante do exposto, a temática em questão apresenta grande relevância nacional, posto os aumentos na incidência da doença, principalmente em épocas chuvosas decorrente do acúmulo de água em lixos descartados inadequadamente, que são reservatórios propícios para o aparecimento de mosquitos transmissores da doença.

Este relato de experiência tem como finalidade descrever as experiências vivenciadas por acadêmicos do curso de enfermagem e expor as observações feitas a partir da análise da realidade apresentada (situações-problema). Partindo dessa perspectiva, a sessão descrição da experiência terá como objetivo descrever a ordem cronológica desde a observação da realidade até o retorno a ela. Os resultados apresentarão o desenrolar da intervenção na instituição. Por fim, as considerações finais contemplarão as possíveis contribuições da intervenção para a comunidade escolar e para os acadêmicos de enfermagem.

## 2 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência em uma escola pública, de grande porte, situada em um bairro na periferia de Belém. A instituição possui uma estrutura em forma de “L” e apresenta 16 salas de aula, distribuídas em dois andares, e uma quadra poliesportiva adjacente ao prédio. O cenário apresenta área total de 6000m<sup>2</sup>, na qual estudam 641 alunos do fundamental II (6º ao 9º ano) e 426 alunos no ensino médio, divididos em três turnos.

Assim, seguindo a proposta da Metodologia da Problematização do Arco de Maguerez, fez-se uma visita à instituição para a observação da realidade (1ª etapa), na qual o objetivo foi encontrar possíveis situações-problema no local, ou seja, identificação dos pontos mais críticos. Dessa maneira, os discentes dividiram-se em grupos para coletar informações textualmente através de anotações em um bloco de notas e fazer registros fotográficos acerca dos problemas visualizados, no que dizia respeito aos riscos iminentes à saúde dos alunos. Para os registros fotográficos, foi utilizada a câmera fotográfica de um aparelho celular Samsung Galaxy J5.

Após a observação da realidade, houve uma reunião no laboratório interdisciplinar da instituição com orientadores das AIS e a diretoria da escola para uma conversa a respeito dos problemas encontrados relacionados ao tema Saúde e Prevenção na Escola. Durante a conversa, estabeleceu-se o levantamento de pontos-chave (2ª etapa), abordando diversas problemáticas, como o acúmulo de lixo nas dependências do prédio e a falta de lixeiras nos corredores e banheiros.

A partir das problemáticas encontradas no local, decidiu-se trabalhar a relação do lixo como foco de criadouros de transmissores da dengue. Assim, com auxílio de orientadores, houve a busca por fundamentação teórica através de plataformas digitais como Google Acadêmico, Scielo e acervo bibliográfico da UEPA.

Nesse viés, a quarta etapa do Arco de Maguerez (Hipóteses de Solução) foi

marcada pelo planejamento de uma ação de intervenção na realidade escolar. Portanto, decidiu-se que a ação teria o caráter de educação em saúde, visto-que as possíveis medidas de solução abrangem a educação em saúde do público-alvo como forma de diminuir os criadouros das larvas do *Aedes aegypti* e o tratamento dos infectados.

Em seguida, o plano de ação foi elaborado, entregue e avaliado pelos professores orientadores das AIS antes do início da última etapa (Retorno à Realidade). O plano de ação continha informações como dados epidemiológicos, definições e fundamentação teórica embasada em outros autores acerca da temática escolhida, bem como os objetivos esperados desta ação. Além disso, apresentava detalhadamente as características físicas e funcionais do local, os participantes, materiais para a realização da ação e as atividades a serem desenvolvidas neste dia.

Como forma de conclusão das etapas do Arco de Maguerez, a ação foi realizada em uma sala de aula da instituição, voltada para alunos de 6º e 7º ano, com faixa etária entre 11 e 13 anos de idade. Após a apresentação da equipe, foi realizada uma roda de conversa com os participantes a respeito da temática dengue, exposto com auxílio de um cartaz (Imagem 1) apresentando informações relevantes a respeito da doença, como a forma de transmissão, sintomas e profilaxia.



Imagem 1: cartaz utilizado para direcionar a roda de conversa.

Fonte: acervo pessoal, 2018.

Em seguida, iniciou-se uma peça teatral composta por quatro integrantes com enredo tratando-se de situações suscetíveis para a reprodução do mosquito *Aedes aegypti*, o qual foi interpretado por um dos integrantes. A encenação conta a história do mosquito transmissor da dengue que, ao procurar um local para se reproduzir, encontra um ambiente favorável em lixos, os quais foram jogados por estudantes em via pública. Após conseguir se reproduzir, ele transmite a doença para uma jovem que em alguns dias apresenta os sintomas característicos da enfermidade e procura profissionais da saúde para fazer o tratamento, recebendo também informações acerca das maneiras de prevenção.

Ao final da apresentação teatral, convidou-se os participantes a fazerem um “juramento” contra a dengue, os quais prometeram evitar jogar lixo no chão e fiscalizar os possíveis focos de dengue na comunidade onde vivem. O juramento possui as seguintes palavras: “Eu prometo combater a dengue levando informações para a minha família e para os meus amigos, ajudando a salvar vidas. Prometo também fiscalizar todos os focos da dengue, não deixar água parada perto de mim e evitar jogar lixo onde estudo e moro”. Para concluir a ação, foram distribuídos repelentes caseiros como forma de incentivo e aprendizagem.

### 3 | RESULTADOS

Durante a primeira visita observou-se diversos problemas como fatores de risco à saúde dos alunos da instituição. Dentre eles, havia um bebedouro com apenas um copo disponível para uso de todos os alunos, falta de água nas torneiras para a higienização das mãos, assim como a ausência de lixeiras que propiciam o surgimento de lixo despejados em áreas inadequadas, como nos corredores e na área da cozinha.

Além disso, evidenciou-se a presença de poças de água e lixo nos arredores do prédio, sendo esta a situação que mais chamou atenção, tendo em vista que estes resíduos sólidos apresentavam acúmulo de água, possivelmente proveniente da chuva que, futuramente, podem tornar-se focos para a reprodução de mosquitos transmissores de arboviroses, como a dengue.

Assim, de acordo com pesquisas bibliográficas associadas à realidade observada na instituição, a temática abordada tem grande importância na comunidade escolar, visto que a dengue é uma doença que acomete milhares de pessoas no Brasil, principalmente na região Norte, ocorrida pelo despejo inadequado de resíduos sólidos com acúmulo de água parada, originando possíveis reservatórios de transmissores da doença, ocasião muito presente na instituição.

No retorno à realidade, antes de iniciarmos a ação, a equipe de discentes obteve boa recepção dos 20 participantes e percebeu a curiosidade destes sobre a temática que seria apresentada. Ao iniciar a roda de conversa, observou-se a atenção de grande parte dos participantes, todavia, apresentavam-se retraídos em sua maioria e

aos poucos se tornaram mais participativos ao interagir com os acadêmicos.

Em um segundo momento, com a apresentação teatral (imagem 2), conseguiu-se atingir o objetivo de atrair a atenção de todo o público. Assim, os participantes apresentaram-se atentos a todos os momentos da encenação, bem como se divertiram e interagiram com a narrativa. Além disso, convidou-se os alunos a ajudarem na encenação com o recolhimento dos lixos, descartados anteriormente pelos personagens.



Imagem 2: exposição teatral realizada pelos acadêmicos. (a) Mosquito a procura de locais para se reproduzir; (b) estudante recebendo atendimento médico para diagnóstico clínico de dengue.

Fonte: acervo pessoal, 2018.

Ao final da peça teatral, com o momento do juramento (imagem 3), dois participantes se dispuseram a participar, recitando o mesmo, indicando interesse em representar a turma no discurso contra a dengue. Durante a realização dessa etapa, foi possível identificar o entusiasmo e empolgação no que se proferia por grande parte do público presente. Com o encerramento, na distribuição dos brindes (imagem 4), notou-se o desejo e contentamento pelo repelente distribuído, com perguntas de como usá-los e como fazê-los.



Imagem 3: interação dos participantes durante o juramento contra a dengue.

Fonte: acervo pessoal, 2018.



Imagem 4: entrega do repelente caseiro para os participantes.

Fonte: acervo pessoal, 2018.

Diante dessas informações, por meio da ação, conseguimos conscientizar os participantes a adotar medidas de solução e prevenção no combate contra a doença, contribuindo também para o zelo com o ambiente escolar.

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destarte, o objetivo deste relato foi descrever as experiências vivenciadas por acadêmicos do curso de enfermagem e apresentar observações feitas sobre situações-problema encontradas, a partir da realidade, no cenário apresentado. Assim, conseguiu-se realizar todas as atividades planejadas anteriormente, obtendo êxito na descrição detalhada de todas as etapas exercidas durante o período de elaboração, possibilitando a realização de forma eficaz e efetiva.

Através da ação realizada na instituição, proporcionou-se a aquisição de conhecimento para os participantes, gerando impactos positivos na realidade destes, e tornando-os combatentes ativos contra o descarte inadequado de lixo e criadouros de mosquitos transmissores de dengue que, a longo prazo, facilitará a disseminação das informações no âmbito familiar e comunidade onde estes se inserem, transformando-os em futuros adultos conscientes de seus atos.

Diante disso, este trabalho contribui ativamente para a Enfermagem, pois é fundamental a interferência frequente do profissional na comunidade, com o intuito de prevenir problemas relacionados à saúde, constituindo um dos principais percursos da qualidade de vida da população. Assim, traz à comunidade um olhar diferente da enfermagem, bem como da atuação do enfermeiro, pois estes não se restringem apenas ao âmbito hospitalar.

Outrossim, as Atividades Integradas em Saúde e da Metodologia da

Problematização do Arco de Maguerez, possibilita aos graduandos uma perspectiva diferente sobre a atuação do enfermeiro em diversos campos da sociedade, como também corrobora seu papel de educador em um meio comunitário. Ademais, concede o desenvolvimento educacional, aprendizagem facilitada, antecipa o contato com a comunidade ainda na graduação e estimula o cuidado e promoção de mudanças na realidade visando uma melhor qualidade de vida.

Nesse sentido, é fundamental que esta ação seja continuamente reforçada pela instituição de ensino, bem como que sejam desenvolvidos mais projetos educacionais que envolvam a participação da comunidade escolar (alunos, pais e docentes) na fiscalização dos possíveis focos de reprodução dos mosquitos, assim como ações que incentivem o espírito de preservação do ambiente escolar.

## REFERÊNCIAS

BERBEL, N.A.N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Dengue: aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento**. Brasília. 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue\\_aspecto\\_epidemiologicos\\_diagnostico\\_tratamento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_aspecto_epidemiologicos_diagnostico_tratamento.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/14/dengue-manejo-adulto-crianca-5d.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 8 de 2018, São Paulo, **Boletim Epidemiológico**. v. 49, n.12, mar 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/2018-010.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

TIMERMAN, Arthur. Dados históricos sobre aparecimento da dengue no mundo e no Brasil. In: TIMERMAN, A.; NUNES, E.; LUZ, K. **Dengue no Brasil: doença urbana**. 1. ed. São Paulo: Limay, 2012. Cap. 1.

## ARTERITE DE TAKAYASU (AT) EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

### **Priscila França de Araújo**

Centro Universitário Christus- UNICHRISTUS.  
Fortaleza- Ceará

### **Thiago Cesar Silva de Sousa**

Acadêmico de Enfermagem do Centro  
Universitário Christus- UNICHRISTUS. Fortaleza-  
Ceará

### **Helayne Karen Moura Araújo**

Acadêmica de Enfermagem do Centro  
Universitário Christus- UNICHRISTUS. Fortaleza-  
Ceará

### **Diane Sousa Sales**

Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará –  
FAECE. Fortaleza- Ceará

### **Isadora Marques Barbosa**

Universidade Estadual do Ceará- UECE.  
Fortaleza- Ceará.

### **Aline de Souza Pereira**

Centro Universitário Christus- UNICHRISTUS.  
Fortaleza- Ceará

### **Lucélia Fernandes de Almeida Lima**

Servidora Pública do Instituto Federal do Ceará.  
Maracanaú-Ceará.

**RESUMO:** **Introdução:** A Arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite crônica de origem desconhecida que se caracteriza por hipertensão arterial, sopro vascular, redução de pulsos periféricos, além de manifestações no sistema nervoso central, como cefaleia, tontura, convulsão e acidente vascular encefálico.

**Objetivo:** Analisar as publicações científicas em bases de dados online sobre a arterite de Takayasu em crianças. **Metodologia:** Revisão integrativa, cujo interesse surgiu durante a realização de um estágio em um hospital pediátrico de nível terciário, no mês de Novembro de 2018, onde um dos pacientes encontrava-se com o presente diagnóstico. Pesquisou-se artigos na base de dados SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde, COCHRANE, LILACS, PubMed, utilizando os descritores: arterite de Takayasu e pediatria. Os critérios de inclusão foram: artigos em português, disponíveis na íntegra, gratuitos, publicados nos últimos 10 anos. Emergiram 193 artigos e após seleção, analisou-se oito. **Resultados:** Os fatores predisponentes da arterite de Takayasu ainda necessitam ser claramente elucidados, mas sabe-se que a doença afeta predominantemente mulheres nos países asiáticos. A hipertensão arterial é o principal achado clínico em crianças. As manifestações clínicas são inespecíficas, o que contribui para a dificuldade do diagnóstico. **Conclusão:** A arterite de Takayasu é uma patologia rara, particularmente em crianças, de difícil diagnóstico e os dados da literatura ainda são escassos, sendo necessárias maiores pesquisas sobre o tema. Pode provocar sequelas vasculares com lesões graves. Portanto, um diagnóstico precoce é de extrema importância para a elaboração de medidas

terapêuticas adequadas para o controle do processo inflamatório.

**PALAVRAS-CHAVE:** Arterite de Takayasu, hipertensão, crianças.

**ABSTRACT: Introduction:** Takayasu's arteritis is a chronic vasculitis of unknown origin characterized by arterial hypertension, vascular murmur, reduction of peripheral pulses, and manifestations of the central nervous system, such as headache, dizziness, seizure and stroke. **Objective:** To analyze the scientific publications in online databases on Takayasu's arteritis in children. **Methodology:** Integrative review, whose interest arose during an internship at a tertiary-level pediatric hospital in November 2018, where one of the patients was diagnosed. It was searched in the SciELO database, Virtual Health Library, COCHRANE, LILACS, PubMed, using the descriptors: Takayasu's arteritis and pediatrics. The inclusion criteria were: articles in Portuguese, available in full, free, published in the last 10 years. 193 articles emerged and after selection, eight were analyzed. **Results:** The predisposing factors of Takayasu's arteritis still need to be clearly elucidated, but it is known that the disease predominantly affects women in Asian countries. Hypertension is the main clinical finding in children. The clinical manifestations are unspecific, which contributes to the difficulty of the diagnosis. **Conclusion:** Takayasu's arteritis is a rare condition, particularly in children, difficult to diagnose, and literature data are still scarce, requiring further research on the subject. It can cause vascular sequels with severe lesions, therefore, an early diagnosis is of extreme important for the elaboration of suitable therapeutic measures for the control of the inflammatory process.

**KEYWORDS:** Takayasu's arteritis, hypertension, children.

## 1 | INTRODUÇÃO

A arterite de Takayasu (AT) é uma vasculite crônica que, frequentemente, é diagnosticada tardiamente, pois durante o início dos sintomas há pouca especificidade para o acometimento vascular, contribuindo para lesões em grandes artérias, como a aorta e seus principais ramos, como as artérias pulmonares, renais, carótidas e coronárias (BRAGA *et al.*, 2018).

A origem da palavra Takayasu foi devido ao Dr Mikito Takayasu, no qual relatou a doença pela primeira vez durante um Congresso da Sociedade de Oftalmologia no Japão, no ano de 1908. Porém foi Yamamoto quem a mencionou pela primeira vez em seu livro Kitsuo-Idan, em 1830, onde descrevia uma paciente que apresentava o quadro clínico sugestivo dessa patologia (ARANDA-PANIORA; MONTOYA E VILCA, 2016).

É considerada uma patologia rara na infância, pois estudos mostram uma prevalência de apenas 20% dos casos. Há inespecificidade sintomatológica em crianças, porém, observa-se semelhança aos sintomas apresentados por adultos, como: febre, mialgia, artralgia, hipertensão arterial, crises convulsivas, redução de



pulsos periféricos e sopros vasculares (CLEMENTE *et al.*, 2016; LOPES *et al.*, 2016).

A inflamação granulomatosa é característica da fisiopatologia da AT, desencadeando, assim, o espessamento do vaso, podendo gerar oclusão, estenose, dilatação, bem como o surgimento de aneurisma nas artérias envolvidas (MONT'ALVERNE; PAULA e SHINJO, 2013).

Ferreira, Freire e Teodoro (2016) e Aranda-Paniora, Montoya e Vilca (2016) sugerem que possa haver uma ligação da Arterite de Takayasu com a tuberculose, uma vez que ambas as doenças apresentam lesões granulomatosas além da ocorrência das mesmas ocorrer em um território geográfico similar. No entanto, ainda não há estudos e/ou evidências científicas que comprovem essa associação.

A arterite de Takayasu atinge predominantemente adultos jovens, do sexo feminino, com uma maior taxa de incidência em países do leste asiático. É uma patologia pouco diagnosticada em pacientes na pediatria e ainda há uma carência de estudos científicos acerca do assunto, particularmente no público infantil (CLEMENTE *et al.*, 2016).

Sendo assim, surgiu o interesse em aprofundar os conhecimentos acerca dessa patologia, bem como suprir uma inquietação acadêmica sobre os cuidados de enfermagem no acolhimento a crianças com AT. Para a elaboração desta pesquisa, partimos do seguinte questionamento: Como estão as publicações científicas acerca da Arterite de Takayasu em crianças e a sua sintomatologia?

O estudo torna-se relevante, pois, trata-se de uma doença rara e os estudos ainda são escassos. Sendo assim, servirá como referência científica que possibilitará maior compreensão da sintomatologia, contribuindo para a identificação e diagnóstico precoces, promovendo uma assistência de saúde adequada e melhor qualidade de vida para a criança e a família.

Nessa perspectiva, objetivou-se analisar as publicações científicas em bases de dados online sobre Arterite de Takayasu em crianças.

## 2 | MÉTODO

O presente estudo é uma revisão integrativa, que nos permite trazer inúmeros benefícios científicos, facilitando a compreensão dos leitores sobre diversos temas, além de permitir a inclusão simultânea de estudos, tanto experimentais como quase experimentais, permitindo a junção de dados da literatura teórica e empírica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), o desenvolvimento da revisão integrativa transcorre por seis etapas distintas, quais sejam: 1) Identificação do tema, escolha da hipótese, e investigação para a elaboração do estudo; 2) Caracteriza-se em determinar critérios de inclusão e exclusão para desenvolvimento da pesquisa; 3) Conceituação do conhecimento a ser retiradas dos estudos escolhidos e classificação

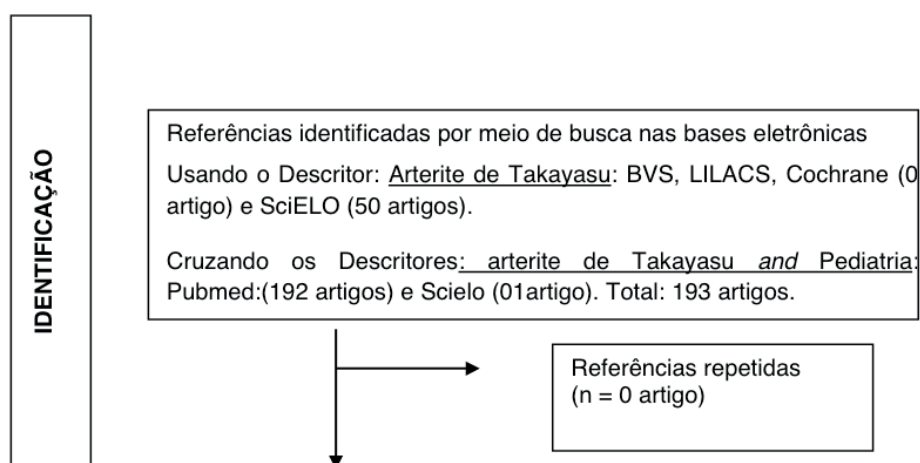
dos mesmos; 4) Avaliação das pesquisas adicionadas na revisão integrativa; 5) Interpretação dos resultados; 6) Deve conter os principais resultados do conteúdo a partir dos artigos incluídos.

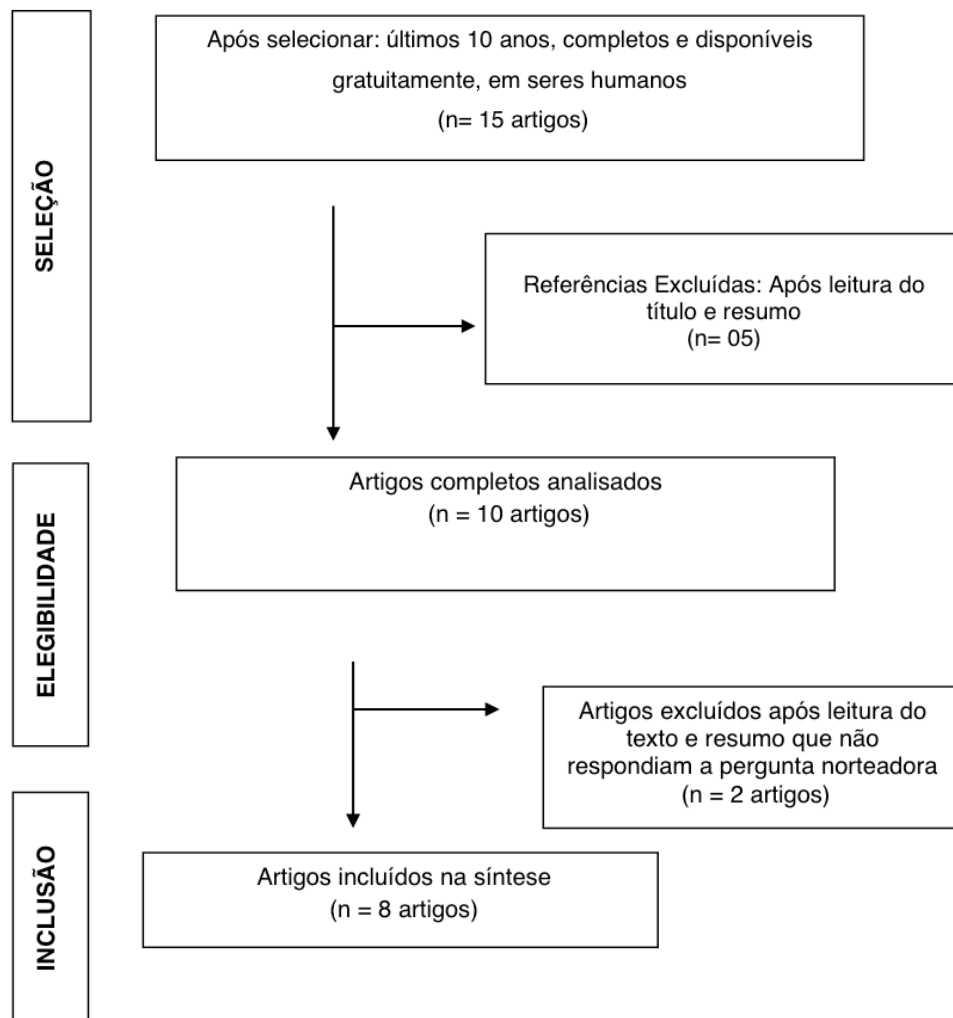
Partindo desse pressuposto, observamos que os enfermeiros são diariamente indagados a buscar conhecimento científico, com o intuito de administrar e promover o cuidado aos clientes. Sendo assim, para conduzir a pesquisa, seguiu-se a seguinte pergunta norteadora: Quais as principais sintomatologias apresentadas por uma criança com Arterite de Takayasu ?

A seleção dos estudos ocorreu no período de julho de 2019. Para o embasamento da revisão integrativa deu-se através da busca online na literatura a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS Brasil) e na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), COCHRANE, PubMed, empregando, primeiramente o descritor “arterite de Takayasu” e, em seguida, os descritores: arterite de Takayasu *and* pediatria, disponível nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).


Os critérios de inclusão previamente determinados foram: artigos publicados nas bibliotecas eletrônicas nos últimos 10 anos, disponíveis na íntegra e gratuitos, publicados em português, inglês ou espanhol, realizados em seres humanos, que abordassem sobre a arterite de Takayasu em crianças. Desta forma, para critérios de exclusão tivemos: artigos repetidos nas referidas bases eletrônicas, artigos com método de revisão integrativa ou bibliográfica e os que não respondiam a pergunta problema.

Através da investigação ativa nas bases eletrônicas online, consistiu-se na seleção e avaliação de oito artigos, sendo elaborado um fluxograma, exposto na figura 01, representando como transcorreu todo o processo desde a identificação até a inclusão dos estudos facilitando a compreensão dos leitores. Os artigos seguiram a classificação de acordo com o nível de evidência de Melnyk e Fineout-Overholt (2005, apud POMPEO, ROSSI E GALVÃO 2009), apresentado no quadro 1.





**Figura 01:** Fluxograma do processo de pesquisa para elaboração de pesquisa. Fortaleza-CE, 2019.

Nível de evidência	Força de evidência
<b>Nível 1:</b> as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;	Mais fortes  Menos forte
<b>Nível 2:</b> evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;	
<b>Nível 3:</b> evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização;	
<b>Nível 4:</b> evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados;	
<b>Nível 5:</b> evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;	
<b>Nível 6:</b> evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo;	
<b>Nível 7:</b> evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.	

**Quadro 1–** Classificação dos níveis de evidência de acordo com Melnyk e Fineout-Overholt (2005, apud POMPEO, ROSSI E GALVÃO 2009), para avaliação dos estudos. Fortaleza-CE, 2019.

Fonte: Níveis de evidência de acordo com Melnyk e Fineout-Overholt (2005, apud POMPEO, ROSSI e GALVÃO 2009).

Após avaliação e leitura minuciosa dos artigos, apresentaremos as discussões, evidenciando as principais sintomatologias e características da AT em crianças.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

A caracterização do estudo demonstrou que quatro estudos foram realizados no Brasil, três na China e um na Europa. No que se refere ao idioma de publicação, apenas um foi publicado em português, os demais na língua inglesa. Quanto ao ano de publicação variou entre os anos de 2011 a 2018, prevalecendo entre os anos de 2015 e 2017.

Em relação à classificação de grau de recomendação e ao nível de evidência científica dos estudos selecionados de acordo com Melnyk e Fineout-Overholt (2011), pode-se afirmar que: um artigo apresenta nível de evidência (NE) 3 (artigo 8); quatro (artigos 1 e 6) e 6 (artigos 2,3,4,5,7).

Artigo	Estudo	Título	Delineamento da pesquisa		Nº de sujeitos	Ano de publicação	Fator de impacto
01	CLEMENTE G. et al.	Brazilian multicenter study of 71 patients with juvenile-onset Takayasu's arteritis: clinical and angiographic features	Estudo multicêntrico brasileiro		71	2016	4
02	SHIANG-YAO, W. U.	Takayasu's Arteritis Presenting as Monocular Visual Loss	Relato caso	de	1	2015	6
03	NASCIF, A.K.S et al	Arterite de Takayasu na infância e na adolescência: relato de três casos	Relato caso	de	3	2011	6
04	LEE, M.L et al	Revascularization of Concurrent Renal and Cerebral Artery Stenosis in a 14-Year-Old Girl with Takayasu Arteritis and Moyamoya Syndrome	Relato caso	de	1	2018	6

05	GORMEZANO, N.W et al.	Association between rheumatic fever and Takayasu's arteritis - Case report	Relato de caso	1	2016	6
06	AESCHLIMANN, F.A. et al.	Childhood Takayasu arteritis: disease course and response to therapy	Coorte unicêntrico de crianças na infância entre 1986 e 2015	27	2017	4
07	FENG, I et al.	Clinical study of children with Takayasu arteritis: a retrospective study from a single center in China.	Estudo retrospectivo	11	2017	6
08	ELEFThERIOU, D et al.	Takayasu arteritis in childhood: retrospective experience from a tertiary referral centre in the United Kingdom	Estudo retrospectivo, com estatística descritiva	11	2015	3

**Tabela 1.** Caracterização amostral conforme estudo, título, delineamento da pesquisa, número de sujeitos, ano de publicação, fator de impacto, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2019.

Fonte: Dados da pesquisa.

Dos oito artigos estudados, observou-se que a metade se refere a estudos de casos. Tais observações podem ser justificadas devido à baixa incidência de Arterite de Takayasu em crianças. O perfil da população acometida pela AT é delineado como predominante em mulheres, asiáticas, com diagnóstico médico na idade de aproximadamente 11 anos e com elevadas taxas de morbidade e mortalidade em crianças e adolescentes (ELEFThERIOU *et al.*, 2015). O diagnóstico em meninas, geralmente, ocorre mais tarde do que em meninos e não há, necessariamente, o registro de fatores familiares e hereditariedade de vasculites correlacionadas (FENG *et al.*, 2017).

Corroborando com os demais estudos, uma coorte realizada por [Aeschlimann et al.](#) (2017) identificou como sintomas: mal-estar (48%), dores de cabeça (33%) e perda de peso (30%), discrepância da pressão arterial (67%), pulso diminuído ou ausente (59%), hipertensão arterial (56%) e sopros em vasos grandes (56%) como os achados mais frequentes no exame físico.

O início da sintomatologia clínica em crianças, frequentemente, é inespecífico,

possibilitando uma evolução insidiosa e diagnóstico médico tardio (NASCIF, 2011). A cefaleia é um dos primeiros sintomas, sendo a hipertensão arterial o mais frequente, seguido por problemas neurológicos (cefaleia, confusão); renais (proteinúria); artralgia, mialgia, perda de peso (NASCIF *et al.*, 2011; CLEMENTE *et al.*, 2016; FENG *et al.*, 2017).

As manifestações clínicas da AT incluem tontura, hipertensão, claudicação, fadiga, cefaleia, epilepsia e diplopia. O caso clínico relatado por Shiang *et al.* (2015), discute a perda visual de uma jovem de 13 anos, aparentemente saudável, porém, queixando-se de claudicação e tonturas. Embora as alterações visuais sejam esperadas, principalmente, por questões hemorrágicas, e que haja a possibilidade de procedimento cirúrgico, não há garantia de resolução do problema, podendo apresentar danos irreversíveis.

Clemente *et al.* (2016) destaca o sinal cardiovascular mais frequente da redução/ausência de pulsos periféricos durante a avaliação clínica. Esses dados clínicos ratificam a importância da suspeita clínica dessa vasculite em crianças e adolescentes quando esses apresentam sintomas constitucionais prolongados de causa desconhecida. Percebe-se que ações simples, como uma anamnese eficiente e um exame físico completo, podem sugerir a doença. Ressalta-se que mesmo sendo rara é necessário que os profissionais de saúde a conheçam e consigam suspeitar diante de um quadro clínico.

Estudo multicêntrico realizado no Brasil demonstrou que o início da doença se dá na infância, porém, muitos diagnósticos ocorrem, apenas, na adolescência. O tempo de diagnóstico e evolução da doença foi de 1,2 anos e 5,4 anos, respectivamente. O tempo de óbito, do início do acompanhamento, variou de um mês a 44 meses, tendo como principais causas de morte falência cardíaca, insuficiência renal e complicação cirúrgica (CLEMENTE *et al.*, 2016).

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A arterite de Takayasu é uma patologia rara, particularmente em crianças, de difícil diagnóstico e os dados da literatura ainda são escassos, sendo necessárias maiores pesquisas sobre o tema. Pode provocar sequelas vasculares com lesões graves, portanto, um diagnóstico precoce é de extrema importância para a elaboração de medidas terapêuticas adequadas para o controle do processo inflamatório.

Faz-se necessário ampliar os estudos acerca dessa patologia, dando um enfoque na avaliação clínica dos sinais e sintomas sugestivos da doença. Para isso, os profissionais de saúde devem estar aptos a identificá-los precocemente, diminuindo os riscos de complicações e sequelas da doença, bem como prestar apoio a familiares e pacientes portadores da AT, proporcionando condições que auxiliem no prognóstico da doença.

## REFERÊNCIAS

- ARANDA-PANIORA, F.; MONTOYA, S. S.; VILCA, P. P. **Presentación de um caso de arteritis de Takayasu em um adolescente. An Fac Med., Peru, 2016.**
- ARAÚJO, F.D.R, et al, **Doença de Takayasu com Grave Envolvimento Cardíaco e Arterial em Pré-Escolar.** Arq Bras Cardiol. v.95, n.4, p.101-104, 2010.
- BRAGA, N. T. T. M. et al. **Takayasu arteritis: differential diagnosis in a teenager with severe acute kidney injury - a case report.** J. Bras. Nefrol., São Paulo, 2019.
- CLEMENTE G. et al. **Brazilian multicenter study of 71 patients with juvenile-onset Takayasu's arteritis: clinical and angiographic features.** Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition). v. 56, n. 2, Março–Abril, p. 145-151, 2016.
- ELEFThERIOU, D et al. **Takayasu arteritis in childhood: retrospective experience from a tertiary referral centre in the United Kingdom.** Arthritis Research & Therapy, 2015.
- FENG, I et al. **Clinical study of children with Takayasu arteritis: a retrospective study from a single center in China.** Pediatric Rheumatology, 2017.
- FERREIRA, T. F. A.; FREIRE, M.; TEODORO, R. B. **Dificuldades no diagnóstico diferencial entre arterite de Takayasu e febre reumática: relato de caso.** Rev. Bras. Reumatol. São Paulo, v. 56, n. 1, p. 90-92, Feb. 2016.
- GORMEZANO, N.W et al. **Association between rheumatic fever and Takayasu's arteritis - Case report.** Revista Brasileira de Reumatologia (Edição em Inglês), v.56, Edição 2 , p. 178-180, de março a abril de 2016.
- LOPES, A.S, et al. **Coreia: uma manifestação rara da arterite de Takayasu.** Rev Bras Reumatol. v.55, n. 4, p:384–386. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2013.09.003>
- MONT'ALVERNE, A. R. de S; PAULA, L. E. de; SHINJO, S. K. **Características da arterite de Takayasu no início da doença e de acordo com o gênero.** Arq. Bras. Cardiol, São Paulo, v. 101, n. 4, p. 359-363, Out. 2013.
- NASCIF, A.K.S. et al. **Arterite de Takayasu na infância e na adolescência: relato de três casos.** Rev. Bras. Reumatol. São Paulo , v. 51, n. 5, p. 527-530, out. 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0482-50042011000500012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042011000500012&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08 jul. 2019.
- PRADEEP, V; JAYA, R. D. **Patologia da arterite de Takayasu: uma breve revisão.** Ann Pediatr Cardiol. v.6, n.1. p. 52-58. jan-jun; 2013. doi: [ 10.4103/0974-2069.107235]
- SHIANG-YAO, W. U. **Takayasu's Arteritis Presenting as Monocular Visual Loss.** Pediatrics and Neonatology. v.56, p. 435–438, 2015.

## LUDOTERAPIA: BENEFÍCIOS DE UMA TECNOLOGIA EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

### **Luana Jandira Weber Silva**

Universidade Federal do Amapá (Unifap).  
Graduanda em Enfermagem. Macapá -AP- Brasil.

### **Adrielly Lima de Sousa**

Universidade Federal do Amapá (Unifap).  
Graduanda em Enfermagem. Macapá - AP- Brasil.

### **Rubens Alex de Oliveira Menezes**

Universidade Federal do Amapá (Unifap),  
Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde  
(DCBS), Laboratório de Estudos Morfofisiológicos  
e Parasitários (Lemp). Docente de Enfermagem  
e Doutor em Agentes Infecciosos e Parasitários.  
Macapá -AP - Brasil.

### **Luzilena de Sousa Prudência**

Universidade Federal do Amapá (Unifap),  
Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde  
(DCBS). Laboratório de Materno Infantil e Família  
(Lamaif). Docente de Enfermagem e Doutora  
em Saúde Coletiva - Área Ciências Humanas.  
Macapá -AP - Brasil.

### **Nely Dayse Santos da Mata**

Universidade Federal do Amapá (Unifap).  
Departamento de Ciências Biológicas e da Saúde  
(DCBS), Laboratório Materno Infantil e Família  
(Lamaif). Docente de Enfermagem e Doutora em  
Ciências – Área: Cuidado em Saúde. Macapá, AP  
- Brasil.

**RESUMO:** O processo de hospitalização é uma fonte de estresse para criança e família em detrimento da patologia e alteração das atividades cotidianas vividas. O presente

estudo tem por objetivo descrever os benefícios da ludoterapia na recuperação de crianças hospitalizadas. Trata-se de uma revisão integrativa de modo descritivo, com abordagem qualitativa, e a pergunta norteadora deste estudo foi: “Quais são os benefícios da ludoterapia em crianças hospitalizadas?” Para a busca na literatura, utilizaram-se as bases de dados BVS, LILACS, BDENF e MEDLINE. Adotaram-se como critérios de inclusão: artigos completos disponíveis em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, que contemplassem o tema em questão, publicados entre os anos 2010 e 2017 e que possuíssem mais de um descritor no título. Como critérios de exclusão estabeleceram-se: artigos que não abordam o tema proposto, que não obedecem aos critérios de inclusão e que fossem revisões da literatura. Inicialmente foram encontrados 206 artigos, posteriormente foram utilizados os filtros e demais critérios de inclusão, obtendo-se como resultado final nove artigos. A análise dos artigos gerou três categorias: a) Estratégias lúdicas de enfrentamento utilizadas nos estudos; b) Benefícios da ludoterapia em crianças hospitalizadas; c) Percepção do familiar cuidador e da equipe de enfermagem quanto à hospitalização e à ludoterapia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Ludoterapia, Criança hospitalizada. Infância. Psicoterapia.

**ABSTRACT:** The hospitalization process is a



source of stress for children and families to the detriment of pathology and alteration of daily activities. The present study aims to describe the benefits of play therapy in the recovery of hospitalized children. This is a descriptive integrative review, with a qualitative approach, and the guiding question of this study was: “What are the benefits of play therapy in hospitalized children?” For the literature search, we used the VHL databases, LILACS, BDNF and MEDLINE. Inclusion criteria were: complete articles available in Portuguese, English or Spanish, covering the theme, published between 2010 and 2017 and with more than one descriptor in the title. As exclusion criteria were established: articles that do not address the proposed theme, that do not meet the inclusion criteria and were literature reviews. Initially, 206 articles were found, later filters and other inclusion criteria were used, resulting in the final result of nine articles. The analysis of the articles generated three categories: a) Playful coping strategies used in the studies; b) Benefits of play therapy in hospitalized children; c) Perception of family caregivers and nursing staff regarding hospitalization and play therapy.

**KEYWORDS:** Ludotherapy, Hospitalized child. Childhood. Psychotherapy.

## INTRODUÇÃO

O processo de hospitalização é fonte geradora de estresse tanto para criança internada quanto para a família, uma vez que envolve diversos fatores estressores, entre eles a alteração na saúde e a mudança na rotina habitual da criança (ROCHA *et al.*,2016). Dessa forma, o cliente pode apresentar sentimentos negativos que repercutem diretamente em seu quadro clínico, pois a criança pode apresentar perda de interesse pelo ambiente, depressão, desespero e resistência ao cuidado. É importante ressaltar que as reações manifestadas pelas crianças quanto às hospitalizações variam conforme a idade em que elas se encontram.

Paixão, Damasceno e Silva (2016) destacam que as brincadeiras fazem parte da infância e do desenvolvimento da criança e, independentemente das limitações existentes, elas devem usufruir desses momentos de descontração. Diante disso, os autores apontam que a ludoterapia, sendo uma prática psicoterapêutica que visa diminuir o sofrimento de crianças hospitalizadas, apresenta resultados positivos para as mesmas, uma vez que, no ato de brincar, elas expressam suas emoções e experiências. Além disso, a ludoterapia proporciona à criança melhor aceitação do ambiente hospitalar.

No estudo de Nicola *et al* (2014) apontam que o cuidado lúdico se manifesta através de brincadeiras, descontração, diálogo, música, desenhos, pinturas, dinâmicas, entre outras técnicas capazes de diminuir fatores estressores. Dessa forma, as técnicas de ludoterapia são coadjuvantes no processo de restabelecimento tanto físico quanto emocional, o que ajuda a diminuir os traumas decorrentes da hospitalização.

Diante dos fatores supracitados, o cuidado humanizado mostra-se de suma importância, uma vez que interfere diretamente na formação de vínculos com o

paciente, além de auxiliar no processo de enfrentamento de forma que a hospitalização seja menos traumatizante.

A equipe de enfermagem configura-se como a protagonista do cuidado, sendo responsável por desenvolver intervenções que visem ao restabelecimento da saúde do paciente, logo é imprescindível que a enfermagem conheça os efeitos da ludoterapia sobre a hospitalização e saiba como aplicá-la. Nesse contexto, o objetivo deste estudo é descrever os benefícios da ludoterapia em crianças hospitalizadas.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, produzido com o objetivo de agrupar e sintetizar os resultados de outras pesquisas sobre os benefícios da ludoterapia em crianças hospitalizadas. Dessa forma, a questão que norteou este estudo foi: quais os benefícios da ludoterapia em crianças hospitalizadas? Para a busca na literatura, utilizaram-se as bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS): Sistema Latino-Americano e do Caribe de informação em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e Sistema On-line de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE). Nessa sequência, foram usados os descritores cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Ludoterapia” e “Criança hospitalizada”. As combinações foram realizadas com o operador booleano “AND”.

Adotaram-se como critérios de inclusão: artigos completos disponíveis em língua portuguesa e inglesa que contemplassem o tema em questão, publicados entre os anos 2010 e 2017. Como critérios de exclusão utilizaram-se: artigos que não abordam o tema proposto, que não obedecem aos critérios de inclusão, artigos repetidos, que fossem derivados de teses ou revisões integrativas. As etapas da pesquisa estão ilustradas na Figura 1.

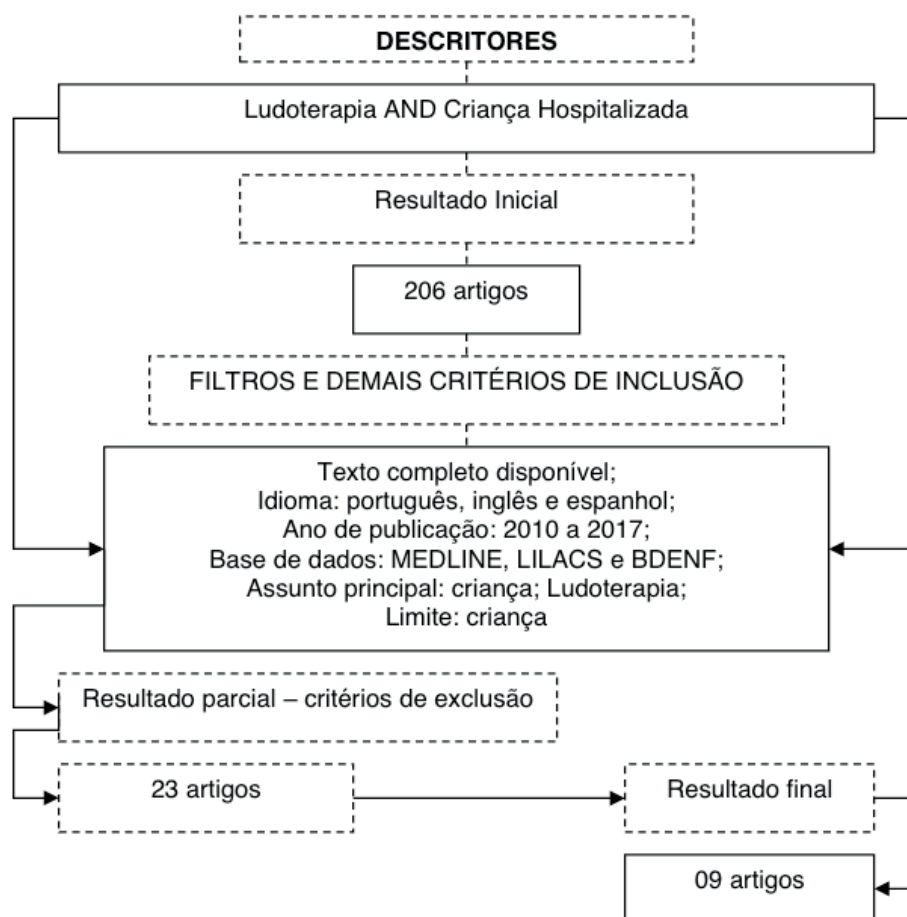


Figura 1 - Fluxograma das etapas da metodologia.

Fonte: os autores

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o levantamento inicial, os artigos foram lidos na íntegra e analisados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos. Na Tabela 1, está apresentada a caracterização dos estudos quanto a título, periódico, autores e ano de publicação.

ARTIGO	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	PERIÓDICO/ANO
A	Importância das atividades lúdicas na terapia oncológica infantil.	Paixão, Damasceno e Silva	Revcuidarte, 2016
B	Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas	Rocha <i>et al.</i>	Rev. Gaúcha Enferm. vol.37 no.2 Porto Alegre 2016
C	Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa estratégia para reduzir alterações comportamentais.	Lemos <i>et al.</i>	RevCuidarte, 2015
D	Jogos como intervenções para reduzir a ansiedade e as emoções negativas em pacientes hospitalizados crianças	Li <i>et al.</i>	Rev BMC pediatria, 2016
E	Repercussões da clownoterapia no processo de hospitalização da criança.	Martins <i>et al.</i>	Rev de pesquisa cuidado é fundamental online, 2016
F	A ludoterapia e a criança hospitalizada na perspectiva dos pais.	Fioreti, Manzzo e Regino	Rev Mineira de Enfermagem, 2016

<b>G</b>	Cuidado Lúdico à criança hospitalizada: perspectiva do familiar cuidador e equipe de enfermagem.	Nicola <i>et al.</i>	Rev de pesquisa cuidado é fundamental online, 2014
<b>H</b>	Um ensaio controlado randomizado da eficácia de uma intervenção de brincadeira terapêutica em resultados de crianças internadas submetidas a cirurgias eletivas: protocolo do estudo	HE <i>et al.</i>	Journalofadvanced, 2013
<b>I</b>	O lúdico como estratégia no cuidado à criança com câncer	Lima e Santos	Rev. Gaúcha enfermagem, 2015

Tabela 1 - Identificação dos artigos selecionados com os descritores “Ludoterapia” e “Criança Hospitalizada”.

Fonte: os autores

ARTIGO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO	LOCAL DE ESTUDO	POPULAÇÃO DE ESTUDO
<b>A</b>	Revisão bibliográfica	Objetivo geral é discutir a importância da ludoterapia no cuidado à criança hospitalizada por câncer.	Bases de dados	artigos indexados sobre a relevância do brincar para crianças em tratamento de câncer.
<b>B</b>	Pesquisa convergente-assistencial de abordagem qualitativa.	Analisar como o Brinquedo Terapêutico estruturado em um Modelo de Cuidado de Enfermagem contribui no cuidado à criança hospitalizada.	Hospital Público da grande Florianópolis	Sete crianças de 4 a 12 anos de idade.
<b>C</b>	Pesquisa analítica exploratória de abordagem quantitativa.	Objetivo comparar as reações comportamentais manifestadas pela criança frente ao preparo para punção venosa antes e após o uso do brinquedo terapêutico instrucional.	Hospital privado conveniado ao Sistema Único de Saúde, no Estado do Ceará.	Crianças hospitalizadas em idade pré-escolar e escolar.
<b>D</b>	Estudo semiexperimental	Objetivo foi testar a eficácia das intervenções do jogo hospitalar em minimizar os níveis de ansiedade e emoções negativas de crianças chinesas hospitalizadas em Hong Kong.	Hospitais públicos de Hong Kong	Crianças Chinesas entre 3 e 12 anos de idade.

E	Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa	Analisar as repercussões da clownterapia no processo de hospitalização da criança, apontando as principais problemáticas relacionadas à hospitalização da criança.	Hospital público de referência em pediatria no Município de Cajazeiras-PB	Integrantes da equipe de enfermagem que atuavam nas práticas assistenciais à crianças hospitalizada
F	Estudo descritivo de abordagem qualitativa	Objetivo: busca analisar o uso do brincar na assistência à criança hospitalizada na perspectiva dos pais.	Unidade Pediátrica de um hospital de Belo Horizonte	13 pais/acompanhantes de crianças hospitalizadas
G	Pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa.	Objetivo: conhecer como o cuidado lúdico vem sendo incorporado na fazer dos profissionais de enfermagem e do familiar cuidador durante a hospitalização da criança.	Unidade Pediátrica de um Hospital de médio porte na região do Rio Grande do Sul.	Ser familiar cuidador de crianças internadas na Unidade Pediátrica; enfermeiro ou técnico de enfermagem
H	Ensaio controlado randomizado.	Verificar a eficácia da ludoterapia na redução de ansiedade perioperatória, manifestações emocionais e dor pós-operatória em crianças internadas submetidas a cirurgias eletivas.	Hospital Público de Cingapura	Crianças internadas submetidas a cirurgias eletivas.
I	Pesquisa exploratória descritiva de abordagem qualitativa.	Compreender a influência do lúdico para o processo de cuidar, na percepção de crianças com câncer.	Um setor de oncopediatria, no município de Natal, Rio Grande do Norte	Crianças com idade entre 6 e 12 anos internadas para tratamento oncológico.

Tabela 2 - Caracterização dos artigos selecionados quanto ao tipo de estudo, objetivo, local e população de estudo.

Fonte: os autores

A análise dos artigos gerou três categorias: a) Estratégias lúdicas de enfrentamento utilizadas nos estudos; b) Benefícios da ludoterapia em crianças hospitalizadas; c) Percepção do familiar cuidador e da equipe de enfermagem quanto à hospitalização e à ludoterapia.

### a) Estratégias lúdicas de enfrentamento

O principal objetivo da utilização da intervenção com ludoterapia é ajudar a criança a recuperar o senso de controle a fim de aliviar a sua ansiedade diante da hospitalização e seus procedimentos envolvidos (HE *et al.* (2013). Isto é, colaborar

para a formação de melhores formas de enfrentamento da criança frente aos fatores estressores advindos do processo de hospitalização.

A partir da leitura do estudo de He *et al.* (2013), identificou-se que a ludoterapia pode desempenhar esse papel através de duas linhas gerais de abordagens: Técnicas lúdicas de enfrentamento focadas no problema e Técnicas lúdicas de enfrentamento focadas no emocional. Essas técnicas consistem em modificar, evitar ou minimizar o estresse, caracterizando-se como uma tentativa de restabelecer o controle da situação e eliminar as emoções indesejáveis decorrentes dos estresses da hospitalização.

Ao analisar os demais artigos selecionados, foi possível identificar as linhas de abordagens lúdicas utilizadas pelos autores em seus estudos, delineando-as da seguinte forma: os artigos B, C, D e H fizeram uso das técnicas lúdicas de enfrentamento focadas no problema, com a finalidade de promover entendimento, adaptação e redução de ansiedade periprocedimentos por meio de demonstrações de procedimentos como: injetar soro no nariz de uma boneca; utilizar a bombinha para asma, máscara de oxigênio e de anestesia, estetoscópio, eletrodos em bonecas; exibir fotos do local de procedimentos (como sala operatória); estimular interação em meio às brincadeiras a fim de sanar dúvidas, além de possibilitar às crianças oportunidade de realizar os procedimentos em bonecas.

Já os artigos A, D, H demonstraram a utilização de técnicas lúdicas de enfrentamento focadas no emocional, visto que seus métodos de ludoterapia utilizados objetivavam reduzir sentimentos negativos e tensões relacionadas ao processo de hospitalização, como distração do ambiente e da dor. Para isso, os autores em seus estudos fizeram uso de brinquedoteca, contendo jogos de tabuleiro, bolas, bonecas, brinquedos artesanais e escuta terapêutica para redução de ansiedade.

O artigo E trabalha indiretamente com as técnicas de enfrentamento focadas no emocional, uma vez que se volta às percepções dos profissionais de enfermagem acerca da clownterapia de maneira a promover o bem-estar das crianças, pais cuidadores e profissionais como um todo, e não exatamente como uma estratégia focada na redução de estresses e ansiedade periprocedimentos, como mostrar os materiais e procedimentos a serem utilizados, fazer orientações sobre os mesmos ou sanar dúvidas das crianças hospitalizadas. Assim como o artigo E, o artigo F também aborda essas técnicas de enfrentamento focadas no emocional de forma indireta, visto que se preocupa com a percepção dos pais cuidadores em relação ao processo de hospitalização das crianças e à utilização e importância da ludoterapia na recuperação delas, destacando técnicas especialmente para distração delas quanto ao ambiente e à dor.

O artigo I apresenta utilização de técnicas de enfrentamento voltadas ao emocional, porém, diferentemente dos demais estudos, esse artigo fez maior uso de aparelhos eletrônicos como computadores, televisores e máquinas fotográficas, além de jogos mais restritos ao leito. Isto é, atividades que pudessem preservar as restrições de movimentos apresentadas pelas crianças, uma vez que o estudo

se passou em setor oncológico, onde comumente os pacientes se encontram com muitas fragilidades.

### **b) Benefícios e eficácia da ludoterapia na recuperação de crianças hospitalizadas**

Lemos *et al* (2015) apontam em seu estudo uma expressiva redução de comportamentos de menor aceitação e adaptação aos procedimentos de punção venosa realizados em crianças hospitalizadas após a utilização de formas de ludoterapia, como o Brinquedo Terapêutico Instrucional. Comportamentos como solicitar a presença da mãe, evitar olhar para o profissional, apertar os lábios, gritar, solicitar a interrupção do procedimento diminuíram significativamente, como de 81% para 19%, 85,7% para 4,8%, 66,7% para 19%, 57,1% para 19%, 42,9% para 14,3%, após a intervenção com ludoterapia, quando comparados à sua não utilização. Segundo os autores, esses resultados indicam uma melhor aceitação dos procedimentos e adaptação a estes, bem como manejo da dor e da ansiedade da criança hospitalizada diante de um procedimento doloroso ou estressante.

No estudo de He *et al* (2013) reforçam os benefícios da ludoterapia em seu estudo, salientam os efeitos negativos dos fatores estressores nas crianças hospitalizadas, em especial a ansiedade, pois, segundo os autores, esta estaria ligada diretamente ao aumento das respostas simpáticas do sistema nervoso central, o que eleva a sensação e percepção de dor. Além disso, a ansiedade também estaria ligada à dificuldade dessas crianças em lidar com as situações estressoras, caracterizando a perda de controle, e afetaria também o seu processo de recuperação.

Corroborando com os autores anteriores, Fioreti, Manzzo e Regino (2016) ressaltam através da perspectiva dos pais cuidadores das crianças hospitalizadas, efeitos positivos das estratégias de ludoterapia na redução das tensões causadas pela hospitalização, de sentimentos negativos e queixas, dos impactos negativos da experiência, promovendo alívio, distração da dor. Isso pode ser evidenciado em trechos de falas de pais: “Teve uma contação de estória, meu filho ficou supercontente, sabe? Esquece que está com soro, esquece que está internado. Então, eu acho muito bacana” (A<sup>3</sup>), (FIORETI; MANZZO; REGINO, 2016, p. 4-5).

Segundo He *et al* (2013) e Fioreti, Manzzo e Regino (2016), os benefícios advindos das estratégias de ludoterapia também atingem os pais cuidadores dessas crianças, já que a técnica contribui para diminuição de ansiedade e tensões, o que, de acordo com os autores, também é benéfico para a criança, pois elas possuem uma relação de certa proporcionalidade entre a ansiedade de seus pais e sua própria ansiedade. Isto é, a ansiedade dos pais interfere direta ou indiretamente na ansiedade de seus filhos hospitalizados. Em vista disso, a utilização da ludoterapia é capaz de minimizar a ansiedade de ambos e aproximá-los, uma vez que foi evidenciado nas falas dos pais: reflexões sobre os problemas gerados pelo cotidiano - como a falta de tempo para brincar com o filho - e vantagens da ludoterapia no hospital, por ser capaz

de tornar o período da hospitalização menos doloroso e propiciar as brincadeiras entre ambos.

De acordo com Nicola *et al* (2014) e Martins *et al* (2016), que corroboram as dificuldades enfrentadas pelas equipes no momento da internação da criança, essa redução de fatores estressores (através da ludoterapia) tanto para as crianças hospitalizadas quanto para seus pais mostra-se benéfica inclusive para os profissionais de saúde da instituição. Isso porque, como os familiares comumente se apresentam revoltados, ansiosos, inseguros, pouco flexíveis, arredios, agressivos e com medo devido ao estresse que este momento proporciona e interpretam mal a atuação da equipe, dificultando a comunicação e formação de vínculo entre equipe e família, essa minimização do estresse facilita a atuação dos profissionais.

Salienta-se, portanto, através dos estudos de Li *et al* (2016), a importância da implementação de medidas terapêuticas da enfermagem voltadas aos clientes, especialmente ao público pediátrico. Segundo os autores, Florence Nightingale já enfatizava a relevância do brincar para a recuperação de crianças hospitalizadas, uma vez que melhora a compreensão da criança quanto ao ambiente em que está inserida e o domínio de si mesma. Além disso, “o brincar deve ser considerado, pelo enfermeiro, a maneira mais adequada de desenvolver a empatia, sendo uma possibilidade de entender o mundo a partir das concepções da criança e, assim, favorecer o estabelecimento de vínculos” (LIMA; SANTOS, 2015, p. 77).

### **c) Percepção do familiar cuidador e da equipe de enfermagem quanto à hospitalização e à ludoterapia**

Os autores Fioreti, Manzzo e Regino (2016) afirmam que as mães se sentem mais calmas ao perceberem os resultados da utilização do brincar com seus filhos, os quais expressam sinais de distração, alegria e adaptação quanto à hospitalização, uma vez que, durante o brincar, as crianças se distraem e se esquecem do ambiente em que se encontram. Além disso, essas atividades são eficazes na distração da dor, na redução de sentimentos negativos e nas queixas, fazendo com que, muitas vezes, a criança não sofra demasiadamente devido a esse sintoma. No entanto, Nicola *et al* (2014) apontam, em seu estudo, que o esgotamento físico e emocional, causado ao longo dos vários dias de hospitalização e noites em claro, dificulta a participação do familiar cuidador na realização do cuidado lúdico.

Diante das afirmações feitas pelos autores nos seus respectivos estudos, observa-se que o processo de hospitalização, quando não acompanhado do cuidado lúdico, gera estresse tanto para crianças quanto para seus familiares, dificultando, também, o trabalho da equipe de saúde. Além disso, o cuidado lúdico é capaz de proporcionar um melhor relacionamento entre a equipe de saúde, a criança e o familiar, uma vez que se mostrou eficaz na diminuição dos fatores estressores envolvidos no processo de hospitalização da criança.

Quanto ao processo de hospitalização na percepção da equipe de enfermagem,



Martins *et al* (2016) destacam um aspecto importante revelado em seu estudo, refere-se à questão do reconhecimento dos profissionais de saúde quanto à problemática enfrentada em relação aos acompanhantes das crianças hospitalizadas, que, devido às variáveis envolvidas nesse processo, demonstram falta de compreensão referente ao tratamento e/ou a algum procedimento adotado, assim como falta de colaboração com a equipe nos cuidados básicos prestados aos seus referidos internos.

Nicola *et al* (2014) também ressaltam que uma das dificuldades referidas pelos profissionais é a de lidar com a família, uma vez que afirmam que alguns familiares cuidadores atrapalham a recuperação da criança devido a ansiedade, falta de colaboração e dedicação. Os autores abordam ainda a questão da percepção da equipe de enfermagem quanto ao cuidado lúdico, por meio dos relatos dos profissionais quanto às dificuldades encontradas para a realização da ludoterapia. Os obstáculos declarados incluíram: o despreparo da equipe, falta de tempo e de funcionários para a realização das atividades lúdicas e, por fim, a dificuldade de lidar com a família do paciente pediátrico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise dos artigos selecionados, no que se refere à categoria “a)”, a ludoterapia manifesta-se como estratégia que apresenta extrema relevância para redução de fatores de estresse como: ansiedade de separação, medo de lesão corporal, perda de controle, mudança de rotina, entre outros fatores comuns em crianças hospitalizadas, além daqueles apresentados pelos pais cuidadores e equipe de saúde que são capazes de impulsionar os benefícios ou os estresses para as crianças. Sendo assim, foi possível perceber, a partir da análise dos diversos autores citados neste estudo, a contribuição expressiva e a eficácia da ludoterapia no processo de recuperação e desospitalização de crianças.

A respeito da categoria “b)”, percebeu-se que a maioria dos estudos aplica como abordagens de enfrentamento para as crianças hospitalizadas técnicas de focadas no emocional, de forma que estimulam a distração e interação das crianças em meio ao ambiente em que se encontram, isto é, essencialmente voltadas a minimizar angústias, sentimentos negativos, medos, percepção da dor a fim de promover sua melhor adaptação.

No que concerne a categoria “c)”, é notório que o posicionamento dos pais é fundamental para o desenvolvimento da ludoterapia. O ideal seria que eles colaborassem nessa prática com a equipe de enfermagem, porém alguns estudos apontaram que os pais, muitas vezes, atrapalham a realização dessa atividade, pois se encontram estressados devido à hospitalização de seu filho. Isso reforça ainda mais a necessidade de os pais participarem de técnicas de ludoterapia, uma vez que a mesma também é capaz de lhes trazer benefícios. Outra questão inerente a essa categoria são as dificuldades encontradas para a realização da ludoterapia, entre

elas estão: despreparo profissional; número reduzido de profissionais da equipe de enfermagem; enfermagem técnica, priorizando a patologia; falta de estrutura nos hospitais com ausência de salas de brinquedoteca, apesar de estar previsto em lei.

Mediante isso, faz-se necessária a sensibilização dos pais e capacitação dos profissionais para o desenvolvimento da ludoterapia, visto que essa prática se configura como um cuidado de enfermagem; exigindo planejamento, execução e avaliação dessa intervenção. Como exposto, a ludoterapia traz benefícios para a criança hospitalizada, família e até mesmo para o governo, pois ela se caracteriza como uma tecnologia leve, de baixo custo e importante na diminuição do tempo de internação, representando redução de gastos públicos.

## REFERÊNCIAS

NICOLA, D. O., G.; FREITAS, H. M. B.; GOMES, G. C.; COSTENARO, R. G. S., NIETSCHKE, E. A., ILHA, S. Cuidado lúdico à criança hospitalizada: perspectiva do familiar cuidador e equipe de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 2, 2014. E-ISSN: 2175-5361.

FIORETI, F. C. C. F.; MANZO, B. F.; REGINO, A. E. F. A ludoterapia e a criança hospitalizada na perspectiva dos pais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, p. 1-6, 2016. DOI: 10.5935/1415-2762.20160044

HE, H. G.; ZHU, L.; LI, H. C. W.; WANG, W.; VEHVILAINEN, J. K.; CHAN, S. W. C. A randomized controlled trial of the effectiveness of a therapeutic play intervention on outcomes of children undergoing inpatient elective surgery: study protocol. **Journal of advanced nursing**, v. 70, n. 2, p. 431-442, 2014. DOI: 10.1111 / jan.12234

LEMONS, I. C. S.; DIMAS, O. J.; BEZERRA, G. E.; LEITE, S. K. V.; SOUSA, S. P. K.; PIMENTEL, F. G. Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: estratégia para reduzir alterações comportamentais. **Revista Cuidarte**, v. 7, n. 1, p. 1163-1170, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.303>

LI, W. H. C.; CHUNG, J. O. K.; HO, K. Y.; KWORK, B. M. C. Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. **BMC pediatrics**, v. 16, n. 1, p. 36, 2016. DOI: 10.1186 / s12887-016-0570-5

MARTINS, A. K. L.; SILVA, R. G.; FERNANDES, C. M. SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. Repercussões da clownterapia no processo de hospitalização da criança. **Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 1, p. 3968, 2016. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3968-3978

PAIXÃO, A. B.; DAMASCENO, T. A. S.; SILVA, J. C. Importância das atividades lúdicas na terapia oncológica infantil. **CuidArte, Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 209-216, 2016.

ROCHA, P. K.; CALEFFI, C. C. F.; ANDERS, J. C.; SOUZA, A. I. J.; BURCIAGA, V. B.; SERAPIÃO, L. S. Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 2, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58131>

ULLÁN, A. M.; BELVER, M. H.; FERNANDÉZ, E.; LORENTE, F.; BADÍA, M.; FERNANDÉZ, B. The effect of a program to promote play to reduce children's post-surgical pain: with plush toys, it hurts less. **Pain Management Nursing**, v. 15, n. 1, p. 273-282, 2014. DOI: 10.1016 / j.pmn.2012.10.004.

## LESÕES CAUSADAS POR QUEIMADURAS: REVISÃO INTEGRATIVA

### **Regina Ribeiro de Castro**

Centro Universitário de Anápolis -  
UniEVANGÉLICA, Goiás (Brasil).

### **Alexsandra dos Santos Ferreira**

Centro Universitário de Anápolis -  
UniEVANGÉLICA. Goiás (Brasil).

### **Sarah Sandres de Almeida Santos**

Centro Universitário de Anápolis -  
UniEVANGÉLICA. Goiás (Brasil).

**RESUMO:** As queimaduras são lesões traumáticas causadas por agentes térmicos, químicos, físicos, biológicos, radioativos ou elétricos. No Brasil, os casos de queimaduras chegam a 1 milhão por ano, a maioria ocorrendo em ambientes domésticos. Os casos graves de queimaduras podem acarretar instabilidade hemodinâmica, além de outras complicações como disfunção respiratória, renal e alterações da coagulação. O estudo tem como objetivo descrever a situação epidemiológica das queimaduras em alguns hospitais do Brasil, por meio de revisão integrativa de referências que apresentaram análises estatísticas sobre queimaduras. Foram selecionados 8 artigos, 1 publicação do Ministério da Saúde e 2 livros referências no assunto, utilizados para apresentação das características epidemiológicas da população vítima de queimaduras. Ocorreu a rápida pré-leitura

do conteúdo, seguida de leitura atenciosa e reflexiva, possibilitando sínteses que destacaram a prevalência nos atendimentos de vítimas do sexo masculino e de queimaduras originadas de chama aberta, líquidos superaquecidos e álcool. Com mulheres, as queimaduras ocorreram especialmente no ambiente doméstico, seguida pela tentativa de autoextermínio e violência, com o uso da chama aberta e álcool. As crianças e os idosos foram considerados vulneráveis e frágeis às lesões por queimaduras, isso se deve a mobilidade desajustada ou prejudicada e a baixa ou nenhuma percepção dos riscos de acidentes, tendo como principal agente o líquido quente. Ressalta-se que as queimaduras devem ser percebidas como lesões com potencial para agravamento, pois além de causar sofrimento ao paciente, podem levar a sequelas graves e mortes evitáveis, necessitando de cuidados e acompanhamento multiprofissional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Queimaduras; Lesão por queimadura; Promoção da saúde.

### **INJURIES CAUSED BY BURNS: INTEGRATIVE REVIEW**

**ABSTRACT:** The burns are traumatic injuries caused by thermal, chemical, physical, biological, radioactive or electrical agents. In Brazil, cases of the burns reach 1 million per

year, most of them occurring in domestic environments. Serious cases of the burns can lead to hemodynamic instability, as well as other complications such as respiratory, renal and coagulation disorders. The objective of this study is describe the epidemiological situation of the burns in some hospitals in Brazil, through an integrative review of references that presented statistical analyzes on burns. Eight articles were selected, one published by the Ministry of Health and two reference books on the subject, used to present the epidemiological characteristics of the burn victim population. Quick pre-reading of the contents occurred, followed by attentive and reflective reading, making possible syntheses that emphasized the prevalence in the care of male victims and of burns originating from open flame, overheated liquids and alcohol. With women, burns occurred especially in the domestic environment, followed by the attempt of self-extermination and violence, with the use of open flame and alcohol. Children and the elderly were considered to be vulnerable and fragile to burn injuries, due to impaired or impaired mobility and low or no perception of the risks of accidents, with the hot agent as their main agent. It should be noted that burns should be perceived as lesions with the potential for aggravation, as they can lead to severe sequelae and avoidable deaths, as well as causing multi-professional care and follow-up.

**KEYWORDS:** Burns; Burn injury; Health promotion.

## 1 | INTRODUÇÃO

Por ano no Brasil ocorrem 1 milhão de casos de queimaduras. Desses, 200 mil são atendidos nos serviços de emergência e 40 mil ficam hospitalizados. Contudo, a maioria dos casos é de baixa gravidade, ocorrendo principalmente em ambientes domésticos (SANTOS et al., 2011). A gravidade da lesão causada por queimadura depende de alguns fatores que incluem: as comorbidades, o agente causador, lesões por inalação e em áreas especiais como face, mãos, períneo, pés. Particularmente, pacientes com queimaduras graves apresentam instabilidade hemodinâmica ou choque hipovolêmico pelo déficit intravascular de volume com desvio de proteínas e sódio para o terceiro espaço. Em consequência, órgãos e sistemas ficam mal perfundidos acarretando uma sequência de complicações, cita-se septicemia, disfunção respiratória e renal, íleo paralítico e alterações da coagulação (BRUNNER; SUDDARTH, 2015).

A exposição inalatória aos componentes da fumaça é uma situação comum nas queimaduras por fogo e constitui um mal prognóstico. Os problemas decorrentes da queimadura são evidenciados por prejuízos ventilatórios causados pela intoxicação e pela obstrução das vias aéreas superiores devido ao edema, acarretando disfunção hemodinâmica com perda e desvio de volume da microcirculação (BRUNNER; SUDDARTH, 2015).

Diante da possibilidade de agravamento devido a queimaduras, percebe-se a necessidade de elevar o conhecimento nesse assunto. Assim, realizou-se um estudo

objetivando descrever a situação epidemiológica das queimaduras em alguns hospitais do Brasil, analisando por meio da revisão integrativa, referências que apresentaram análises estatísticas sobre queimaduras. Foram selecionados 8 artigos, 1 publicação do Ministério da Saúde e 2 livros referências no assunto, publicados a partir de 2010, utilizados para apresentação das características epidemiológicas população vítima de queimaduras. Ocorreu a rápida pré-leitura do conteúdo, seguida de leitura atenciosa e reflexiva. A revisão integrativa da literatura segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) estabelece uma análise ampla da literatura, possibilitando discutir os resultados das pesquisas, bem a construção de novo estudo. É um método de pesquisa que aprofunda na compreensão de determinado fato, baseando-se em outros estudos.

As sínteses dos estudos possibilitaram descrever a seguir, as principais características apresentadas em cada um deles.

## **2 | CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DAS QUEIMADURAS APRESENTADAS NOS ESTUDOS**

No pronto socorro do Hospital de Clínicas do Triângulo Mineiro foram atendidos 346 queimados no período de 1 ano, mas foram incluídos no estudo somente o quantitativo de pacientes internados (39,9%), 138 amostras. Ao analisar características clínicas e epidemiológicas dos pacientes, tratamentos e complicações, observou-se que a maioria (71%) constituiu-se do gênero masculino; a média de idade foi de 26 anos, desses 33, 3% de 0 a 14 anos, 61,6% de 14 a 59 anos e 5, 1%  $\geq$  60 anos. Os dias de internação variaram de 1 a 110 dias, com média de 16,2 dias. Quanto as lesões, 45,7% aconteceram em residência, classificada como acidental, tendo como causa comum (49,3%) a chama aberta, prevalecendo o escaldamento nas faixas etárias de 0 a 14 anos. A SCQ variou de 1% a 95%, obtendo a média de 20,8% evoluindo para SCQ média de 49,8%, ocorrendo mais frequentemente (70,3%) nos membros superiores, em segundo lugar o tronco (59,4%) e em terceiro cabeça, pescoço e membros inferiores (50,7%). A maioria das amostras (88,4%) apresentou queimadura de 2º grau e cerca de 58% com variação de graus nas lesões. A sulfadiazina foi o principal agente tópico de escolha para os curativos e em seguida a papaína. O cateterismo vesical ocorreu em 34% da amostra, o enxerto em 21,7% e o desbridamento em 20,3%. Não houve relato de complicação na maioria da amostra (81,9%), entretanto foi registrada a taxa de 10,1% de infecção, em 50% houve acometimento das vias aéreas, 7,2% desenvolveram insuficiência respiratória, com mortalidade de 2,9% (MONTES et al., 2011).

Ainda no estado de Minas Gerais, no Hospital João XXII, na Unidade de Tratamento de Queimados Professor Ivo Pitanguy, citado como a maior da América Latina para tais casos foi realizado uma pesquisa que analisou dados de 18 meses

entre 2009 e 2010. Nesta, observou-se que o gênero masculino prevaleceu (62,5%); a média de idade apresentada foi de 29 anos, com maior frequência dos 31 aos 60 anos (37, 6%); o álcool foi o agente causador com maior incidência (34,4%), em segundo líquidos superaquecidos (28, 1%) e terceiro chama direta (17,6%); nas crianças até 4 anos o escaldamento esteve como a principal causa de queimadura, já nos pacientes acima dos 5 anos o álcool foi prevalente e o maior responsável pelas queimaduras extensas; as tentativas de auto-extermínio foi de 12% do total dos casos, desses a maioria (67%) do sexo feminino e 51% do total evoluiu a óbito, tendo a SCQ média de 40% e a média de idade 39 anos; as causas acidentais foram prevalentes (79%) e as vítimas de agressão minoria (9%); as regiões mais acometidas foram o tórax anterior (60,2%), seguido dos membros superiores (53,8%) e cabeça (51%); a média de permanência hospitalar foi de 23,5 dias, 33% fizeram uso de antibioticoterapia; tendo sido realizado nesses período 984 desbridamento e 584 enxertos; a taxa de mortalidade foi de 16,3%, tendo como principal agente causador das queimaduras com desfecho fatal o álcool. (LEÃO et al., 2011)

Os dois estudos descritos acima apresentam resultados semelhantes nas internações por queimaduras, com relação a prevalência do sexo masculino, de adultos jovens e do acometimento térmico, seguido do álcool como principais agentes da lesão. Observou-se que os intervalos de médias de internação nesses foram de 16,2 a 23, 5 dias, com 20,8 à 40% de SCQ, as regiões mais frequentemente atingidas foram o tronco e os MMSS, apresentando a mortalidade entre 2,9% e 16,3%. O estudo de Leão et al (2011) chama a atenção prevalência da população feminina nas tentativas de auto extermínio, com elevada taxa de mortalidade (51%). Dutra et al (2011) corrobora com a alta taxa de tentativas de auto extermínio por queimaduras (20,8%) na população feminina.

Em estudo que caracterizou mulheres internadas por queimadura no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Souza Aguiar no Rio de Janeiro nos anos de 2006 a 2008 constatou que a 68, 9% das queimaduras em mulheres ocorre dos 13 aos 43 anos, com predominância nas idades de 13 aos 19 anos (15,2%) e dos 20 aos 25 anos (19,7%). Os principais agentes que provocaram as queimaduras neste estudo foram o álcool (43,9%), os líquidos quentes (19,7%) e a folha de figo (10,6%). A maioria das queimaduras ocorreu por acidentes em ambientes domésticos (56,1%), em sequência 20,8% por tentativa de suicídio, 8,3% por agressão e 6,8% por acidente de trabalho, com predominância no uso de álcool. Salienta-se que as queimaduras domésticas acometem com maior frequência as mulheres e que o tabagismo associado ao álcool constituem fator de risco para incêndios domésticos. (DUTRA et al., 2011)

Por meio de entrevista, observação e análise de casos de mulheres que sofreram queimaduras graves em 2009, tratadas no Hospital Público Especializado em Queimaduras de Fortaleza, Ceará realizou-se um estudo descrevendo os sentimentos decorrentes das lesões e cicatrizes ocasionadas por queimaduras.

As vítimas relataram que foram atingidas em várias partes do corpo, como face, pescoço, seios e membros superiores. A maioria dos acidentes decorreu dos próprios parceiros, ou por outra pessoa. As vítimas tiveram queimaduras de 2º e 3º e até 4º grau, observou-se que auto estima e o apoio social fizeram diferença na qualidade de vida. Por fim, considera-se que a abordagem do cuidado ao queimado é interacional (profissional, paciente, família, sociedade) e multidisciplinar, com atenção para a vulnerabilidade das mulheres e aos aspectos físicos, sociais e psicológicos tardios das lesões (limitações, sofrimento, vergonha, medo, isolamento), com políticas de saúde efetivas, humanizadas e direcionadas para as necessidades loco regionais dessa população. (ARRUDA; BRAIDE; NATIONS, 2014)

As faixas etárias extremas apresentam taxas prevalentes de morbimortalidade, em razão das debilidades progressivas da idade (visão, coordenação e força motora, textura da pele, sensibilidade, cicatrização) os idosos constituem população vulnerável à queimadura, ao sofrimento e agravamento. Outro fator que dificulta o manejo de pacientes idosos são as patologias pregressas (doenças cardíacas, endócrinas, desnutrição e as funções hepáticas e renais reduzidas). A avaliação da dor constitui um desafio, diante do estado mental alterado. (BRASIL, 2012; BRUNNER; SUDDARTH, 2015) Pelas razões descritas, crianças e idosos devem ser acompanhados mais de perto por seus cuidadores e pela equipe de saúde. Promover orientações quanto aos riscos e ao auto cuidado são estratégias de prevenção para queimadura.

Em crianças, 20% dos casos de queimadura apresentam-se como intencionais por imersão forçada em líquido superaquecido. A frequência é maior nas idades de 1 e 3 anos, a gravidade depende da idade da criança, temperatura do líquido e tempo de exposição. Queimaduras simétricas, sem indicação de respingo em forma de luva nas mãos e meias nos pés são sugestivas de violência. (BRASIL, 2012; PHTLS, 2011) No escaldamento, a criança flexiona braços e pernas em sua defesa formando linhas de demarcação entre a área queimada e não queimada. (PHTLS, 2011)

A população infantil é considerada vulnerável e frágil aos traumas, incluindo queimadura. Isso se deve a mobilidade ainda desajustada e a baixa ou nenhuma percepção dos riscos de acidentes, necessitando de orientação e atenção constante dos cuidadores. Em uma pesquisa realizada no Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário de Londrina no Paraná, foram analisados 248 prontuários de crianças internadas entre agosto de 2007 e dezembro de 2011. Os resultados apontaram a maioria do gênero masculino (65,7%), com maior incidência na fase de 1 à 3 anos de idade (45,6%), tendo como causas principais a escaldadura com (51,2%) nas crianças menores de 3 anos e a chama direta (30,8%) nas de 4 à 12 anos. A queimadura térmica foi responsável por 96% dos casos, a grande maioria (86%) atingindo camadas de 2º e 3º graus. As regiões do corpo com maior exposição foram os membros superiores (65,3%), o tronco (58,9%) e a cabeça (46,8%). Relata-se que as vias aéreas foram menos afetadas nessa população (3,2%). Dessas, 38% necessitaram de reabilitação, sendo a taxa de mortalidade 4%. Ressalta-se que a

extensão e a profundidade da queimadura em crianças com idades inferiores a 2 anos é um agravante, isso se deve a fragilidade epidérmica, característica que leva a gravidade das lesões e a possibilidade de comprometimento físico e motor (MORAES et al., 2014).

Com o objetivo de descrever estatisticamente a população infantil e adolescente atendida no Hospital Escola Padre Albino, no município de Catanduva, São Paulo, realizou-se a análise de 382 prontuários de pacientes até 18 anos incompletos. Os resultados apontaram a prevalência do gênero masculino (64,4%), frequência maior de 6 anos abaixo (52, 9%), apresentando o domicílio como local de maior ocorrência (67, 3%), a exposição a líquidos quentes foi o principal agente (47, 1%) e as regiões do corpo mais afetadas foram os membros superiores (75, 9%) e inferiores (61, 3%) e o tórax (38, 7%); com relação as características das lesões, a SCQ em 79, 8% do casos foi de 29%; as lesões de 1º e 2º grau foram prevalentes (64, 4%) sobre as de 3º grau (35,6%); a permanência hospitalar em média foi de 10 dias; a taxa de mortalidade foi de 1,6%, 4 crianças e 2 adolescentes. (BISCEGLI et al., 2014)

Os estudos constataram o escaldamento como principal causa (25% à 51, 2%) de queimadura em criança. (BISCEGLI et al., 2014; LEÃO et al., 2011; PHTLS, 2011; MONTES et al 2011; SANTOS et al., 2011). Entretanto, observa-se que a média de mortalidade da criança queimada é significativamente inferior a do adulto. (BISCEGLI et al., 2014; MORAES et al., 2014)

O idoso apresenta capacidades cognitiva, sensorial e motora reduzida para prevenção, com reação protetora retardada, que associada a ingestão de bebida alcoólica e ao ato de fumar eleva o risco para exposição grave ao fogo, necessitando de orientação e cuidado familiar contínuo. Já, as crianças desconhecem os riscos de acidentes e sua gravidade, devendo ser protegidas, acompanhadas e orientadas conforme sua capacidade de entendimento, evitando-se a proximidade com fogão, produtos quentes (leite, água, ferro de passar, prancha de cabelo) de risco e inflamáveis (BRUNNER; SUDDARTH, 2015). Salienta-se que orientações são estratégias valiosas para a prevenção de queimaduras em populações vulneráveis.

### 3 | CONCLUSÃO

Queimaduras devem ser percebidas como lesões com potencial para agravamento, além de causar dor e sofrimento ao paciente. Entende-se, que cuidados apropriados devem ser realizados por equipe multiprofissional para que sejam reduzidos os riscos de complicações e mortes por esse agravo. Os estudos chamam a atenção para alta prevalência de queimaduras térmicas tendo como veículos principais a chama direta, líquidos superaquecidos e o álcool, apresentando a população adulta jovem do sexo masculino como vítimas prevalentes. Identifica-se por este estudo, a necessidade de se criar orientações para prevenção de queimaduras em grupos de



riscos investigados em pesquisas sobre o assunto.

## REFERÊNCIAS

ARRUDA, Cristiani Nobre de; BRAIDE, Andrea Stopglia Guedes; NATIONS, Marilyn. "Carne crua e torrada": a experiência do sofrimento de ser queimada em mulheres nordestinas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2057-2067, Oct. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001002057&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001002057&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 May 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00175713>

BISCEGLI, Terezinha Soares et al. Perfil de crianças e adolescentes internados em Unidade de Tratamento de Queimados do interior do estado de São Paulo. **Rev. paul. pediatri.**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 177-182, Sept. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822014000300177&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822014000300177&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 May 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-0582201432305>.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_tratamento\\_emergencia\\_queimaduras.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf)> Acesso 07 de ago. 2017.

BRUNNER; SUSSARTH. **Tratado de enfermagem medico cirúrgica**. 13ª ed. Revisão: Sonia Regina de Souza. Tradução: Patricia Lydie Voeux. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. Pág. 971- 997.

DUTRA. A. S. et al. Caracterização de mulheres hospitalizadas por queimadura. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 jan/mar; 19(1):34-9. Disponível: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a06.pdf> Acesso 10 de mai. 2018.

LEAO, Carlos Eduardo Guimarães et al. Epidemiologia das queimaduras no estado de Minas Gerais. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 573-577, Dec. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-51752011000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752011000400006&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 Oct. 2017. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752011000400006>>.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2008, vol.17, n.4, pp.758-764. ISSN 0104-0707. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>>.

MONTES, S. F.; BARBOSA, M. H.; SOUSA NETO, A. L. Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um Hospital de Ensino. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 369-373, Apr. 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200010&lng=en&nrm=iso)>. access on 05 Mar. 2017. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200010>>.

MORAES P. S. et al. Perfil das internações de crianças em um centro de tratamento para queimados. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2014 jul/set;16(3):598-603. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n3/pdf/v16n3a14.pdf> Acesso 10 de mai. 2018. <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.21968>>. - doi: 10.5216/ree.v16i3.21968.>

PHTLS. **Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado**. PHTLS/ NAEMT. Queimadura. Trad. Renata Scavone et al. 7 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p.355- 375.

SANTOS, Evelyn Andrade et al. Ocupações com maior risco para acidente com queimaduras. **Rev Bras Queimaduras**, v. 13, n. 4, p. 260-4, 2014.<<http://www.rbqueimaduras.com.br/details/229>>

## ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS DA ENFERMEIRA

### **Elainy Martins da Silva Gonçalves**

Enfermeira, Graduada pela Universidade do Estado da Bahia-UNEB  
Queimadas - Ba

### **Eliana do Sacramento de Almeida**

Professora UNEB - Campus VII, Mestre em Educação e Diversidade  
Senhor do Bonfim – Ba

### **Aline Cecília Lima Oliveira**

Professora Substituta UEFS, Especialização em álcool e outras drogas  
Jacobina - Ba

### **Manuela Bastos Alves**

Professora UNEB-Campus VII, Mestre em Gênero, cuidado e administração  
Senhor do Bonfim – Ba

**RESUMO:** Objetivo: analisar desafios para assistência da enfermeira ao idoso na Estratégia Saúde da Família, em município do interior Baiano. Método: estudo exploratório, descritivo, qualitativo inspirado na análise dos discursos das 11 participantes obtidos através de entrevista semiestruturada, após parecer de aprovação n. 428285 do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia. Resultados: Emergiram duas categorias: cuidado da enfermeira ao idoso e desafios na prestação do cuidado ao idoso. Ficou evidenciado cuidado de enfermagem voltado

para ações curativistas e como principais dificuldades: falta de capacitação profissional, baixa adesão do idoso aos programas ofertados, dificuldade do deslocamento a unidade de saúde e ausência do familiar no acompanhamento do idoso. Conclusão: Diante dos resultados tornam-se necessárias a adoção de medidas que priorizem atividades preventivas e que capacitem e sensibilizem profissionais e famílias quanto à necessidade da atenção integral, possibilitando ações conjuntas para o cuidado, bem como o incentivo a novas pesquisas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do Idoso; Cuidados de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem Primária.

### ATTENTION TO THE HEALTH OF THE ELDERLY IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: CHALLENGES OF THE NURSE

**ABSTRACT:** Objective: to analyze challenges for nursing care for the elderly in the Family Health Strategy, in the municipality of interior Baiano. Method: exploratory, descriptive, qualitative study inspired by the analysis of the speeches of the 11 participants obtained through semi-structured interview, after opinion n. 428285 of the Ethics and Research Committee of the State University of Bahia. Results: Two categories emerged: nursing care for the elderly and challenges in providing elderly care. Nursing care aimed at curativist actions and as

main difficulties was evidenced: lack of professional qualification, low adherence of the elderly to the offered programs, difficulty of the displacement to the health unit and absence of the relative in the accompaniment of the elderly. Conclusion: In view of the results, it is necessary to adopt measures that prioritize preventive activities and to train and sensitize professionals and families regarding the need for comprehensive care, enabling joint actions for care, as well as encouraging new research.

**KEYWORDS:** Health of the Elderly; Nursing Care; Primary Health Care; Primary Nursing.

## INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa vem ocorrendo de forma rápida e progressiva exigindo dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, que estejam preparados para atender as particularidades desta etapa da vida aprimorando a assistência prestada (BRASIL, 2017).

Dentre as recomendações da Atenção Primária à Saúde (APS), estruturada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), particularmente, para os idosos, tem amplo espectro de atuação, vez que, embora nesse grupo imperem uma série de condições que não se restringem ao adoecimento, muito embora contribuam para tanto, a exemplo das doenças crônico-degenerativas, representam uma importante demanda daqueles indivíduos por atenção, as quais requerem, invariavelmente, um cuidado integral, prevenção dos seus respectivos fatores de risco, e, mais ainda, na melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2011; MEDEIROS, COURA, FERREIRA, 2017).

Como forma de reafirmar a garantia dos princípios da Política Nacional de Atenção Básica e da PNSPI, o Estatuto do Idoso no capítulo IV traz o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) na garantia de atenção à saúde da pessoa idosa, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos, desenvolvendo, portanto políticas públicas coerentes com as propostas da Organização Mundial da Saúde (OMS), proporcionando não somente o aumento da expectativa de vida, mas contribuindo para sua qualidade e promoção da saúde, bem como a construção de um ambiente social e cultural mais favorável à população idosa (VALCARENGHI; LOURENÇO; SIEWERT; ALVAREZ, 2015).

De acordo com Santos, Boery, Pereira, Santa Rosa, Vilela, Anjos e Boery (2016) percebe-se que ainda existe uma grande lacuna entre a lei e sua efetivação, pois apesar desse aparato legal, o idoso continua sendo desrespeitado no meio urbano, na família, no sistema de saúde e no sistema educacional, e muitas vezes são abandonados, negligenciados e excluídos, indo de encontro ao desejável enquanto desenvolvimento de autonomia, preservação de sua capacidade funcional e manutenção de uma vida com qualidade.

Na ESF as ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais devem ir além da

antiga proposta centrada apenas na doença, utilizando-se de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas dirigidas à população, buscando atender às necessidades desse grupo específico. De acordo com estudo de Oliveira, Medeiros, Meirelles e Santos (2016), a ESF se constitui em um ambiente distinto para a atenção primária e integral à saúde do idoso, pois permite proximidade com a comunidade e a atenção domiciliária, em que a equipe deve atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar.

O idoso deve ser acolhido pelos profissionais da equipe de saúde de referência, com o intuito de desenvolver ações de caráter preventivo e curativo, sendo necessário para tanto o estabelecimento de vínculo entre o serviço e o idoso, englobando a família de forma humanizada visando a garantia da assistência integral.

Estudo comparativo demonstrou grande envolvimento das equipes de saúde da família no cuidado aos idosos e maior utilização desses serviços, medidos por meio de número de consultas, acesso a medicamentos, participação em grupos de idosos com doenças crônicas e atendimento domiciliar, quando comparadas com as equipes de unidades básicas de saúde. Destacamos aqui o papel da enfermeira que, dentre outras atribuições na equipe multiprofissional, tem como atribuição realizar a atenção integral ao idoso, assistência domiciliar quando necessário, a consulta de enfermagem, supervisionar e coordenar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da equipe de enfermagem, desenvolver atividades de educação permanente com equipe, familiares e cuidadores (OLIVEIRA; BOZZETTI; HAUSER; DUNCAN; HARZHEIM, 2013).

Estudos como os de Oliveira e Menezes (2014), Santos, Boery, Pereira, Santa Rosa, Vilela, Anjos e Boery (2016) e Dias, Gama e Tavares (2017), expressam que diante o aumento da expectativa de vida e da elevação progressiva e acelerada do quantitativo populacional de idosos, espera-se mudanças de postura profissional em setores mais fortemente impactados, a exemplo da saúde. Surge assim o interesse em conhecer quais e como são desenvolvidas as ações assistenciais de enfermagem aos idosos residentes em um município do interior do Estado da Bahia, traçando-se como objetivo analisar os desafios para assistência da enfermeira ao idoso na ESF.

Apesar desta pesquisa apresentar como limitação a reduzida quantidade de publicações para esta temática de acordo com as especificidades da Região Nordeste e do Estado da Bahia, a mesma se justifica em virtude do seu potencial para, a partir dos resultados aqui apresentados, corroborar e/ou acrescentar novos conhecimentos aos já existentes na literatura, apresentando uma visão regionalizada.

## **MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, descritivo e com abordagem qualitativa, que utilizou como campo de pesquisa todas as unidades de saúde da família, num total de 11 ESF localizadas na zona urbana e rural de um município do

interior do Estado da Bahia, tendo como participantes as 11 enfermeiras que atuam nestas estratégias.

A coleta de dados foi realizada no período Abril a Setembro de 2014 por meio de uma entrevista semiestruturada agendada em contato prévio com as enfermeiras, gravada e transcrita após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Para garantia dos aspectos éticos em consonância com a Resolução CNS 466/2012, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNEB e aprovada pelo parecer n. 428285.

O roteiro de entrevista foi constituído de duas partes: a primeira, com questões objetivas utilizadas com propósito de caracterizar as participantes da pesquisa (idade, tempo de formação, tempo de atuação na ESF); e a segunda, com questões subjetivas acerca das ações assistenciais e educativas desenvolvidas pelas enfermeiras em atenção à saúde do idoso, bem como sobre as dificuldades encontradas para realização dessas ações e o estabelecimento de vínculo com o idoso. Vale ressaltar que tais entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho destas profissionais e apresentaram como questões norteadoras: “Quais as principais dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento das ações em saúde do idoso?”, “Quais as atividades desenvolvidas na atenção à saúde do idoso?”, “Qual a importância das atividades educativas e preventivas no desenvolvimento da atenção à saúde do idoso?”, dentre outras.

A análise dos dados foi desenvolvida através da análise de conteúdo das falas das participantes inspirada na Análise de Conteúdo de Bardin, à luz do referencial teórico vigente, bem como das impressões do entrevistador com vistas ao alcance dos objetivos deste estudo procedendo para tanto com a redução, categorização e interpretação dos dados (BARDIN, 2015).

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Inicialmente foi realizada uma caracterização das enfermeiras com o intuito de conhecer as participantes da pesquisa. Em seguida os resultados são apresentados em duas categorias emergentes da análise do conteúdo: Cuidado da enfermeira ao idoso na atenção básica e desafios na prestação do cuidado de enfermagem ao idoso.

### **Caracterização das Enfermeiras**

O levantamento de dados foi realizado nas ESF, distribuídas em 6 unidades na zona urbana e 5 unidades na zona rural, sendo deste modo entrevistadas 11 profissionais do sexo feminino. Identificamos em relação à faixa etária uma distribuição heterogênea representada por indivíduos com idade entre 27 e 44 anos de idade.

No que se refere ao tempo de formação em Enfermagem, 64% das participantes (7) relataram apresentar mais de 5 anos de graduação, 18% (2) apresentaram de 3 a 5 anos e outros 18% (2) apresentaram de 1 a 2 anos de formação. Quando

questionadas acerca da Pós-Graduação Especialização em Saúde da Família, 73% (8) das participantes afirmaram possuir a referida especialização.

Quando questionadas sobre o tempo de atuação na ESF verificou-se que 82%, ou seja, 9 participantes atuam nesta área a mais de 2 anos, ao passo que apenas duas entrevistadas informaram ter 10 meses e 10 dias de atuação em Saúde da Família, respectivamente. Contrapondo-se a esta informação, foi observada uma inversão em relação ao tempo de permanência na atual unidade de atuação, sendo revelado que 55% das participantes atuam nesta unidade há um tempo inferior a quinze dias, enquanto as outras 5 participantes apresentaram de 1 a 5 anos de atuação na mesma unidade.

### **Cuidado da Enfermeira ao Idoso na Atenção Básica**

A APS, dentre outras propostas para a pessoa idosa, recomenda a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças e recuperação da saúde dos que adoecem procurando manter a capacidade funcional e habilidades que garantam uma vida independente e autônoma (MEDEIROS, COURA, FERREIRA, 2017).

O cuidado de enfermagem prestado à população idosa conforme se pode observar pelos relatos dos participantes deste estudo são em sua maioria voltados para o atendimento ao idoso portador de determinadas morbidades, especialmente hipertensão e diabetes, contrariando deste modo o preconizado pelo Ministério da Saúde.

...a consulta de enfermagem e quando a pessoa idosa precisa ser direcionada para um centro de atenção a gente faz o encaminhamento ou quando o idoso é portador de alguma patologia específica, está com o câncer, diabetes... (E4)

... eu só estou atendendo algum idoso com problema de pressão alta ai eu atendo e faço as orientações... (E5)

O estudo evidencia ainda certo reducionismo do idoso a uma determinada doença, tendo em vistas que o mesmo é direcionado para ações exclusivas do programa de Hipertensão e Diabetes, sendo deste modo avaliado apenas para as questões do referido programa e negligenciado enquanto ser holístico que sofre diversas modificações físicas, biológicas, psicológicas e sociais e que requer, portanto, uma atenção diferenciada para facilitar neste processo de adaptação. Tais questões aparecem nas seguintes falas:

O que eu fazia, fazia palestra de conscientização do hiperdia, mais do hiperdia porque é o que eles mais participam... a gente fala, a gente orienta tem deles que não toma o medicamento direito, a gente torna a orientar... (E1)

Assim, só tenho feito consulta de hiperdia..., mas eu tenho acompanhado alguns pacientes que aparece com pico hipertensivo e o que a gente consegue resolver aqui na unidade a gente resolve se não, a gente encaminha para o hospital...(E9)

Segundo estudo de Pinheiro, Alvarez, Pires (2015), a consulta de enfermagem deve ser voltada à promoção da saúde do idoso na ESF e se constitui num valioso momento de interlocução profissional/usuário, por oferecer possibilidades de monitoramento das condições de saúde, permitindo a detecção precoce de problemas reais e potenciais. Desse modo, a enfermeira deve primar por uma consulta de enfermagem que possa contribuir para uma assistência mais eficaz, conferindo melhor qualidade ao atendimento e valor à sua categoria profissional.

Corroborando com este pensamento, a pesquisa de Oliveira e Menezes (2014) afirma que a consulta de enfermagem deve ser conduzida através da coleta de dados, da realização de exame físico, do acompanhamento, de orientações acerca de hipertensão, diabetes e cuidados gerais e do encaminhamento quando necessário, as enfermeiras enfocam na primeira etapa da consulta de enfermagem, no qual denotam preocupação para que o cuidado seja oferecido de acordo com as necessidades de saúde do idoso.

... a gente faz toda atenção ao idoso através do programa de hiperdia, mas a gente trabalha com atendimento ao idoso que tem a carteira do idoso. Eles têm prioridade na unidade, tem suas consultas marcadas, não pegam filas, então tem toda uma assistência voltada para o idoso... (E8)

... o idoso tem que ter um cuidado especial... (E9)

Observou-se com este estudo que raramente são realizadas consultas com o desenvolvimento de ações de promoção da saúde para indivíduos saudáveis. Apesar das enfermeiras reconhecerem a importância da realização dessas ações, as mesmas não a realizam de forma sistemática.

O modelo de saúde curativista ainda é o que prevalece na assistência ao idoso nas unidades básicas de saúde pesquisadas. Corroborando com o estudo de Pinheiro, Alvarez e Pires (2012), a consulta de enfermagem está centrada na doença e nos programas de controle de hipertensão e diabetes como espaços únicos de materialização desta atenção.

...a gente não ter médico porque o idoso ainda tem a crença muito voltada ao médico... (E6)

Nota-se com o depoimento que o idoso possui uma crença centrada no modelo curativista, ficando evidente que quando não possui médico eles não procuram a unidade de saúde.

Embora neste estudo não apareça evidenciado, a atenção à saúde do idoso, proporcionada pelas enfermeiras, deve visar auxiliar o cliente e seus familiares a identificar e solucionar possíveis desajustes interacionais, além do enfrentamento de problemas e tomada de decisões, e incluir ações de visita domiciliar, vacinas, curativos e procedimentos realizados na unidade (SANTOS, BOERY, PEREIRA, SANTA ROSA, VILELA, ANJOS; BOERY (2016) E RESENDE, RESENDE E SILVA,

## ASSUNÇÃO, QUADROS (2015)).

A consulta de enfermagem acontece toda semana e às vezes ela é itinerante a gente faz aqui dentro da unidade e tem semana que remanejamos para associações e sindicatos para próximo a eles... (E11)

As atividades realizadas no cotidiano nas estratégias de saúde da família deveriam motivar os profissionais para a formação de grupos com idosos, pois vivenciam situações que demonstram a necessidade de desenvolver estratégias que contemplem o bem-estar, interações, elevação da autoestima, além do sentimento de respeito e valorização.

... acompanhava os idosos de hiperdia e diabetes e tinha também um grupo na associação, o grupo se reunia, por exemplo, hoje dia do idoso ou alguma coisa assim a gente se reunia na associação. (E10)

A enfermeira na realização dessas atividades deve agir com equidade nas escolhas de suas intervenções, pois o indivíduo, dependendo do estágio de vida em que se encontra, possui necessidades específicas e o grupo pode ser um elemento facilitador para o processo de cuidar na promoção da saúde (RESENDE, RESENDE E SILVA, ASSUNÇÃO, QUADROS, 2015).

As atribuições exigidas da equipe profissional na atenção primária referem-se às competências e habilidades próprias, necessitando que a equipe dirija um olhar especial à população idosa, com metodologias de trabalho que contemplem a avaliação multidimensional da pessoa idosa buscando uma assistência a saúde, manutenção da funcionalidade, independência e autonomia possibilitando um envelhecimento saudável e ativo (SILVA, SANTOS, 2015).

Quando questionados sobre a importância das atividades assistenciais e educativas para a saúde do idoso, as enfermeiras participantes deste estudo relataram:

Muito importante principalmente nas ações educativas pela questão de você compartilhar informações... (E4)

...eu acho importante porque é um complemento. Não adianta ele vim aqui pegar medicamento se ele não conhece a doença que ele tem, como funciona, não tem as orientações direitinhas para ele se cuidar melhor. (E7)

...traz o idoso para as atividades da unidade, mostra a importância dele para comunidade, para a família deles. Mostra o quanto é importante eles manterem uma vida saudável nessa idade que estão agora... (E11)

Nota-se que a responsabilização dos profissionais por essa população tem se mostrado incipiente. Esta pesquisa aponta que existe ainda uma insuficiência e/ou ausência da realização de atividades voltadas para promoção à saúde do idoso sendo na maioria das vezes rotulados como sinônimo de alguma doença com assistência apenas para controle de hipertensão, diabetes ou outras. A educação em saúde para o idoso é de extrema importância, pois essas ações contribuem para a melhoria da



qualidade de vida dessa população além de proporcionar a sua socialização com outros indivíduos, pois através da convivência trocam experiências e criam laços (GUIMARÃES; SOUZA, AZEVEDO; PAULUCCI, 2012).

A enfermagem atuando na promoção da saúde pode desenvolver ações eficazes não só voltadas para as condições físicas dos idosos como também possibilitar que os mesmos construam uma nova maneira de se cuidarem, no sentido de adotar hábitos saudáveis que repercutirão no seu estilo de vida (RESENDE; RESENDE E SILVA; ASSUNÇÃO; QUADROS, 2015).

Através dos depoimentos das participantes notamos que as atividades de promoção realizadas ainda estão voltadas para a doença, dando, deste modo pouca ou nenhuma ênfase às questões como envelhecimento saudável, autocuidado, qualidade de vida e prevenção de quedas e acidentes.

Ações educativas realizadas são sobre hiperdia para conscientizar eles... (E1)

As atividades são todas desenvolvidas para consequências e sequelas das doenças crônicas como hipertensão e doenças degenerativas... (E6)

Palestras sobre hipertensão, diabetes... (E3)

A gente faz mais voltada ao idoso mais assim geralmente em datas comemorativas... sobre diabetes, problemas de artrite e artrose, cuidados de higiene ... (E7)

Almeida e Ciosak (2013), em sua pesquisa demonstram que a ESF é um solo fértil para o desenvolvimento das ações de promoção à saúde no atendimento das necessidades em saúde da população idosa, possibilitando melhor qualidade de vida e conseqüentemente, após os idosos participarem dos grupos estes passaram a se cuidar mais, a se sentirem mais felizes e mais saudáveis.

A gente tem grupo de idosos, que a gente faz um trabalho com eles na associação. A doutora faz palestra, a gente convida outros profissionais como o fisioterapeuta para conversar com eles, a gente também fala da adesão e da medicação, também fazemos trabalhos manuais com material reciclado como garrafa pet... (E8)

Desta forma vale destacar que o idoso deve ser visto como um ser holístico e possuidor de muitas necessidades indo além das necessidades físicas. Atender o idoso de forma integral e preocupar-se não apenas com o processo saúde-doença que o mesmo enfrenta é prover suas necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais buscando integrá-los com outras pessoas e indivíduos da mesma faixa etária proporcionando atividade e ocupação (SOUZA; ALVARENGA; AMENDOLA; SILVA; YAMASHITA; OLIVEIRA, 2015).

### **Desafios na prestação do cuidado de enfermagem ao idoso**

Na pesquisa foram apontados como desafios para a prestação de cuidado efetivo à saúde do idoso, dentre outros, a falta da capacitação das enfermeiras, a baixa adesão dos idosos aos programas ofertados nas unidades de saúde, dificuldade de acesso dos idosos às unidades de saúde devido à distância geográfica ou até mesmo

pelas suas condições físicas não permitirem que ele se desloque até a ESF, bem como a ausência da família no acompanhamento desse idoso durante as consultas de enfermagem.

A falta de capacitação surge como uma dificuldade para prestação da assistência ao idoso, de acordo como o seguinte depoimento:

...falta de capacitação em saúde para o atendimento ao idoso. (E3)

Apesar de apenas uma participante citar essa dificuldade observamos que é algo que atinge a todos os entrevistados sendo notado que há pouca ênfase dada ao idoso pelos currículos dos cursos de pós-graduação em Saúde Pública ou Saúde da Família e que isso representa um fator dificultador no desenvolvimento das ações por parte da equipe.

A maioria dos profissionais que atuam na ESF não recebe capacitação específica para saúde da pessoa idosa e aqueles que tiveram acesso a alguns cursos abordaram apenas o controle de doenças e agravos prevalentes na população idosa, portanto fica evidente que a capacitação acontece de forma limitada (BARROS; MAIA; PAGLIUCA, 2011).

Acredita-se que o conhecimento promove mudanças no olhar do profissional, possibilitando atendimento à pessoa idosa na ESF com qualidade, valorizando a prevenção como estratégia fundamental para garantir o envelhecimento saudável (OLIVEIRA; MENEZES, 2014; SOUZA; FERREIRA; SANTOS; OLIVEIRA; ANDRADE, 2017).

De acordo com o estudo de Silva, Santos (2015), a falta de capacitação é demonstrada como uma dificuldade encontrada pelas enfermeiras para prestação de cuidados aos idosos, gerando deste modo a necessidade de melhor preparo para lidar com as especificidades do envelhecimento.

O estudo de Oliveira e Menezes (2014) demonstra que o componente curricular relacionado à atenção à saúde do idoso aparece muito restrito na graduação, apresentando poucas oportunidades de assistência prática e capacitações insuficientes, gerando insegurança nos profissionais no cuidado à pessoa idosa.

Outra dificuldade apontada na pesquisa é a baixa adesão dos idosos aos serviços ofertados pelas ESF. Ainda em consonância com o estudo de Oliveira e Menezes (2014) a baixa assiduidade dos idosos é apontada como a principal dificuldade enfrentada para assistência ao idoso tanto nas equipes na zona rural como da zona urbana. Tal constatação pode ser demonstrada nas seguintes falas:

Todas. Porque eles não frequentam...(E1)

...outra dificuldade é a adesão... (E5)

... ele também não tem uma assiduidade muito boa não. (E6)

... a maior dificuldade é essa: deles estarem procurando o serviço para receber as orientações. (E7)

De comparecer às reuniões e adesão ao tratamento que às vezes eles são resistentes... (E8)

Percebe-se que o deslocamento do idoso às unidades é mostrado como um elemento dificultador, no entanto isso poderia ser resolvido através do deslocamento da equipe de ESF para a comunidade por meio de grupos locais e visitas domiciliares.

... dificuldade é a gente trazer eles para unidade. Não tem auxílio locomoção, não tem pessoas que tragam eles. (E1)

... dificuldades geográficas. Às vezes o idoso não tem como vim, até pela condição física dele vim à unidade, de participar mais, ser mais ativo na unidade. (E4)

O deslocamento do idoso até a unidade é péssimo. (E6)

Outro ponto a destacar é o apoio familiar, fundamental nesse processo de envelhecimento para poder incentivá-lo a realizar o seu próprio autocuidado como também realizar os cuidados necessários a esse idoso que possui alguma doença crônica buscando prover as suas principais necessidades físicas e psicológicas.

De acordo com pesquisa de Floriano, Azevedo, Reiners e Sudré (2012) é através do relato familiar que são conhecidos os sintomas das doenças, mas, nem sempre a família tem estrutura para acompanhar um idoso debilitado e nem todos têm uma família grande, muitos vivem sozinhos, não tiveram filhos ou existem desavenças.

A ausência da participação da família neste contexto é um fator limitante para adesão terapêutica. Segundo Lopes e Marcon (2012), o idoso tem dificuldade de lembrar-se das instruções fornecidas pelos enfermeiros evidenciando assim a importância de repassar orientações para família, em busca do sucesso da terapêutica estabelecida, essas preocupações são relatadas pelos seguintes depoimentos:

...vem sozinho sem nenhum familiar. A gente explica a medicação aí vamos dar um exemplo: a gente diz que ele tem que tomar de manhã, de tarde e à noite, aí ele diz que é só para tomar de manhã... (E2)

... a família porque a gente ensina como tem que ser e nem sempre acontece da forma que a gente orienta... (E9)

A pesquisa proporcionou ainda identificar como dificuldade para a assistência à saúde do idoso na atenção básica a rotatividade do profissional enfermeiro, diferentemente das pesquisas anteriores. Em relação ao tempo de permanência das 11 participantes do estudo, 4 tinham apenas 15 dias de trabalho na unidade, duas possuíam 10 dias, uma relatou 1 ano e apenas quatro estavam naquela equipe por mais de 3 anos. Tal resultado se constituiu como uma limitação para o estudo e trouxe certa preocupação, considerando que o pouco tempo de permanência da enfermeira na equipe poderia comprometer sua avaliação quanto ao cuidado prestado ao idoso, contudo, verificou-se que as enfermeiras participantes do estudo possuíam em sua totalidade mais de um ano de formação e já atuavam em outras ESF do município, não trazendo, deste modo, prejuízos à pesquisa.

A rotatividade dos profissionais é um fator que compromete a qualidade da assistência, visto que provoca a interrupção do acompanhamento da família e do idoso provocando um desafio na prestação do serviço, prejudicando a relação de confiança estabelecida pelo profissional com o cliente promovendo a descontinuidade do tratamento (OLIVEIRA; BOZZETTI; HAUSER; DUNCAN; HARZHEIM, 2013).

Aliados a estes fatores surgem ainda à sobrecarga de trabalho, a insuficiência de recursos humanos para atuação em equipe multidisciplinar e de recursos materiais e a falta de apoio da gestão para as ações promovidas nas ESF que comprometem o estabelecimento de vínculo e a prestação de uma assistência ao idoso com qualidade.

... o que dificulta é a sobrecarga de programas e procedimento burocráticos no programa saúde da família. (E3)

... e a falta de interesse da gestão de acolher o paciente, a falta de estrutura física, a falta de uma água ou café para oferecer aos pacientes e também a falta de compromisso dos profissionais que às vezes chega um médico na unidade que não quer compromisso com a parte educativa com a prevenção e a promoção da saúde... (E5)

A dificuldade é que a gente não tem muito apoio da gestão... falta de alguns medicamentos daí a gente não pode contar muito com a gestão. (E8)

## CONCLUSÃO

A assistência de enfermagem prestada ao idoso aqui retratada apresenta grandes desafios para se tornar qualificada, visto que se desenvolve, em sua maioria, de forma individualizada, reducionista e curativista. Ao contrário, tal assistência deve propor a manutenção do estado de saúde, a melhoria da qualidade da vida com o propósito de aumentar a expectativa de vida, como também independência e autonomia funcional do idoso. Os enfermeiros que atuam na ESF devem promover estratégias voltadas para atender esse grupo que a cada ano vem aumentando, promovendo discussões e respostas técnicas, científicas e políticas que garantam seu processo de qualificação profissional, condições adequadas de trabalho que possibilitem sua permanência e criação de vínculo com a equipe e comunidade.

Diante deste contexto, a pesquisa evidenciou a necessidade que os profissionais de enfermagem que atuam na ESF desenvolvam ações de promoção à saúde, pois essas ações permitem ao idoso atingir um envelhecimento com qualidade, e interagir com outras pessoas possibilitando um convívio social com desenvolvimento de laços afetivos.

Apesar da pouca valorização que vem sofrendo, nota-se que o profissional de enfermagem constitui-se uma ferramenta relevante para o desenvolvimento e execução de ações voltadas para promoção do envelhecimento saudável na ESF e, portanto deve utilizar plenamente suas competências e habilidades na busca por uma assistência ao idoso de forma qualificada, humanizada e holística.

Como estratégia para qualificar a assistência ao idoso na ESF, sugere-se o

desenvolvimento de um Programa de Educação Permanente em Saúde do Idoso objetivando capacitar a equipe e sensibilizá-la para discutirem com a gestão estratégias para superação das dificuldades apontadas no estudo. Ratificamos ainda a necessidade de novas pesquisas sobre uma temática que apresenta considerável relevância científica, social, política e econômica para o Brasil, considerando as mudanças ocorridas no perfil demográfico e epidemiológico da população.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, RT; CIOSAK, SI. Comunicação do idoso e equipe de Saúde da Família: há integralidade?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 1-7. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt\\_0104-1169-rlae-21-04-0884.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0884.pdf). Acesso em: 03 jun. 2014.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Edições 70; Lisboa. LDA,2015.

BARROS, TB; MAIA, ER; PAGLIUCA, LMF. Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na estratégia de saúde da família. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 732-41. 2011. Disponível em: [http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4701/1/2011\\_ermaia.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4701/1/2011_ermaia.pdf). Acesso em 03 maio 2014.

BRASIL. Ciência e Tecnologia. **População idosa no Brasil cresce e diminui número de jovens**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia/2011/04/populacao-idosa-no-brasil-cresce-e-diminui-numero-de-jovens-revela-censo>. 2017.

BRASIL. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da saúde; 2011.

DIAS, FA; GAMA, ZAS; TAVARES, DMS. Primary health care to the elderly: a conceptual model of nursing. **CogitareEnferm**, Curitiba, v. 22, n. 3, sp. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.53224>. Disponível em: [https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53224/pdf\\_en](https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/53224/pdf_en). Acesso em: 06 jun. 2018.

FLORIANO, LA; AZEVEDO, RCS; REINERS, AAO; SUDRÉ MRS. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 543-8. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a08.pdf>. Acesso em: 03 maio 2014.

GUIMARÃES, M.L. et al. O Cuidado em Saúde Coletiva - um desafio e um novo cenário de prática. In: SOUZA, MCMR; HORTA, NC (Orgs). **Enfermagem em Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

LOPES MCL, MARCON SS. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 34, n.1, p. 85-93. 2012 DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v34i1.7624>. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/7624/pdf>. Acesso em: 03 maio 2014.

MEDEIROS, KKAS; COURA, AS; FERREIRA, RT. O aumento do contingente populacional de idosos no Brasil e a atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v.21, n.3, p.201-207, set./dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v21i3.2017.6034>. Disponível em: <http://www.revistas.unipar.br/index.php/saude/article/viewFile/6034/3500>. Acesso em: 20 abr. 2018.

OLIVEIRA, LPBA; MEDEIROS, LMF; MEIRELLES, BHS; SANTOS, SMA. Satisfaction of the elderly population attended in the family health strategy in Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brazil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 871-9, out./dez. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000320013>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072014000400871&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000400871&lng=en&tlng=en). Acesso em: 21 fev. 2017.

OLIVEIRA, AMS; MENEZES, TMO. A enfermeira no cuidado ao idoso na estratégia saúde da família: sentidos vividos. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 513-08. 2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a13.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2017.

OLIVEIRA, EB; BOZZETTI, MC; HAUSER, L; DUNCAN, BB; HARZHEIM, E. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 264-73, out./dez. 2013. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)826](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)826). Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/826/586>. Acesso em: 21 fev 2017.

PINHEIRO, GML; ALVAREZ, AM; PIRES, DEP. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2105-15. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800021>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000800021&script=sci\\_abstract&tling=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000800021&script=sci_abstract&tling=pt). Acesso em: 23 set. 2014.

RESENDE, JO; RESENDE E SILVA, FM; ASSUNÇÃO, RS; QUADROS, KAN. Assistência do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. **Rev. Enferm Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 4, n. 3, p. 1831-43. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v5i3.880>. Disponível: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/880/935>. Acesso em: 25 abr. 2017.

SANTOS, VC; BOERY, EM; PEREIRA, R; SANTA ROSA, DO; VILELA, ABA, ANJOS, K; BOERY, RNSO. Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 1-9, jun. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001300015>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000200303&script=sci\\_arttext&tling=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000200303&script=sci_arttext&tling=pt). Acesso em 20 fev. 2017.

SILVA, KM; SANTOS, SMA. A práxis do enfermeiro da estratégia de saúde da família e o cuidado com o idoso. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 105-11. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000680013>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000100105&lng=en&tling=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100105&lng=en&tling=en). Acesso em 21 fev. 2017.

SOUZA, AMG; FERREIRA, TL DOS S; SANTOS, KMR DOS; OLIVEIRA DJD DE; ANDRADE, FB DE. Avaliação da assistência à pessoa idosa na atenção primária à saúde: perspectiva de usuários. **Revista ciência plural**, v. 3, n. 2, p. 42-52, 11 dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/12705/8989>. Acesso em: 06 jun 2018.

SOUZA, RA; ALVARENGA, MRM; AMENDOLA, F; SILVA, TMR; YAMASHITA, CH; OLIVEIRA, MAC. Vulnerability of families of elderly citizens cared for by the Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 68, n. 2, p. 244-52. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680209i>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000200244&lng=en&nrm=iso&tling=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200244&lng=en&nrm=iso&tling=en). Acesso em 21 fev. 2017.

VALCARENGHI, RV; LOURENÇO, LFL; SIEWERT, JS; ALVAREZ, AM. Nursing scientific production on health promotion, chronic condition, and aging. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.68, n.4, p. 705-12, jul./ago. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680419i>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000400705&script=sci\\_arttext&tling=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672015000400705&script=sci_arttext&tling=en). Acesso em: 14 fev. 2017.

## NÃO EXISTE IDADE PARA O PRAZER: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE A SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE

**Rafaela Sousa de Almeida**

Universidade Estadual do Tocantins – UNITINS  
Augustinópolis – TO

**Wyttória Régia Neves da Conceição Duarte**

Universidade Estadual do Tocantins – UNITINS  
Augustinópolis - TO

**Maria Luiza de Oliveira Braga**

Universidade Estadual do Tocantins – UNITINS  
Augustinópolis - TO

**Maria Iza Demes Gonçalves**

Universidade Estadual do Tocantins – UNITINS  
Augustinópolis - TO

**RESUMO:** O processo de envelhecimento é um desenvolvimento natural em que o organismo é submetido a modificações físicas e funcionais. Esta fase é vista e percebida por muitos como um período de “não sentir”, “do não querer”, “do não desejo”. Na saúde do idoso, existe o desafio de quebrar tabus e aborta a temática da sexualidade como algo natural e inato. Pois embora muitos considerem como nulo, a sexualidade no idoso existe e precisa ser trabalhada. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura. A busca foi realizada na base de dado SciELO utilizando as expressões “Saúde do idoso”, “sexualidade senil” e “terceira idade”. Buscou-se por artigos brasileiras em português, sem corte temporal. O silêncio diante dessa temática faz-se perceber a necessidade de

educação em saúde sobre sexualidade na terceira idade. O enfermeiro assumindo seu papel de profissional educar e prestador de cuidados holístico deve estar preparado para atender o público da terceira idade e saber conduzir esses pacientes a se abrirem sobre essa temática, afim de trabalhar educação sexual, esclarecer dúvidas e orientar acerca de cuidados que podem melhorar a prática sexual nesta fase da vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do idoso; Sexualidade senil; Terceira idade

**THE IS NO AGE FOR PLEASURE: NURSE’S ACTION AGAINST SEXUALITY IN THE THIRD AGE**

**ABSTRACT:** The aging process is a natural development in which the organism is subjected to physical and functional modifications. This phase is seen and perceived by many as a period of "not feeling," "not wanting," "not wanting." In the health of the elderly, there is the challenge of breaking taboos and aborting the sexuality as something natural and innate. For although many consider it null, sexuality in the elderly exists and needs to be worked out. An integrative literature review was carried out. The search was performed on the SciELO database using the expressions "Health of the elderly", "senile sexuality" and "old age". We searched for Brazilian articles in Portuguese, without

temporal cut. The silence regarding this theme makes it possible to understand the need for health education about sexuality in the elderly. The nurse assuming her role of professional educator and holistic care provider must be prepared to attend the elderly public and know how to lead these patients to open up on this subject in order to work sex education, clarify doubts and guide about care that can improve sexual practice at this stage of life.

**KEYWORDS:** Elderly health; Senile sexuality; Third Age

## 1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde estabelece a velhice por meio de um critério cronológico. No Brasil são considerados idosos, pessoas com idade de 60 anos ou mais. As estimativas brasileiras fazem seu prenúncio de que até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de pessoas idosas (IBGE 2011).

O processo do envelhecimento é um desenvolvimento natural em que o organismo é submetido a modificações físicas e funcionais. Esta fase é vista e percebida por muitos como um período de “não sentir”, “do não querer”, “do não desejo” (DE MORAES et al 2010). Esse tipo de pensamento provém dos pensamentos e normas antigas que até hoje são percebidos na sociedade, como a ideia de que velhice a sexualidade é nula e o tabu de se falar sobre sexualidade.

Na saúde do idoso, existe o desafio de quebrar tabus e aborta a temática da sexualidade como algo natural e inato. Pois embora muitos considerem como nulo, a sexualidade no idoso existe e precisa ser trabalhada através do esclarecimento de dúvidas e da também da quebra de preconceito, pois em todas as idades esse assunto é passível de orientação, e na terceira idade isso não deve ser diferente (TEIXEIRA, M. M. et al, 2012).

Com o envelhecimento natural, o corpo do homem e da mulher passam por transformações, que influenciam diretamente sobre a sexualidade de ambos, podendo nesta fase surgir muitas dúvidas e insegurança sobre este assunto.

Ressalta-se que ao falar de sexualidade na terceira idade não necessariamente se fala sobre o ato genital/sexual, visto que esse conceito nos últimos tempos passou de apenas físico para uma abrangência emocional e sentimental. Sendo que na vida do idoso a sexualidade assume o papel de corporeidade influenciando pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a saúde física e mental. (BRAGA, 2012).

Visto que faz parte de suas funções como educador e prestador de assistência humanizada, o enfermeiro precisa estar preparado para orientar e abordar este assunto com pacientes na terceira idade.

Dado o exposto, o estudo visa discutir sobre a sexualidade na terceira idade com base em achados científicos, bem como propor possíveis intervenções do enfermeiro visando aliar os conhecimentos técnico e científicos desse profissional ao



atendimento do idoso.

## 2 | METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura tendo como pergunta norteadora: Quais ações podem ser realizadas frente ao tema da sexualidade na terceira idade? A busca foi realizada na base de dado SciELO utilizando as expressões “*Saúde do idoso*”, “*sexualidade senil*” e “*terceira idade*”. Buscou-se por artigos brasileiras em português, sem corte temporal, sendo possível encontrar 1713 publicações para “saúde do idoso”, 2 para “sexualidade senil” e 344 para “terceira idade”.

Os textos foram selecionados inicialmente a partir da leitura de seu título e resumo, a fim de verificar a sua consonância com o tema abordado e quando adequados, foram lidos e analisados na íntegra (10 artigos).

## 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Falar sobre sexualidade é se deparar com tabus e preconceitos e quando esse assunto se refere a pessoas de mais idade se torna algo ainda mais complexo devido a escassa e repressora educação sexual que se tinha a 50 ou 60 anos atrás.

O preconceito e a dificuldade para se estabelecerem medidas preventivas, especialmente no que se refere ao uso de preservativos, ainda são mais graves do que nos outros segmentos populacionais, justamente pelo tabu se falar sobre sexualidade nesta fase da vida. Este assunto é evitado tanto pela sociedade quanto pelos próprios idosos, que se reprimem ou se sentem constrangidos, como demonstra a pesquisa de Maschio et al (2011), que muitos idosos se recusaram a participar pois consideram que este assunto não se tratar com “qualquer um”.

Acamisinha, que é o meio de prevenção mais eficaz contra infecções sexualmente transmissíveis, não é frequentemente utilizada por esta população quando se tem relações sexuais com pessoas de confiança, muito menos em relações extraconjugais ou ainda em situações em que após a perda do parceiro (a) se continua a vida sexual com outras pessoas, o que pode aumentando as chances de infecções nessa população (MASCHIO et al, 2011).

É possível ainda identificar em alguns estudos como no de Santos e Assis (2011) a ideia de algumas mulheres sobre o tema, considerando a camisinha desnecessária, já que na terceira idade a mulher se torna infértil. Demonstrando assim, a necessidade de educação sexual para esse público.

Vale ressaltar que os aspectos fisiológicos trazem limitações na sexualidade, essas mudanças são esperadas com o processo do envelhecimento e acontece de modo diferente em ambos os sexos gerando dúvidas sobre essas questões (COELHO

et al, 2010).

Entre as mulheres, em muitas pesquisas foi identificada como principal dúvida: Até quando se deve manter a atividade sexual? Várias acreditam que a menopausa seria um marco para a supressão dessa prática devido as alterações hormonais que ocorrem nessa fase (Silva, 2015). Ou ainda, sentem-se pouco atraentes e incapazes de provocar desejo em seu parceiro devido as mudanças físicas. (COELHO et al, 2010).

Entre os homens idosos a maior preocupação está relacionada a impotência, muitos não conseguem identificar se uma eventual dificuldade de ereção tem origem emocional ou fisiológica, o que os fazem recorrer ao uso indiscriminado de medicamentos que os ajudem em seu desempenho sexual (SILVA, 2015).

O silêncio diante dessa temática faz-se perceber a necessidade de educação em saúde sobre sexualidade na terceira idade, sobretudo quando se entende que sexualidade não se resume apenas ao ato sexual em si, mas também se manifesta na corporeidade, ou seja, envolve todos os sentidos, abrange um conjunto de experiências, emoções e sentimentos.

O enfermeiro assumindo seu papel de profissional educar e prestador de cuidados holístico deve estar preparado para atender o público da terceira idade e saber conduzir esses pacientes a se abrirem sobre essa temática, afim de trabalhar educação sexual, esclarecer dúvidas e orientar acerca de cuidados que podem melhorar a prática sexual nesta fase da vida.

#### **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar de a sociedade encarar como nula, a sexualidade no idoso existe e precisa ser discutida através do esclarecimento e da quebra de preconceitos.

É necessário que o enfermeiro tenha cautela ao abordar esse assunto, considerando que cada idoso encara a sexualidade de maneira diferente, deve estimular a conversa, buscando oferecer melhores conhecimentos e uma assistência eficiente.

Além de cuidar o profissional de saúde deve em suas ações educativas enfatizar que a sexualidade é algo natural do homem, que existem práticas que melhoram a qualidade de vida sexual e esclarecer que existem tratamentos e fármacos que auxiliam na resposta sexual. Além disso é necessário inserir os idosos nas campanhas de prevenção a infecções sexualmente transmissíveis, que tem sempre como foco o jovem, visto que esse público como qualquer outro está exposto ao problema.

O idoso, possuindo o conhecimento adequado sobre seu corpo, sobre mudanças físicas ocorridas e tendo informações a respeito de sexualidade, pode alcançar e manter uma vida sexual satisfatória, pois a sexualidade é uma forma de expressividade afetiva e o desejo do sexo não termina com a idade.

## REFERÊNCIAS

BRAGA M.R. **Saiba o que é sexualidade e conheça seus direitos**. Centro de Estudos e Pesquisas de Comportamento e Sexualidade. Psicóloga e Terapeuta Sexual. 2012.

DE MORAES, Edgar Nunes; DE MORAES, Flávia Lanna; LIMA, S. D. P. P. **Características biológicas e psicológicas do envelhecimento**. Revista Medicina Minas Gerais, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2011). **Sinopse do Censo Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011. Recuperado em 28 de Agosto, 2015, de <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>

MASCHIO, Manoela Busato Mottin et al. **Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS**. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 32, n. 3, p. 583, 2011.

SANTOS, Alessandra Fátima de Mattos; ASSIS, Mônica de. **Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 14, n. 1, p. 147-157, 2011.

TEIXEIRA, M. M. et al. **O enfermeiro frente à sexualidade na terceira idade**. Revista da Universidade Ibirapuera. p. 50-53, 2012.

## CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO COM IAM NO SETOR DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

### **Werbeth Madeira Serejo**

Enfermeiro do Hospital Geral de Monção e Pós Graduando em Gestão e Auditoria dos Serviços de Saúde. São Luís-MA.

### **Wemerson Campos Furtado**

Enfermeiro do Hospital São Domingos. São Luís-MA

### **Jaciara dos Santos Brito**

Pós- graduanda em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e CME. São Luís-MA

### **Liane Silva Sousa**

Pós-graduanda em Obstetrícia e Neonatologia e Mestranda em Gestão em Saúde Pública. São Luís-MA

### **Raylena Pereira Gomes**

Professora da Faculdade Pitágoras, São Luís-MA

### **Bárbara Silva de Jesus**

Pós graduanda em Enfermagem Urgência e Emergência São Luís-MA

### **Eline Coelho Mendes**

Enfermeira do Hospital Municipal Dr. Francisco Guisti. São Luís-MA

### **Ricardo Veloso Trancoso**

Graduado em Enfermagem. São Luís-MA

### **Nívea Solange Cunha Ramos**

Pós-graduanda em Obstetrícia e Neonatologia. São Luís-MA

### **Warlen dos Santos Freitas**

Especialista em Gestão e Auditoria em Serviços de Saúde e Estratégia Saúde da Família. São Luís-MA

### **Patrícia Almeida dos Santos Carvalho**

Pós graduando em Enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva e Residente em Neonatologia. São Luís-MA

### **Glaucya Maysa de Sousa Silva**

Pós- graduanda em Enfermagem Dermatológica e Enfermagem em Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e CME. São Luís-MA

### **Marina Apolônio de Barros Costa**

Mestre em Enfermagem. São Luís-MA

### **Renato Douglas e Silva Souza**

Enfermeiro do Hospital Universitário Presidente Dutra- HUUFMA e Professor da Faculdade Pitágoras, São Luís-MA

**RESUMO:** A UTI é um setor que necessita de alto grau de especialização do trabalho da equipe de enfermagem exigindo do profissional um treinamento adequado. A enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva precisa estar preparada para a abordagem dos pacientes internados, com enfoque não só na patologia, mas também nos aspectos psicológicos, sociais e culturais, objetivando o atendimento integral. A tecnologia na UTI com todos os materiais disponíveis que são utilizados para a monitorização da situação que se encontra o paciente, permitindo com que o paciente possa ter uma boa recuperação. A finalidade da assistência de enfermagem foi compreender a

melhoria da qualidade oferecida a todos os pacientes idosos nos atendimentos de enfermagem na UTI, que necessita de uma assistência humanizada pelos profissionais. **PALAVRAS-CHAVE:** Assistência de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; infarto Agudo do Miocárdio.

**ABSTRACT:** The ICU is a sector that requires a high degree of specialization of the work of the nursing team, demanding from the professional an adequate training. Nursing in the Intensive Care Unit must be prepared for the inpatient approach, focusing not only on the pathology, but also on the psychological, social and cultural aspects, aiming at integral care. The technology in the ICU with all available materials that are used to monitor the situation that the patient is in, allowing the patient to have a good recovery. The purpose of nursing care was to understand the improvement of the quality offered to all elderly patients in the ICU nursing care, which requires a humanized assistance by the professionals.

**PALAVRAS-CHAVE:** Nursing Care; Intensive care unit; acute myocardial infarction

## 1 | INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional está como destaque a nível mundial da saúde, e com isso mostra desafios que se fundamenta em questões econômicas, políticas, socioculturais e demográficas. Nas pesquisas apontam que no ano de 2050, irá existir em média dois bilhões de pessoas com 60 anos ou até mais no mundo (DUARTE; JÚNIOR; MENDONÇA, 2016).

Segundo a Saúde Pública os idosos é uma população que se encontra em maior risco de vulnerabilidade em desenvolver as doenças crônicas, o maior objetivo é reduzir o número das doenças crônicas nos idosos, através das promoções e prevenções de saúde, que ajudam os idosos em ter um estilo de vida mais saudável e uma saúde que não necessita de tantos tratamentos farmacológicos (DUARTE; JÚNIOR; MENDONÇA, 2016).

De acordo com a Resolução N° 7 do dia 24 de fevereiro de 2010, o Ministério da Saúde declara que a Unidade de terapia Intensiva (UTI) é uma área hospitalar crítica e tem por finalidade atender as necessidades de pacientes em situações graves que estejam apresentando comprometimento em um ou mais órgão ou sistema do corpo gerando desequilíbrio ou mau funcionamento das funções vitais desequilibrando fisiologicamente o indivíduo, necessitando de avaliações e assistência contínua exigindo da atuação de profissionais especializados, o uso de materiais específicos e de alta tecnologia para o auxílio de diagnósticos precisos (BRASIL, 2010).

A UTI é um setor que necessita de alto grau de especialização do trabalho da equipe de enfermagem exigindo do profissional um treinamento adequado, para que possa atender os pacientes que se encontram ali presentes de maneiras corretas, assim os profissionais de enfermagem estejam todos habilitados em atender

corretamente estes pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio (SILVA, 2017).

Observa-se que muitas das intervenções médicas assistenciais com o paciente com IAM são realizadas no setor de Unidade de Terapia Intensiva, exigindo da equipe habilidades e conhecimentos científicos necessários para as intervenções existentes (SILVA, 2017).

Os enfermeiros e técnicos de enfermagem precisam de uma atuação do cuidado de modo holístico, integral, com compromisso ético sempre zelando pelo sigilo dos pacientes, revestido de atitudes e respeitando os envolvidos no processo do cuidar e até mesmo a privacidade do paciente, sempre deixando claras as informações necessárias as famílias do paciente, carecendo dos enfermeiros entendimento e compreensão por parte de toda equipe de enfermagem (SILVA, 2017).

O paciente idoso quando encontra hospitalizado, apresenta maior cronicidade de patologias por se tratar de sua idade e imunidade, que podem interferir no tratamento, no prognóstico e no tempo de recuperação, principalmente no setor de Unidade de Terapia Intensiva, que o paciente irá necessitar de um tratamento monitorizado por toda uma equipe multiprofissional (SILVA, 2017).

As Unidades de Terapia Intensivas (UTI) como também seu quadro de recursos humanos contam com tecnologia duras e leve duras constantes e monitorização intensiva na busca de reversão de situações graves que comprometam a vida (SANTOS, 2016).

A enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva precisa estar preparada para a abordagem dos pacientes internados, com enfoque não só na patologia, mas também nos aspectos psicológicos, sociais e culturais, objetivando o atendimento integral (SOARES; REIS; SOARES, 2014).

Os pacientes hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva exigem da equipe de enfermagem esforço e atenção redobrada no decorrer da assistência, pois são pacientes mais vulneráveis as Iatrogênias (SOARES; REIS; SOARES, 2014).

## 2 | METODOLOGIA

Para o levantamento dos artigos para a realização do artigo, realizou-se a busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Google Acadêmico e na biblioteca de dados Electronic Library Online (SciELO). A escolha das bases de dados (LILACS, BDENF, IBICS e SciELO) se deu em virtude de sua abrangência do Infarto Agudo do Miocárdio, e por serem consideradas referências na produção de conhecimento na área da saúde do idoso, além de permitirem o acesso a dados atualizados via internet.

Para a seleção dos estudos foram utilizados descritores controlados disponíveis como Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual de Saúde

(BVS): infarto do miocárdio e cuidados de enfermagem.

Na busca foi utilizado como critério de inclusão: artigos originais e de revisões bibliográficas, disponíveis na íntegra, online, escritos nos idiomas português, indexados nas bases de dados citadas anteriormente, relacionados à temática do estudo proposto para a construção do artigo e publicados entre o período de a junho/2014.

Para organizar a extração dos dados dos artigos incluídos na revisão foi construído um instrumento de coleta de dados contendo: base de dados, periódico, autor/ano, título, objetivos e método.

A análise dos dados foi realizada em duas etapas. Na primeira, foram identificados os dados de localização do artigo e avaliação de título e resumos. A segunda etapa, de análise propriamente dita, o conteúdo foi explorado por meio de revisão crítica do estudo disponível na íntegra.

A apresentação e discussão dos resultados obtidos foram realizadas de forma descritiva, possibilitando a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo do método adotado no presente estudo.

### **3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES**

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é causado pelo fluxo sanguíneo por meio de interrupção nas artérias coronárias que irrigam o miocárdio. Observa-se que este episódio precisa imediato de uma internação hospitalar, que com o objetivo inicial precisa de uma Unidade de Terapia Intensiva (CARVALHO; CAMARGO; PERNAMBUCO, 2008).

Com o grau de gravidade do estado em que se encontra o paciente, e também a complexidade do atendimento que o paciente irá precisar naquele momento na UTI, assim os profissionais de saúde precisaram de padrões de qualidade da assistência que necessita ser ofertada para este paciente em seu estado crítico para sua boa recuperação (CARVALHO; CAMARGO; PERNAMBUCO, 2008).

Mostram em algumas pesquisas que no território brasileiro, as principais causas de mortes que acomete as pessoas adultas são doenças cardiovasculares que tem em média de 16,7 milhões por ano. Assim as doenças mais comuns que acomete o sistema cardiovascular são arteriosclerótica coronariana e o infarto do miocárdio, tendo como principais fatores de risco são: sexo, idade, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, obesidade, estilo de vida sedentário, hipertensão, tabagismo, estresse, psicológico e antecedentes familiares (CARVALHO; CAMARGO; PERNAMBUCO, 2008).

No Brasil o IAM é uma das doenças mais comuns nos hospitais, que acometem bastante os brasileiros. A saúde tem conhecimentos muitos fortalecidos nas áreas de etiologia, fisiopatologia, epidemiologia, história natural, diagnóstico e tratamento

das doenças cardiovasculares, assim percebe que nos últimos anos, as doenças cardiovasculares contribuem como sendo umas das principais causas de morbidade e mortalidade nos últimos 50 anos (SANTOS, 2014).

Nas pesquisas realizadas os principais sintomas do IAM são: dor ou forte pressão no peito; dor abdominal; dor no peito refletindo nos ombros, braço esquerdo, pescoço e maxila; suor; sensação de morte; palidez; dispneia, perda temporária da consciência; náuseas e vômitos. As principais medidas de prevenção do IAM está no controle da alimentação que consome na sua vida cotidiana, tendo o controle do peso para normalizar o índice de massa corporal, sempre realizar atividades físicas, e umas das principais medidas de prevenção afetivas para as pessoas são os exames como eletrocardiograma, hemograma, glicose, colesterol, mas sempre com prescrição médica para ter o controle da saúde do paciente (SANTOS, 2016).

Os estudos mostram que o IAM à fase jovem era uma possibilidade muito rara de acontecer, logo porque os jovens são bem resistentes na saúde, mas percebe que isso não é verdade, porque pode acontecer em qualquer fase da vida do ser humano. Lembrando que na fase adulta ele ainda tem mais chance de aparecer na pessoa, por causa das circunstâncias da vida que o adulto leva (SANTOS, 2016).

Nos hospitais brasileiros que são financiados pelo Sistema Único de Saúde, as altas de grandes internações são em pessoas que possuem idade de menos de 45 anos devido ao infarto agudo do miocárdio (SANTOS, 2016).

Muitos fatores deveram ser considerados quando o IAM acometem uma pessoa jovem, que tem como características etiopatogênicas, anatômicas e prognósticas próprias, diferenciando a dos pacientes mais velhos. Quando chega acontecer o IAM nesta fase da vida do jovem, leva os anos da juventude da pessoa junto com toda sua produtividade, trazendo consequências psicossociais graves e persistentes, necessitando de apoio em todos os aspectos de sua vida, principalmente da família e de amigos (PASSINHO, 2017).

O apoio da equipe multiprofissional afirma que o paciente será bem atendimento enquanto tiver no setor hospitalar, assim o enfermeiro necessita atender todas as necessidades do paciente sempre fazendo com competência e profissionalismo desde da entrada na Unidade de Terapia Intensiva até sua saída deste setor (PASSINHO, 2017).

Lembrando que a enfermagem precisa observar todos os sinais e sintomas, que podem aparecer no paciente no seu processo de recuperação na Unidade de Terapia Intensiva.

O cuidado com o paciente na Unidade de terapia Intensiva deve ser realizado por toda equipe multiprofissional, viabilizando o aspecto de recuperação no processo de saúde do paciente, para que o mesmo possa sair do setor da UTI com sua saúde bem equilibrada.

A Resolução – RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010 preconiza o mínimo de profissionais para o funcionamento da Unidade intensiva adulta, sendo este quantitativo



de um médico diarista durante os três turnos para cada 10 leitos, um enfermeiro assistencial para cada oito leitos em cada turno, no mínimo um fisioterapeuta para cada dez leitos presentes nos três turnos e quanto à equipe de técnico de enfermagem deve ser no mínimo um profissional para cada dois leitos em cada turno, além de outros profissionais que atuam não diretamente na assistência, mas que contribuem com desenvolvimento do trabalho da equipe (BRASIL,2010).

Todo profissional de saúde observa que o paciente idoso quando entra no setor da UTI encontra-se em situações de medo e ansiedade, porque pensa que vai morrer. Nestas situações encontradas a enfermagem precisa oferecer assistência humanizada, que irá promover apoio, diálogo e referência com o objetivo de promover os seus cuidados na UTI.

No setor da Unidade Terapia Intensiva, a humanização precisam ser valorizados e respeitados pelos os profissionais de saúde, por vezes, o profissional enfermeiro precisa mudar os horários de visitas de rotina, permitindo que os familiares permaneçam um pouco mais de tempo como o idoso que se encontra fragilizado e necessitando de amparo da família, promovendo um pouco mais de tranquilidade, e tirando os anseios encontrados do idoso no horário de visita (SOARES; REIS; SOARES, 2014).

É de suma importância o contato dos familiares enquanto o paciente idoso encontra-se na Unidade de Terapia Intensiva, porque isso irá promover conforto e segurança por partes dos membros da família (SOARES; REIS; SOARES, 2014).

Observa-se em situações que os pacientes idosos encontram em estados graves, porque estão utilizando dispositivos conectados a respiradores mecânicos impossibilitando resposta verbal, desta forma precisa encontrar alguma maneira como abrir e fechar as mãos e também como piscar os olhos, permitindo que a família possa se tranquilizar um pouco sobre a recuperação o paciente, percebendo que o estado da saúde está em fase de melhoria em sua saúde.

A Unidade de Terapia Intensiva é caracterizada como um setor em ambiente agressivo, tenso e traumatizante pelos pacientes, mas os profissionais precisam orientar para as famílias que o paciente necessita destes cuidados mais elevados, então por isso precisa ir para a unidade permitindo que os profissionais realizem os seus trabalhos (SOARES; REIS; SOARES, 2014).

Faz-se necessário que os profissionais que atuam neste meio, em especial da enfermagem, possibilitem aos pacientes e familiares passarem por estes momentos da maneira menos agressiva possível, diminuindo, assim, possíveis traumas decorrentes do período de internação e auxiliando na restituição do estado de saúde ou enfrentamento da morte (SOARES; REIS; SOARES, 2014).

A Unidade de Terapia Intensiva é um cuidado prestado em um setor de lugar fechado em ambiente conturbado, impessoal, desconfortável, sem privacidade com a dependência da tecnologia dura, que é os equipamentos avançados utilizados na UTI e em várias situações de isolamento social. O cuidado de todos os profissionais tem que ser realizado forma mecânica, sempre realizando as atividades com excelência

e eficácia para promover uma ótima qualidade no atendimento ao paciente idoso, deixando claras as informações para os familiares do paciente, os aspectos emocionais devem sempre está subtendido (SILVA, 2017).

Nesse sentido, a hospitalização de pessoas idosas em UTI pode favorecer a intensificação da fragilidade, do medo e da insegurança e, dessa forma, requer a atenção de profissionais comprometidos não somente com a objetividade momentânea, mas também com a subjetividade (SILVA, 2017).

A tecnologia na UTI com todos os materiais disponíveis que são utilizados para a monitorização da situação que se encontra o paciente, permitindo com que o paciente possa ter uma boa recuperação. A respeito de todo o arsenal tecnológico disponível nas UTIs, que melhora a monitorização do paciente que se encontra em situação clínica em estado grave, que antecipa a morte do paciente caso chega a óbito (PASSINHO, 2017).

A monitorização é um meio de cuidados que auxilia nos cuidados dos pacientes entre a enfermagem e a medicina, que estão em busca de melhorias para a saúde dos pacientes, que necessitam de atendimento em observação pelos enfermeiros e os médicos (PASSINHO, 2017).

Os cuidados oferecidos com os idosos sempre precisam ter bases nas normas e rotinas hospitalares, que facilita o acesso da assistência prestada aos pacientes por parte de todos os profissionais de saúde que trabalham na UTI (SILVA; SILVA, 2018).

As alterações orgânicas, psicológicas e sociais relacionadas ao envelhecimento fazem com que o cuidado à pessoa idosa em UTI seja peculiar. Toda história de vida da pessoa idosa, somada ao processo de envelhecimento, justifica um olhar diferenciado por parte da equipe de cuidados (SILVA; SILVA, 2018).

Devido às características de gravidade dos pacientes idosos com IAM na UTI é muito comum uma relação fria entre profissionais e familiares dos pacientes idosos, isso mostra que precisa de umas habilidades de comunicação e ética por partes das famílias e dos profissionais de enfermagem (SILVA; SILVA, 2018).

Nos estudos mostra que o cuidado de enfermagem em UTI com as pessoas idosas com IAM, chama bastante atenção para a necessidade de se prestar um cuidado com mais qualidade na assistência, levando e permitindo que a humanização possa permear nos aspectos humanísticos, assim fazendo com que a família possa observar que a assistência de enfermagem está fazendo o seu tratamento de levar cuidado de saúde para o paciente idoso com IAM na UTI (BULCÃO; SANTO, 2015).

A enfermagem é a que está com os pacientes idosos com IAM 24hs, oferecendo os cuidados de sua competência para estes pacientes e seu papel é de suma importância na prestação da assistência com foco humanístico, em relação ao envelhecimento deve levar algumas questões que não prejudique a saúde do idoso que encontra na UTI com Infarto Agudo do Miocárdio (BULCÃO; SANTO, 2015).

Existem protocolos para os cuidados de enfermagem as pessoas idosas em alta complexidade, que permite oferecer melhorias nos seus atendimentos hospitalares

(BULCÃO; SANTO, 2015).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com foco principal na observação das necessidades humanas básicas afetadas dos pacientes idosos, com a relação de metas para o cuidado com estes pacientes e também para facilitar a avaliação contínua dos resultados esperados em todo o seu processo de reabilitação na UTI.

Segundo os estudos mostram o cuidado com as pessoas idosas com IAM, é um processo que requer dinâmica e ações que favoreçam planejamentos pelos profissionais de enfermagem. Com isso estes cuidados precisam ser baseados em conhecimento técnico e científico em respeito à relação entre famílias e profissionais de enfermagem, promovendo conforto e assistência de qualidade com idosas com IAM na UTI (BULCÃO; SANTO, 2015).

O processo de cuidar em enfermagem a pessoas idosas em UTI deve levar em consideração alguns pontos como: aspectos biológicos, os psicológicos, sociais e espirituais em sua interface com os valores, as crenças e as experiências já vividas em algumas situações pelos pacientes ou até mesmo por algum paciente com IAM na UTI (DUARTE; JÚNIOR; MENDONÇA, 2016).

O adoecimento na velhice é muito comum, então os profissionais de enfermagem precisam ser aprendidos com muitas informações, para poder atender os idosos com mais cautelas e respeitando os seus direitos dentro de um estabelecimento de saúde. Devem-se ouvir as histórias de vida e aspectos da personalidade para que o cuidado prestado possa chegar o mais próximo do modo de ser e das singularidades do idoso (DUARTE; JÚNIOR; MENDONÇA, 2016).

A equipe de enfermagem é fundamental no processo de reabilitação do idoso com IAM, tanto na manutenção do equilíbrio das funções orgânicas e emocionais quanto no auxílio ao enfrentamento e aceitação da doença aguda e hospitalização. Assim estes profissionais precisam de uma boa relação com os pacientes, levando a humanização como o principal objetivo para cuidar do paciente idoso, sempre sendo um profissional comprometido com o cuidado de enfermagem (SANTOS; 2014).

Além das alterações biológicas, a capacidade de adaptação a mudanças e a aceitação de um ambiente estranho como o de terapia intensiva é reduzida na pessoa idosa (SANTOS; 2014).

Nas UTIs, quando hospitalizados, os idosos manifestam tristeza e apatia. Por causa do setor que encontram internados, assim os mesmos precisam de propostas de melhorias nos cuidados de enfermagem, pra que ocorra uma boa recuperação do paciente idoso na UTI (SANTOS; 2014).

## 4 | CONCLUSÃO

O objetivo da pesquisa foi identificar os cuidados de enfermagem aos pacientes idosos com Infarto Agudo do Miocárdio na Unidade de Terapia Intensiva. No contexto estudado, a finalidade da assistência de enfermagem foi compreender a melhoria da qualidade oferecida a todos os pacientes idosos nos atendimentos de enfermagem na UTI.

Constatou-se que a maioria dos artigos enfatiza a importância do cuidado de enfermagem, juntamente que o enfermeiro precisa orientar os pacientes idosos com IAM e também informara a família, com todas as informações necessárias em todo o seu processo de tratamento.

Quanto à atuação do enfermeiro ele é habilitado para atuar como educador e orientador de enfermagem, sempre abordando a qualidade do cuidado de enfermagem aos pacientes idosos com IAM, prestando a assistência de qualidade em todo o seu trabalho.

É válido destacar que frente a esta realidade o papel do enfermeiro é importante no processo saúde/doença dos pacientes idosos com IAM, porque ele irá promover e oferecer todos os cuidados que devem ser tomados na necessidade dos pacientes.

Portanto, a relevância da Enfermagem nesse contexto está na qualidade da assistência que deve ser realizada para os pacientes idosos com IAM, assim criando ações de promoção da saúde a todos que possam desenvolver Infarto Agudo do Miocárdio. A busca de um olhar holístico do enfermeiro para os pacientes idosos com Infarto Agudo do Miocárdio, ajuda no processo de construção para a humanização de um cuidado que necessita ser prestado o mais rápido possível para os pacientes idosos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. RESOLUÇÃO COFEN-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 10 jan de 2019.

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html). Acesso em: 10 jan de 2019.

BULCÃO, Jean Alves; SANTO, Fernando Reis do Espírito. Assistência do enfermeiro aos pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) na unidade de emergência. Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), 2015. Disponível em: <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EE/EE12/BULCAO-jean-alves.pdf>. Acesso em: 20 nov de 2018.

CARVALHO, Natane Moreira de; CAMARGOS; Anadias Trajano; PERNAMBUCO, Andrei Pereira. Infarto agudo do miocárdio em um adulto jovem: relato de caso. Universidade Federal de Minas Gerais, 2008. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/93-Texto%20do%20artigo-246-1-10-20111125%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/93-Texto%20do%20artigo-246-1-10-20111125%20(1).pdf). Acesso em: 20 nov de 2018.

DUARTE, Fernando Hiago da Silva; JÚNIOR, Belarmino Santos de Sousa; MENDONÇA, Ana Elza Oliveira de. Cuidados de enfermagem ao idoso em estado crítico: relato de experiência. II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde ( CONBRACIS), 2016. Disponível em: [https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO\\_EV071\\_MD1\\_SA4\\_ID2274\\_15052017224520.pdf](https://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA4_ID2274_15052017224520.pdf). Acesso em: 20 nov de 2018.

PASSINHO, Renata Soares. Subconjunto terminológico cipe® para a pessoa acometida pelo infarto agudo do miocárdio. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, 2017. Disponível em: [http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese\\_10886\\_Disserta%E7%E3o%20Renata%20Soares%20Passinho.pdf](http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_10886_Disserta%E7%E3o%20Renata%20Soares%20Passinho.pdf). Acesso em: 20 nov de 2018.

SANTOS, Sônia Maria Josino dos. Dor aguda – revisão do diagnóstico de enfermagem em pacientes com infarto agudo do miocárdio. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2014. Disponível em: [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/13748/1/2014\\_tese\\_smjsantos.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/13748/1/2014_tese_smjsantos.pdf). Acesso em: 20 dez de 2018.

SANTOS, Bruno da Silva; MAIER, Suellen Rodrigues de Oliveira; RODRIGUES, Aenne Zandonadi; OLIVEIRA, Wanmar de Souza; SANTOS, Thalita da Silva. Infarto agudo do miocárdio: abordagem com enfermeiros de uma unidade intensiva coronariana. Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(12):5153-5, dec., 2017. ISSN: 1981-8963 <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a109913p5153-5155-2017>. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/109913-75698-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/109913-75698-1-PB%20(1).pdf). Acesso em 20 dez de 2018.

SANTOS, Karine Carrilho. Repercussões hemodinâmicas das mudanças de posicionamento do paciente com infarto agudo do miocárdio: uma revisão integrativa. Universidade Federal Fluminense, 2016. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/3478/1/TCC%20Karine%20Carrilho%20Santos.pdf>. Acesso em: 20 dez de 2018.

SILVA, Iran Miranda; SILVA Marcos Gontijo da. Infarto agudo do miocárdio: assistência ao paciente pós-infarto internado em unidade de terapia intensiva. 10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v6n1p12-21. Revista Amazônia Science & Health. 2018 Jan/Mar. DOI: 10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v6n1p12-212018 Jan/Mar.

SILVA, Valdenir Almeida da. Memórias de pessoas idosas sobre a hospitalização em unidade de terapia intensiva. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/23517/1/TESE%20Valdenir.pdf>. Acesso em: 10 jan de 2019.

SOARES, Larissa Gramazio ; REIS, Maria Rosário; SOARES, Leticia Gramazio. Humanização na UTI: dificuldades encontradas para sua implementação uma revisão integrativa. Revista Eletrônica Polidisciplinar Vãos. v 6. n 1. 2014. Disponível em: <http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/view/263/263-1106-1-PB> Acesso em: 10 jan 2019.

## VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA NA VISÃO DE SEUS CUIDADORES: SUBSÍDIOS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

**Erica Jorgiana dos Santos de Moraes**

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

**Marly Marques Rêgo Neta**

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

**Carolinne Kilcia Carvalho Sena Damasceno**

Universidade do Vale da Paraíba (UNIVAP)

São José dos Campos – São Paulo

**Cristina Maria De Sousa Miranda**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Natal – Rio Grande do Norte

**Fernanda Claudia Miranda Amorim**

Universidade do Vale da Paraíba (UNIVAP)

São José dos Campos – São Paulo

**Tamires Kelly dos Santos Lima Costa**

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

**Thalita Monteiro da Silva**

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

**Valdeni Anderson Rodrigues**

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

**Maria Rita Reis Lages Cavalcanti**

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

**Raianny Katiucia da Silva**

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

**Antônia Roseanne Gomes Soares**

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

**Ruhan Ribeiro Dos Santos**

Centro Universitário UNINOVAFAPI

Teresina – Piauí

**RESUMO:** Aprofundar os estudos com idosos dentro das Instituições de Longa Permanência, encaminhados pela delegacia especializada de Teresina-PI, permitirá compreender melhor o fenômeno e possibilitar a implementação de medidas preventivas, com a gestão de políticas públicas e manutenção de uma convivência familiar pacífica entre os idosos dependentes e os cuidadores. Avaliar a formação dos cuidadores de idosos na atenção à saúde da pessoa idosa vítima de violência encaminhados pela Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso em Teresina – PI. Pesquisa de campo, exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa onde se adotou a técnica de entrevista aberta guiada por um conjunto de perguntas disparadoras. O cenário do estudo se configurou em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) localizadas no município de Teresina-PI. A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo. Participaram da pesquisa cuidadores de idosos que atuam na ILPI a mais ou igual a

seis meses, que tenham prestado assistência ao idoso institucionalizado que sofreu qualquer tipo de violência. Verificou-se que cabe ao cuidador amenizar os sentimentos de abandono, tristeza, e solidão por meio de um contato mais próximo e de assistência direcionada também aos familiares. Os cuidadores consideram a violência intrafamiliar predominante, sendo cometida por quem compartilha o dia a dia com o idoso e apresenta-se, principalmente, por meio da negligência e do abandono.

**PALAVRAS-CHAVE:** Maus – Tratos ao Idoso. Serviços de Saúde para Idosos. Negligência com o Idoso. Cuidadores.

### VIOLENCE AGAINST THE ELDERLY IN THE EYES OF THEIR CAREGIVERS: SUBSIDIES FOR VOCATIONAL TRAINING

**ABSTRACT:** To deepen the studies with the elderly within the Institutions of Long Stay, sent by the specialized police station of Teresina-PI, will allow a better understanding of the phenomenon and enable the implementation of preventive measures, with the management of public policies and maintenance of a peaceful family coexistence among the elderly Dependents and caregivers. To evaluate the training of elderly caregivers in the health care of the elderly victim of violence sent by the Office of Security and Protection to the Elderly in Teresina - PI. Field research, exploratory and descriptive, with a qualitative approach where the technique of open interview guided by a set of triggering questions was adopted. The study scenario was set up in Long-term Institutions for the Elderly (ILPI) located in the city of Teresina-PI. Data analysis was performed using the content analysis technique. The caregivers of the elderly who worked at the ILPI for more than or equal to six months attended the institutionalized elderly who suffered any type of violence. It was found that it is up to the caregiver to alleviate feelings of abandonment, sadness, and loneliness through closer contact and direct assistance to family members. The caregivers consider the predominant intrafamily violence, being committed by those who share the daily life with the elderly and presents mainly through neglect and abandonment.

**KEYWORDS:** Elder Abuse. Health Services for the Aged. Neglect of the elderly. Caregivers.

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil tem experimentado o aumento da expectativa de vida em que a realidade do envelhecimento da população tornou-se um dos principais desafios da modernidade (OLIVEIRA et al, 2013). A longevidade populacional trouxe consigo temas emergentes como os maus tratos contra idosos, que em decorrência de seu caráter biopsicossocial, aspiram por investigações mais profundas e soluções urgentes (CAMACHO; ALVES, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou que nas próximas décadas a população mundial com mais de 60 anos vai passar dos atuais 841 milhões para 2 bilhões até 2050, tornando as doenças crônicas e seu bem-estar novos desafios

de saúde pública global e em 2025, o Brasil poderá alcançar cerca de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos (RESENDE et al, 2015). Esses números andam de mãos dadas com a ampliação da violência contra a pessoa idosa, pois como a população está vivendo mais, torna-se mais vulnerável a maus tratos (MOREIRA et al., 2016)

De acordo com Sales et al (2014), o aumento do crescimento populacional da terceira idade e, portanto, da perspectiva de existência longa, ocasionado pela melhoria da qualidade de vida com a evolução da medicina, dos medicamentos e dos tratamentos, tornaram-se mais evidentes os problemas enfrentados por essa faixa etária, dentre os quais a violência.

A violência contra o idoso pode ser definida como um ato único ou repetitivo ou mesmo a omissão, podendo ser tanto intencional como involuntária, que cause danos, sofrimento ou angústia (OMS, 2002). Sendo a agressão causada pela a vulnerabilidade à medida que este apresenta maior dependência em virtude das limitações físicas, emocionais e cognitivas inerentes ao processo de envelhecimento (MACHADO et al, 2014). A mesma pode ser praticada dentro ou fora do ambiente doméstico por algum membro da família ou ainda por pessoas que exerçam uma relação de poder sobre o ancião (OLIVEIRA, 2013).

O fato de ficar velho pode ser considerado, na sociedade moderna, sinônimo de improdutividade, decrepitude, dependente sob vários aspectos (econômico, familiar, de saúde), e obsoleto do ponto de vista cultural (aquele que não acompanha as novas formas de atitude e de visão de mundo), torna-o um ser marginalizado, excluído dos acontecimentos, e desperta nos mais jovens um desejo coletivo inconsciente de sua morte (MINAYO, 2005). O convívio familiar estressante e cuidadores despreparados ou sobrecarregados tendem a agravar essa situação (MACHADO et al, 2014).

Quando o convívio familiar se torna insustentável e esses idosos são vítimas e negligencia e maus tratos estes são destinados a Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), onde receberão todo um suporte de suas necessidades, principalmente social. As Instituições de Longa Permanência para Idosos são modalidades de caráter residencial, que recebem pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania, podendo ou não estar vinculadas à iniciativa governamental (MARINHO et al, 2013).

Nesse contexto, os trabalhadores da área saúde estão em uma posição estratégica para identificar as pessoas em situação de abuso intrafamiliar ou até mesmo extrafamiliar e, com frequência, são os primeiros a serem informados sobre tais episódios, exigindo destes profissionais a promoção do cuidado integral e uma escuta sensível, voltadas a estas questões (BRASIL,2005).

Conforme Ribeiro et al (2015) será imprescindível dizer que cada profissão possui os seus próprios princípios éticos, as regras que regulam a conduta dos seus membros e as suas relações, não só entre si, mas, igualmente, com os outros



profissionais de saúde, as pessoas doentes, a sociedade em geral e, em particular, o idoso. Para prezar e assegurar a saúde do idoso, como também à do cuidador, destaca-se a importância do conhecimento acerca do perfil do cuidador, bem como de suas lacunas de conhecimento durante a prática do cuidado (COELHO et al, 2013).

Portanto, aprofundar os estudos com idosos dentro das Instituições de Longa Permanência, encaminhados pela delegacia especializada de Teresina-PI, permitirá compreender melhor o fenômeno e possibilitar a implementação de medidas preventivas, com a gestão de políticas públicas e manutenção de uma convivência familiar pacífica entre os idosos dependentes e os cuidadores. O presente estudo tem como objetivo avaliar a formação dos cuidadores de idosos na atenção à saúde da pessoa idosa vítima de violência encaminhados pela Delegacia de Segurança e Proteção ao Idoso em Teresina – PI.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa onde se adotou a técnica de entrevista aberta guiada por um conjunto de perguntas disparadoras.

O cenário do estudo se configurou em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) localizadas no município de Teresina-PI. Essas instituições têm por objetivo abrigar aqueles que não possuem família, que perderam o vínculo com seus familiares, que não podem ser cuidados por eles mesmos e aqueles que possuem família, mas por escolha própria preferem viver nas ILPIs, constituídas por uma equipe multiprofissional, que tem como finalidade atender às necessidades de cada indivíduo.

Como critérios de inclusão abordados foram incluídos na pesquisa cuidadores de idosos que atuam nas ILPI's pelo menos a 1 ano, que tenham prestado assistência ao idoso institucionalizado que sofreu qualquer tipo de violência e que concordem em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos cuidadores que estavam de férias ou licença, que não tenham prestado assistência ao idoso institucionalizado que sofreu qualquer tipo de violência, com tempo de atuação menor que seis meses e que apresentem discordância na assinatura do TCLE.

As quantidades de cuidadores que participaram desse estudo foram determinadas pelo processo de saturação das informações coletadas, ou seja, quando não houver mais necessidade de estender a pesquisa para um número maior de participantes. Inicialmente a pesquisa era com 20 cuidadores, no entanto, como se trata de uma pesquisa qualitativa, houve a saturação dos dados apenas com nove participantes. Em uma pesquisa a saturação dos dados ocorre quando as ideias contidas nas falas dos sujeitos começam a se repetir ou a expressarem uma consonância entre as mesmas.

O instrumento da coleta de dados foi um roteiro semiestruturado detalhado e organizado, com perguntas abertas, em que os entrevistados tiveram a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. As entrevistas foram gravadas, após o consentimento dos participantes e transcritas na íntegra, preservando a fala dos mesmos. Os encontros foram realizados em ambiente reservado obedecendo aos horários e às limitações dos sujeitos, garantindo a intimidade e dignidade do entrevistado, e evitando também interferências por parte de terceiros.

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo, cuja finalidade é analisar a partir das falas dos entrevistados, organizá-las em categorias analíticas que atendam aos objetivos da pesquisa, síntese e interpretação dos resultados (MINAYO, 2010).

Primeiramente, as falas foram transcritas na íntegra, em seguida realizadas leituras e releituras flutuantes, com a finalidade de tomar contato exaustivo com as informações colhidas. Posteriormente, foram processadas a organização dos dados transcritos de cada entrevista, destacando os aspectos relevantes e comparando-os com a literatura.

A seleção dos sujeitos se deu considerando a disponibilidade e o interesse dos entrevistados em participarem da pesquisa obedecendo ao que preceitua as recomendações ético-legais que regem as pesquisas com seres humanos. Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e métodos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Assim, como garantia do anonimato, os participantes foram identificados pela letra maiúscula E seguida de numeração de ordem crescente. A pesquisa recebeu parecer aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI e das instituições coparticipantes, atendendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos.

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa cuidadores de idosos que atuam na ILPI a mais ou igual a seis meses, que tenham prestado assistência ao idoso institucionalizado que sofreu qualquer tipo de violência e que concordaram em participar da pesquisa. Foi visto que a maioria dos profissionais predominou o sexo feminino (6), do que masculino, (3), e possuíam tempo de atuação na ILPE variando de 1 a 14 anos.

Para fins desse estudo, após a etapa de processamento, foram interpretados os relatos dos entrevistados, e de acordo com a opinião deles as ações/conduitas que são tomadas com o usuário idoso quando este chega com sinais de violência de qualquer natureza, é procurar passar segurança para eles, dando também muito amor, atenção e carinho, e evitando fazer indagações, conforme segue nas falas a seguir:

A gente procura passar segurança para eles, dando também muito amor, atenção e carinho, e não fazendo muita pergunta pois o idoso já vem com a agressão de casa e a gente procura dar mais amor e atenção porque eu sinto que eles ficam mais tristes, chorando, mais depressivos. (E.1)

Sempre a gente chama a coordenadora. Quando eles chegam com algum tipo de agressão, a gente chama ela pra poder resolver. Porque devemos chamar um responsável acima da gente pra poder resolver aquele problema, nunca discutir com o idoso mas com a responsável. (E.5)

A gente dá a assistência, o carinho, pra eles não ficarem com trauma da violência que eles sofriam antes de chegar aqui, e a convivência- conversando com eles todos os dias pra eles ficarem mais em paz. (E.8)

**Além disso, os cuidadores relatam que os tipos de violência mais frequentes é o abandono, porém as violências morais, físicas e psicológicas também foram citadas.**

Abandono. Porque eles botam aqui e não vem visitar e eles ficam sentindo falta dos familiares. (E.2)

A mais frequente, é o abandono, a agressão física, verbal também, e deixar morando sozinho na residência como muitos daqui chegaram a esse ponto. (E.6)

Agressão física, principalmente dos filhos que batem neles. (E.7)

**Contudo, não existem ações desenvolvidas com a família, pois estes não acompanham o processo de institucionalização do idoso.**

Quando a família vem, eles conversam e muitos idosos choram pra ir embora e a família não quer cuidar. E as pessoas que vem visitar ajudam doando alguma coisa. (E.3)

Ação aqui não tem, mas muitos familiares ligam pra saber como eles estão e só quando o idoso fica muito carente, perguntando muito pela a família, aí a direção liga e eles vem visitar e é auxiliado que essas visitas sejam mais frequentes. Pois eles se sentem abandonados. (E.4)

**Foi ainda informado que as dificuldades ou condutas que se encontra ao atender o idoso vítima de violência é a recusa pelo atendimento e a falta de recursos humanos para acolher a demanda. Conforme segue nos relatos a seguir:**

Eles (idosos) já vem tão agressivos, nervosos, que quando a gente se aproxima eles nunca entendem que é o cuidador, mas sim a pessoa que que estava maltratando ele. Eles são muito traumatizados e só com o tempo que eles percebem que estamos cuidando dele. Mas no início é difícil, eles não deixam nós nos aproximamos deles, estão com o psicológico muito abalado e só depois eles percebem que a convivência é diferente e que a gente só quer ajudar. (E.4)

Muita conversa, brincadeiras pra tentar convencer ela do contrário. As vezes

funciona, outras não; mas depende do momento. Quando ela não responde nada, aí a gente espera o tempo dela depois ela (idosa) chama, aí é o tempo de conquistar. (E.5)

As vezes eles não querem conversar, e a gente tenta conseguir a confiança deles pra que ele conte tudo, para podermos ajudar. Porque eles não querem que ninguém pergunte sobre família, sobre os filhos. E no tempo deles que a gente consegue conversar, tentando conquistar a confiança deles. (E.9)

Os relatos explicitam que os cuidadores reconhecem que a violência intrafamiliar traz consequências para a saúde dos idosos e buscam intervir sobre a problemática, através do seu cuidado ampliado e por ser o articulador e integrador do cuidado, porém, no entender dos participantes, isso depende muito das suas escolhas, isto é, atitudes e posturas pessoais e profissionais.

## DISCUSSÃO

Ao analisar os resultados, observou-se pela as falas dos cuidadores, que dentre a violência mais cometida é o abandono, onde muitos são esquecidos pelos familiares e deixados à própria sorte. Além do abandono, outros tipos de maus-tratos são apontados nas demais investigações realizadas, como: a negligência, a violência psicológica, desvalorização moral e agressões física.

Dentre os grandes empecilhos à saúde do idoso, a violência vem sendo cada vez mais colocada em pauta, particularmente a que ocorre no âmbito familiar (OLIVEIRA et al., 2013). A natureza dos tipos de violência que a população idosa sofre coincide com a violência social que a sociedade brasileira vivencia e produz em suas relações, e introduz em sua cultura. Os maus-tratos ao idoso constituem um desses atos realizados pela sociedade, sendo este único ou repetido, ou a omissão que cause danos ou aflição e que ocorra em qualquer relação na qual haja expectativa de confiança (BRASIL, 2005).

Em relação aos autores da violência contra o idoso, é relevante destacar através da fala do E.7 que os agressores eram da mesma família dos idosos, sendo, na sua maioria, os próprios filhos que abandonam e que machucam. Esse tipo de violência, que atinge o psicológico já fragilizado, realça no idoso o sentimento de incapacidade em lidar com os próprios problemas e consigo mesmo, enaltecendo um sentimento de frustração. Segundo o cuidador E.9 muitos deles se recusam a conversar, carecendo do vínculo de confiança cuidador-paciente para que ele conte tudo, desenvolvendo medidas para que possa ajudar esse idoso porque a maioria deles não querem que ninguém os questionem sobre família nem sobre os filhos, dificultando as ações desses profissionais.

Por conseguinte, em muitos casos, a conduta do próprio idoso contribui de forma decisiva para a rejeição dos membros do grupo dos cuidadores que, muitas vezes, encontram dificuldade em conversar e manter um vínculo com o idoso. Estes fatores

podem intensificar a não adaptação do idoso na ILPI ou desencadear o sofrimento e a tristeza, afastando-o do convívio social com os demais residentes da instituição (MARTINS et al, 2011). De acordo com o cuidador E.4, esse fato é ressaltado quando os idosos chegam a ILPI agressivos e nervosos, muito traumatizados dos maus tratos que sofreram da família recusando a assistência do cuidador, confundindo-o com a pessoa agressora e só com o tempo percebem que a convivência é diferente.

As questões emocionais e psicossociais do idoso cuidado, como agressividade e resistência, sobressaem-se e apontam para a importância de intervenções estratégicas à essa população, como forma de melhorar o desempenho do cuidador, com aumento de suas habilidades e controle sobre a atuação desenvolvidas diante das demandas exigidas para esse tipo de cuidado (COELHO et al., 2013).

O estudo demonstra aspectos que dificultam as ações dos cuidadores para com idoso como um sujeito social, por falta da presença fundamental dos familiares como consta na fala da E.4 onde muitos familiares apenas ligam para serem informados sobre a estadia dos idosos e quando este fica muito carente, sendo os familiares auxiliados pela instituição que as visitas sejam mais frequentes, pois os idosos se sentem abandonados.

Em decorrência disso que, de acordo com a literatura, é necessário o surgimento cada vez maior, de novas e diferentes necessidades de cuidado, e a importância de se ter como alvo, no âmbito das políticas públicas, reflexões e ações sobre o conhecimento, o planejamento e a execução desses modos de cuidar/produzir saúde e qualidade de vida do idoso na comunidade (COELHO et al., 2013; AGUIAR et al., 2015).

As mudanças e a complexidade do envelhecimento apontam para a importância de preparação para o enfrentamento das dificuldades descritas pelos próprios cuidadores durante a tarefa do cuidar. O cuidador precisa identificar as reais necessidades de saúde dos idosos, garantindo sua autonomia, protagonismo e valorização de sua vontade. Essa compreensão do cuidador como sujeito que também necessita e demanda por cuidados deve nortear profissionais de saúde nas ações dirigidas a eles (COELHO et al., 2013; CASTRO et al, 2013).

No estudo, constatou-se que os cuidadores identificavam os casos de violência de qualquer natureza por meio do vínculo com o paciente. O principal instrumento de trabalho do cuidador é a conversação, utilizando abordagens diretas na promoção e prevenção da saúde. Além disso, visualiza-se a dificuldade do vínculo do cuidador com as famílias, pois, em algumas situações, a violência acontece no leito intrafamiliar e quando os idosos vão para a instituição de acolhimento muitos são abandonados, deixados sem amparo e atenção (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013). Como observa a cuidadora E.2 onde muitos familiares apenas colocam os idosos nas ILPI's e não vão visitar, e estes acabam sentindo falta dos seus entes queridos almejando estarem juntos com a família que os abandonaram.

O profissional deve estar consciente da fragilidade da vítima, uma vez que

a violência contra a pessoa idosa é multidimensional e expressa uma relação de poder estruturada tanto social como institucionalmente, bem como nas relações intrafamiliares (DAMASCENO et al, 2016). A partir do levantamento, foi constatado que os profissionais da ILPI buscam discutir os casos, traçar estratégias, apoiar, e escutar os idosos procurando desenvolver ações de acompanhamento e afetividade demonstrando carinho e atenção, mostrando um ambiente seguro e acolhedor, como descreve as cuidadoras E.1 e E.8.

Foi identificado através da fala da cuidadora E.5, que ao se depararem com situações de violência intrafamiliar, recorrem à coordenação da instituição para elaborar as medidas cabíveis para enfrentar o problema. Sendo assim, nas ILPI cabe ao cuidador amenizar os sentimentos de abandono, tristeza, e solidão por meio de um contato mais próximo e de assistência direcionada também aos familiares.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que os cuidadores consideram a violência intrafamiliar predominante, sendo cometida por quem compartilha o dia a dia com o idoso e apresenta-se, principalmente, por meio da negligência e do abandono.

Observou-se no estudo reflexões sobre as situações de maus-tratos vividos pelos idosos identificados pelos cuidadores, fazendo emergir ampla discussão sobre as características do abuso praticado contra a pessoa idosa, trazendo dessa discussão quão importante é identificar os sinais e programar ações preconizadas nas Políticas Públicas direcionadas aos idosos. A violência contra a pessoa idosa constitui, portanto, uma violação dos Direitos Humanos e os cuidadores possuem ações estratégicas, tanto no âmbito da prevenção quanto do enfrentamento, a fim de resgatar e garantir a dignidade desse segmento.

A partir do estudo realizado, para uma definição mais precisa da problemática e, logo, para a melhoria de políticas públicas que abrangem a proteção e promoção de saúde do idoso, fazem-se necessários estudos futuros que englobem coleta de dados com outros indivíduos que convivam com o idoso em seu ambiente doméstico e na relação intrafamiliar.

Ao estabelecer relação entre esta pesquisa e outros artigos que tenham perspectiva semelhante, é notória a crescente preocupação com a temática, mas principiante porque a problemática desse grupo vítima de violência não alcançou um cunho investigativo tão relevante equivalente às ocorrências que vêm acontecendo na atualidade, então embora estejam presente em muitas áreas científicas ainda se faz necessária à exploração unificada e dialogada entre todas as ciências que tratam ou ainda não fazem, mas que precisam tratar do assunto na abordagem da violência na velhice.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. P. C. de et al. Violência contra idosos: descrição de casos no Município de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 19, n. 2, p. 343-349, 2015.
- BRASIL. Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa. **Brasília (DF):** Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.
- CAMACHO, A. C. L. F; ALVES, R. R. Revisão integrativa sobre maus tratos contra os idosos na perspectiva da enfermagem. **Journal of Nursing UFPE online**, v. 9, n. 2, p. 927-935, 2014.
- CASTRO, A. P. de et al. Violência na velhice: abordagens em periódicos nacionais indexados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1283-1292, 2013.
- COELHO, E. R et al. Perfil sociodemográfico e necessidades de educação em saúde entre cuidadores de idosos em uma unidade de saúde da família em Ilhéus, Bahia, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 28, p. 172-179, 2013.
- DAMASCENO, C. K. C. S; SOUSA, C. M. M; MOURA, M. E. B. Violência contra pessoas idosas registrada em delegacia especializada de segurança e proteção ao idoso. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 10, n. 3, p. 949-957, 2015.
- MACHADO, J. C et al. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 828-840, 2014 .
- MARINHO, L. M et al. Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 104-110, 2013.
- MARTINS, J. J; BORGES, M; SILVA, R. M; NASCIMENTO, R. P. E. O processo de viver e de ser cuidado de idosos e a percepção dos cuidadores. **Rev Cogitare Enferm**, v. 16, n.1, p. 96-103, 2011.
- MINAYO, M. C. S. **Violência contra idosos: avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília, DF: AMPID, 2005.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- MOREIRA, W. C et al. Análise sobre as políticas públicas de enfrentamento a violência contra o idoso. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 10, n. 4, p. 1324-1331, 2016.
- OLIVEIRA, A. A. V de et al. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 128-133, 2013.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de Ação Internacional sobre o envelhecimento**. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos; 2002.
- POLARO, S. H. I; GONÇALVES, L. H. T; ALVAREZ, A. M. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 160-167, 2013.
- RESENDE, J. O et al. Assistência do enfermeiro ao idoso na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 5, n. 3, 2016.
- RIBEIRO, M. de F. P. A violência no idoso: responsabilidade profissional. **A SAÚDE MENTAL E VULNERABILIDADE SOCIAL**, p. 111, 2015.
- SALES, D. S et al. A violência contra o idoso na visão do agente comunitário de saúde. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 19, n. 1, 2014.

## O USO DE ATIVIDADES LÚDICAS ATRAVÉS DOS CUIDADORES DE PACIENTES COM ALZHEIMER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA BASEADO NO ARCO DE MAGUEREZ

### **Amaury Miranda Esteves**

Especialista em Medicina do Trabalho (UFPA)  
Belém – Pará

### **Glenda Keyla China Quemel**

Mestrado associado UEPA/UFMA (UFRJ)  
Belém – Pará

### **Izabela Moreira Pinto**

Universidade do Estado do Pará (UEPA)  
Belém – Pará

### **João Pedro Martins da Cunha**

Universidade do Estado do Pará (UEPA)  
Belém – Pará

### **Maíra Freire Martins**

Faculdade Integrada Brasil Amazônia (FIBRA)  
Belém – Pará

### **Márcia Geovanna Araújo Paz**

Universidade do Estado do Pará (UEPA)  
Belém – Pará

### **Rayssa Raquel Araújo Barbosa**

Universidade da Amazônia (Unama)  
Belém – Pará

### **Sidney Leal Santos**

Faculdade Faci Wyden  
Belém – Pará

### **Flávio Luiz Nunes de Carvalho**

Doutor em Biologia Celular e Molecular Aplicada  
à Saúde pela Universidade Luterana do Brasil  
(ULBRA)  
Belém – Pará

**RESUMO:** Com o crescimento da expectativa de vida da população ocorre, também, um aumento no número de pessoas que desenvolve a demência com diferentes etiologias. A Doença de Alzheimer ocasiona um quadro de demência e compromete gradativamente as funções cognitivas e intelectuais dos pacientes, tornando cada vez mais doloroso e traumático para o paciente e para seu cuidador, seja ele familiar ou não. Nesse sentido, o presente estudo objetiva relatar a experiência de um grupo de acadêmicos de enfermagem com cuidadores de pacientes com Alzheimer e a importância das atividades lúdicas através do Arco de Magueréz. É um estudo descritivo com abordagem qualitativa em que participaram cerca de 20 cuidadores familiares de idosos diagnosticados com a doença, sendo que 95% eram do gênero feminino e 5% do gênero masculino. Embora seja um relato de experiência particular e isolado, é importante ressaltar que durante o desenvolvimento deste estudo não houve contato direto com os pacientes e que a atividade teve êxito, visto que a atenção voltada para o bem-estar do cuidador reflete na qualidade de vida do paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Alzheimer; Cuidador; Autoestima; Atividades Lúdicas.



## THE USE OF PLAYFUL ACTIVITIES THROUGH CAREGIVERS OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE: AN EXPERIENCE'S REPORT BASED ON MAGUEREZ' ARCH

**ABSTRACT:** With the increase in the life expectancy of the population, there is also an increase in the number of people who develop dementia with different etiologies. Alzheimer's Disease causes dementia and gradually compromises the cognitive and intellectual functions of patients, making it increasingly painful and traumatic for the patient and his caregiver, whether or not they are relatives. Following these discussions, the present study aims to report the experience of a group of nursing students with caregivers of Alzheimer's patients and the importance of playful activities through the Magueriez' Arch. It is a descriptive study with a qualitative approach in which about 20 family caregivers of elderly people diagnosed with the disease participated, 95% of them were female and 5% were male. Although it is a report of private and isolated experience, it is important to emphasize that during the development of this study there was no direct contact with the patients and this activity was successful, since the attention focused on the well-being of the caregiver reflects on the quality of patient's life.

**KEYWORDS:** Alzheimer's disease; Caregiver; Self-esteem; Playful activities.

### 1 | INTRODUÇÃO

O fenômeno de crescimento da expectativa de vida da população a nível mundial é considerado significativo para a qualidade de vida das pessoas que atingem a terceira idade. Conforme apresentado pela Organização Pan-Americana de Saúde (2017), cerca de 10 milhões de pessoas desenvolvem demência por ano, fato este que é responsável pelo gasto de 1% do produto interno bruto mundial relacionados com despesas de tratamento do paciente. Entre 2000 e 2009, houve 1.505.326 óbitos de idosos, sendo desse total 0,4% decorrentes da Doença de Alzheimer (TEIXEIRA *et al*, 2015).

O número total de indivíduos que sofrem de demência mundial em 2010 foi estimado em 35,6 milhões e é previsto que este número quase dobre a cada 20 anos – para 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050. É quase 7,7 milhões o número total de novos casos de demência a cada ano no mundo, sendo considerada a quarta causa de morte em adultos. No Brasil, projeções indicam que a prevalência média se apresenta mais alta que a mundial. Nos indivíduos com 65 anos e mais, passando de 7,6% para 7,9% entre 2010 e 2020, ou seja, 55.000 novos casos por ano (GUTIERREZ *et al*, 2014).

A doença de Alzheimer, também conhecida pela sigla DA, teve o seu primeiro diagnóstico em 1907 feito pelo neuropsiquiatra alemão Alois Alzheimer. Conhecida por agir de maneira progressiva e implicar nas funções cognitivas e intelectuais dos pacientes, o Alzheimer compromete a memória dos indivíduos, sendo este um dos

motivos pelo qual alguns casos da manifestação clínica da DA possam ser confundido com um comprometimento cognitivo leve recorrente (MONTAÑO; RAMOS, 2013). É uma doença degenerativa cerebral não contagiosa, de etiologia desconhecida, que possui características neuropatológicas e neuroquímicas. Atinge de forma gradativa, regiões cerebrais responsáveis pela cognição e aprendizagem, fazendo com que os pacientes da doença percam a capacidade de armazenar informações novas e com a evolução do caso clínico chegam a não ter mais mobilidade física dependendo dos cuidadores para realizar a grande maioria das atividades.

Com o avanço da doença, lidar com ela se torna cada vez mais doloroso e traumático, tanto para a família que convive, quanto para o profissional de saúde responsável por cuidar do paciente. O esquecimento sobre acontecimentos recentes e até mesmo de pessoas com quem o paciente convive, é considerado um dos maiores dramas na fase de tratamento (RIBEIRO, 2010).

Os profissionais de saúde e os cuidadores devem estar capacitados em termos de habilidade e conhecimento, deste modo, faz-se necessário saber acerca de sinais e sintomas da DA, de métodos de intervenções diretas ou indiretas, de mecanismos de exercícios prescritos não assistidos por profissionais, além de uma atenção direcionada aos próprios cuidadores, seja psicológica ou médica. Essas ações objetivam aumentar as informações e o assessoramento da família sobre a patologia, visando melhorar a qualidade de vida do paciente e atenuar as repercussões socioeconômicas, psicológicas, emocionais, entre outras, gerados a partir dessa enfermidade. Sendo assim, o cuidador desenvolve um papel de suma importância na rotina e no cuidado deste paciente e tendo conhecimento adquirido, é capaz de auxiliar no tratamento da doença utilizando recursos fundamentados, tais como: jogos interativos, exercícios mentais, atividades motoras e sensoriais, atividades rotineiras, dentre outros. (CARVALHO, 2014).

Conforme apresentado por Ribeiro (2010, p. 17):

Aproximadamente em 80% dos casos é a família quem se responsabiliza pelo enfermo. Em muitas vezes isso é feito em condições dramáticas e sem nenhum tipo de ajuda, subvenção (subsídio ou auxílio pecuniário) informação, apoio ou consideração. O problema tem dimensão psicológica muito importante no que diz respeito ao equilíbrio psicológico da família.

As mudanças na rotina de uma casa podem afetar suas questões estruturais, financeiras e psicossociais e essa falta de equilíbrio na relação familiar, também pode ser um fator determinante, pois gera estresse no paciente, o qual não pode ser contrariado. Nesse ambiente, à exceção do enfermo, o cuidador se torna o principal afetado, havendo necessidade, portanto, que a preservação de suas qualidades psicológicas e físicas seja levada em consideração para que os cuidados tenham bons resultados. Por isso é importante que esses cuidadores tenham atenção, informação, orientação e preparo, a fim de que se evitem transtornos em sua relação com o

paciente e que o convívio seja menos estressante e conflituoso.

Com isso, o presente trabalho tem como enfoque o aprimoramento desse público no intuito de torná-lo capacitado ao cuidado para auxiliar os pacientes no tratamento. Por ser um assunto pouco discutido, haja vista não se ter tanto embasamento teórico disponível para acesso sobre a temática, dar atenção a esses profissionais, é prestar um melhor atendimento, mesmo que de forma indireta, aos pacientes acometidos por essa doença, fornecendo-lhes também uma assistência psicológica, emocional e educativa.

## **2 | OBJETIVO**

Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem com cuidadores de pacientes com diagnóstico de Alzheimer, através da metodologia do Arco de Maguarez, no uso de atividades lúdicas para aprimorar os conhecimentos e habilidades quanto a assistência prestada.

## **3 | MÉTODO**

Trata-se de um estudo de natureza descritiva com uma abordagem qualitativa do tipo relato de experiência desenvolvido a partir da vivência de acadêmicos de enfermagem do terceiro semestre de uma Universidade Pública de Belém do Pará. Foi realizado no período de 21 de agosto a 13 de dezembro de 2018. O local da realização do presente estudo foi a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz) que tem como finalidade prestar apoio aos cuidadores de pacientes diagnosticados com a doença. A referida entidade promove reuniões uma vez na semana, geralmente às terças-feiras, em um edifício localizado à Avenida Governador Magalhães Barata, localizado no Centro do Município de Belém-PA.

É importante ressaltar que esse tipo de metodologia ativa é adotado dentro do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Pública, em que os autores possuem vínculo estudantil por meio das Atividades Integradas em Saúde (AIS). As AIS são atividades constituintes do componente curricular do referido curso de bacharelado, que servem parcialmente como nota do semestre dos discentes matriculados mediante à realização de ações na comunidade e elaboração de artigo científico.

Ao longo dos meses estabelecidos, o estudo desenvolveu-se por meio de oito (08) encontros, sendo 02 no mês de agosto, 02 no mês de setembro, 02 no mês de outubro, 01 no mês de novembro e um no mês de dezembro. Participaram cerca de vinte (20) cuidadores de pacientes diagnosticados com Alzheimer. Como abordagem metodológica e dialética, foi utilizada a metodologia da problematização assentada

sob o Arco de Maguerez proposto por Charles Maguerez na década de 60, a qual sofreu alterações por Bordenave e Pereira, e Neusi Berbel nas décadas posteriores.

Para Vieira e Pinto (2015), a metodologia da problematização assentada sob o arco de Maguerez desenvolvida em curso de graduação em ciências da saúde é composta pelas seguintes etapas: 1) Observação da Realidade e escolha de um problema a ser trabalhado nas próximas etapas que podem ser dificuldades, falhas e conflitos, desde que sejam passíveis de resolução; 2) Indicação de Pontos-Chave, em que os discentes determinam os pontos multicausais que circunscrevem o problema escolhido na etapa anterior e procuram entendê-lo como parte constituinte de um contexto social, cultural ou político; 3) Teorização, em que os discentes procuram referências bibliográficas referentes ao problema e pontos-chave que serão discutidos à luz de artigos científicos, livros, dissertações ou teses presentes filtrados de dados ou bibliotecas virtuais e físicas; 4) Hipóteses de solução, em que os discentes estão munidos de conhecimento científico e social de forma crítica e reflexiva conferido pelas etapas anteriores, formulam e planejam maneiras concretas de solucionar o problema estabelecido; 5) Aplicação Prática na Realidade, em que os discentes executam o planejamento para a solução do problema no local pesquisado.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram utilizados os seguintes materiais: um Datashow Epson PowerLite S41+SVGA, 25 quebra-cabeças adquiridos no centro comercial da cidade que continham desenhos de personagens e heróis conhecidos pelos participantes, 25 cadernos de capa mole e arame com 96 folhas no formato 140 mm x 200mm, 25 caça-palavras que continham palavras comuns e regionais que faziam parte do cotidiano dos participantes, 25 canetas esferográficas Bic nas cores azul e preta, 25 embalagens plásticas na cor transparente e 2 metros de fitilho azul piscina.

## 4 | RESULTADOS

Na primeira fase do arco foi realizada a primeira visita, onde os autores se encontraram com os cuidadores e participaram de reuniões que estavam na programação da ABRAZ em forma de roda de conversa. Nessa ocasião, os cuidadores foram orientados a se apresentarem e relatarem algumas dificuldades que encontravam no cotidiano e quais as atividades que os pacientes com diagnóstico de DA realizavam no dia a dia.

Durante o primeiro encontro informal realizou-se a caracterização da amostra de participantes do estudo, sendo que 95% (n=19) eram do gênero feminino e 5%(n=1) eram do gênero masculino. A faixa etária dos participantes variou entre 32 a 57 anos e eram cuidadores de pacientes com diagnóstico de Alzheimer cerca de 5 a 13 anos; 65% (n=13) eram filhos dos pacientes com DA; 25%(n=5) eram cuidadores particulares contratados para realizar todos os cuidados necessários durante 24 horas em cerca

de 5 dias na semana; 10%(n=2) eram netos dos pacientes com DA.

Dentre os 25% dos cuidadores particulares contratados para realizar todos os cuidados necessários, 4 eram indivíduos com naturalidade de cidades do interior do Pará que vieram para o Município de Belém à procura de uma fonte de renda e acabaram morando com os pacientes diagnosticados com DA e apenas 1 era uma vizinha e amiga dos pacientes com diagnóstico de DA.

Ainda sobre a primeira fase, 80%(n=16) dos cuidadores demonstraram não realizar atividades lúdicas que retardam os prejuízos na memória e que estimulam a autoestima e autonomia dos pacientes com o diagnóstico de DA. Assim, os discentes formularam que a necessidade de atividades lúdicas no cotidiano de pacientes com DA era um problema que poderia ser trabalhado por meio da metodologia do Arco de Maguerez.

Para a segunda fase, os autores se reuniram nas dependências da Universidade Pública junto aos docentes responsáveis pela pesquisa para a realização da determinação de pontos-chave que circundam o problema relacionado à necessidade de atividades lúdicas no cotidiano dos pacientes com DA.

Nessa ocasião, os autores determinaram que jogos simples, de fácil acesso e anotações corriqueiras poderiam estimular a autonomia em pacientes com DA e, conseqüentemente, melhorariam sua autoestima, entre outros benefícios que serão debatidos posteriormente. Optou-se também, por utilizar personagens e heróis conhecidos como estratégia de estimular o interesse dos pacientes.

Para a terceira fase do arco, os autores fizeram duas reuniões no mês de setembro e realizaram uma revisão da literatura profunda e minuciosa nos seguintes bancos de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline/pubmed)* e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) com os seguintes descritores retirados dos Descritores das Ciências da Saúde (DeCs): [Doença de Alzheimer], [Ludoterapia] e [Jogos e Brinquedos], em que se incluem artigos científicos completos, teses, dissertações e livros disponíveis online, na fatia temporal entre 2014 a junho de 2018, nos idiomas inglês, português e espanhol, e foram excluídos manuscritos duplicados e com acesso mediante a pagamento. Nessas ocasiões, os autores filtraram nas literaturas que debatiam sobre a importância e benefícios das atividades lúdicas para o cotidiano de pacientes com DA, quais os melhores jogos indicados a esse público.

Ainda na terceira fase e a partir das informações extraídas da literatura, os autores realizaram um seminário científico para a turma matutina do segundo ano bloco I (terceiro semestre) do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Pública em questão, em que abordaram sobre a fisiopatologia da Doença de Alzheimer a fim de debater o assunto com os futuros colegas de profissão. O seminário contou com 21 discentes do curso de graduação em enfermagem, em que 65%(n=13) desses discentes possuíam dúvidas e incertezas sobre a referida patologia.

Na quarta etapa do arco, os autores fizeram uma reunião para tratar do

planejamento de atividades para a solução do problema em questão. Nessa ocasião, percebeu-se que estimular e demonstrar a importância de atividade lúdicas no dia a dia dos cuidadores e pacientes poderiam trazer inúmeros benefícios pessoais e sociais para os envolvidos, como a melhora da capacidade cognitiva e motora e a estimulação das regiões do cérebro afetadas pela doença. Assim, os autores optaram por realizar uma palestra para explicar considerações gerais sobre Doença de Alzheimer e distribuir kit didático que continham um caça-palavras, um caderno de anotações, um quebra-cabeça e uma caneta esferográfica.

Na quinta etapa, realizou-se uma palestra interativa de aproximadamente duas horas com os frequentadores da ABRAZ com os participantes em que os autores abordaram temas sobre Doença de Alzheimer utilizando linguagem simples e de fácil compreensão para indivíduos não pertencentes a área da saúde, tais como: como acontece a Doença de Alzheimer, qual a importância e como se utiliza a ludoterapia, jogos e brincadeiras para pacientes com DA. Na ocasião distribuiu-se os kits preparados na sessão anterior.

E, por fim, foi realizado o último encontro nas dependências da Universidade Pública para balanço positivo e negativo da realização do arco, bem como para a redação de um relatório científico que discorreu sobre as experiências dos discentes que foi entregue aos docentes responsáveis e para a coordenadora do curso de graduação em enfermagem.

## 5 | DISCUSSÃO

De acordo com os resultados deste trabalho, foi possível observar a falta de informações dos cuidadores acerca da fisiopatologia e de como lidar com as crises decorrentes dos pacientes portadores da doença de Alzheimer. Além disso, notou-se que 95% dos cuidadores eram do sexo feminino e apenas 5% masculino, assim como no trabalho de Kucmans *et al* (2016), em que foram analisadas as principais dificuldades dos cuidadores familiares de doentes de Alzheimer em Santa Catarina, e que foi relatado também que a maioria dos cuidadores eram predominantemente mulheres. Esses achados também são semelhantes aos de Mendes e Santos (2016), no qual alegaram que dos 21 cuidadores participantes da pesquisa, 76% eram mulheres, reafirmando o que se encontra nas literaturas e que as mulheres desempenham mais o papel de cuidador (Biolo & Portella, 2010). Esse fator pode estar associado ao histórico de trabalho em relação às diferenças de gênero que atribuem às mulheres a responsabilidade de cuidar dos demais membros da família. Como mencionado em Martins *et al* (2007), existem muitos aspectos e normas culturais envolvidas nos quais ainda se espera do homem o sustento e da mulher, o cuidar dos filhos e dos outros familiares necessitados de cuidados (Garces *et al*. 2012)

Kucmans *et al* (2016) mostraram que a faixa etária dos cuidadores participantes

da pesquisa era entre 47 e 80 anos. Mendes e Santos (2016), no entanto, observaram que sua idade variava de 32 a 42 anos, o que demonstra maior proximidade com os dados da presente instigação, que varia entre 32 e 57 anos. De acordo com Lemos *et al.* (2006), isso significa que o fator idade desses cuidadores pode estar associado a algum grau de parentesco que são na maioria filhos ou cônjuges.

Notou-se também a necessidade de desenvolver atividades lúdicas para estimulação cognitiva e reinserção social, pois segundo Hernandez *et al* (2010), o desenvolvimento do aspecto lúdico facilita o aprendizado, o desenvolvimento pessoal, cultural e intelectual colaborando para a saúde mental do paciente. Essa conclusão remete a Sousa (2013), que ressalta os usos de técnicas de memorização como imprescindíveis e que se pode dispor de diversas cores, músicas, jogos, entre outros.

Vários estudos já vêm mostrando que aplicação das atividades lúdicas torna o paciente mais confiante ao tratamento, melhorando a autoestima, as funções cognitivas, proporcionando maior interação entre os pacientes e no tratamento (Mendonça & Macedo, 2010; Pinheiro & Gomes, 2014).

Dessa forma, é possível observar o valor de se transmitir informações ao cuidador sobre o incentivo da prática de atividades físicas, tão importante para a família quanto para os profissionais da saúde (Pozes et al., 2013). Stein et al (2012) afirmam ser normal que pessoas idosas possuam maior dificuldade na prática de atividade física, e o Alzheimer agrava ainda mais as alterações trazidas pela doença, com isso, observamos a importância de estimular a prática de atividade física, podendo ser esse um outro meio de tratamento não farmacológico para diminuir as degenerações causadas pela doença.

Neste trabalho também foi possível observar que a musicoterapia melhora o desenvolvimento cognitivo do paciente. Para Albuquerque et al (2012) a musicoterapia ajuda no resgate de lembranças associadas a família, lugares, momentos vivenciados, memória antigas e recentes. Permitindo estimular diversas regiões cerebrais, trazendo e reconstruindo novas histórias vividas (Ziv et al., 2007; Gagnon et al., 2009). Diante disso, é de fundamental importância considerar os benefícios promovidos pela musicoterapia como forma de reabilitação cognitiva para pacientes com a doença de Alzheimer, assim como, proporcionar melhor qualidade de vida para seus cuidadores.

## 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora seja um relato de experiência particular e isolado, durante o desenvolvimento deste trabalho não houve o contato direto com os pacientes de Alzheimer, entretanto a atividade teve êxito visto que, a atenção voltada para o bem-estar dos cuidadores reflete na qualidade de vida do paciente. Assim, o objetivo do presente trabalho foi instruí-los sobre a importância das atividades lúdicas no tratamento de pacientes com Alzheimer. Portanto, o trabalho foi executado e seus

objetivos foram alcançados pelos discentes, ressaltando que tais atividades são úteis quando utilizadas em conjunto com os fármacos de modo a desacelerar a progressão da doença (RIBEIRO, 2010).

No cenário acadêmico é importante desenvolver pesquisas que coloquem o cuidador como protagonista do processo saúde-doença, que na maioria das vezes não são profissionais treinados para isso, mas sim familiares, os quais também merecem atenção. A formulação de atividades deste cunho na graduação dos cursos voltados para a ciência da saúde, viabilizam o contato com situações que capacitam o profissional para lidar com situações adversas.

A ação teve grande papel na formação acadêmica dos discentes, uma vez que a enfermagem se divide em ciência, cuidado e aprendizagem, logo, o ato de ensinar torna possível a promoção e prevenção da saúde, no que tange a doença de Alzheimer envolvendo o paciente como um todo através do cuidado humanizado. Este estudo consiste em olhar o paciente não apenas como portador de uma patologia, dessa forma, é primordial aprimorar os conhecimentos dos cuidadores e capacitá-los a lidar com as possíveis intercorrências causadas pela doença.

## REFERÊNCIAS

BERBEL, N. A. N. **As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes**. Semina: Ciências Sociais e Humanas. Londrina, v.32, n.1, p. 25-40, 2011.

CARVALHO, E. S. **Plano de ação para o cuidado ao portador de Alzheimer e seu familiar/cuidador - Desafio da estratégia saúde da família novo tempo São Geraldo - MG**. 2014. 30f. Trabalho de conclusão de curso de especialização – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2014. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/5177>>. Acesso em: 11 jul. 2019.

FROTA, N. A. F. et al. **Crítérios para diagnóstico da doença de Alzheimer**. Dement Neuropsychol. São Paulo, v. 5, n. 1, p. 5-10, Jun. 2011. Disponível em: <<http://www.demneuropsy.com.br/imageBank/pdf/v5s1a02.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2018.

GAGNON, L; PERETZ, I; FÜLÖP, T. **Musical structural determinants of emotional judgments in dementia of the Alzheimer type**. Neuropsychology. 2009;23(1):90-7.

GUTIERREZ, B. A. O; SILVA, H. S. da; GUIMARÃES, C; CAMPINO, A. C. **Impacto econômico da doença de Alzheimer no Brasil: é possível melhorar a assistência e reduzir custos?** Ciência & Saúde Coletiva, 19(11):4479-4486, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4479.pdf>>. Acesso em 15 Jul. 2019.

HERNANDEZ, S. S; et al. **Efeitos de um programa de atividade física nas funções cognitivas, equilíbrio e risco de quedas em idosos com demência de Alzheimer**. Rev Bras Fisioter, São Carlos, v. 14, n. 1, p. 68-74, jan./fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n1/11.pdf>>. Acesso em 13 jul. 2019.

MONTAÑO, M; RAMOS, L. **Como Diagnosticar e Tratar a Doença de Alzheimer**. Moreira Jr, São Paulo, n. 12, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia+5591](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia+5591)>. Acesso em: 12 nov. 2018.

OPAS/OMS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Demência: número de pessoas afetadas**



**triplicará nos próximos 30 anos.** Brasília, 2017. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5560:dementia-numero-de-pessoas-afetadas-triplicarao-nos-proximos-30-anos&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5560:dementia-numero-de-pessoas-afetadas-triplicarao-nos-proximos-30-anos&Itemid=839)> Acesso em: 10 jul. 2019.

POZES, V. L. S; DAHER, D. V; FONSECA, T. C. **Resgate de reservas cognitivas em idosos com demência de Alzheimer: Relato de Experiência.** Rev pes.: cuid. fundam. online. [S.l.], v. 5, n. 5, p. 148-154, dec. 2013. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1689>>. Acesso em: 15 Jul. 2019.

RIBEIRO, C. **Doença de Alzheimer: A principal causa de demência nos idosos e seus impactos na vida dos familiares e cuidadores.** Trabalho de conclusão de curso de especialização – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3057.pdf>>. Acesso em 13 Jul. 2019.

SOUSA, M. P. **O lúdico na terceira idade.** 61f. Trabalho de Graduação (Pós-Graduação Psicomotricidade) - Universidade Candido Mendes, UCAM/RJ. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.avm.edu.br/monopdf/7/MARCIO%20PEREIRA%20DE%20SOUSA.pdf>> Acesso em: 13 Jul. 2019.

STEIN, A. M; COSTA, J. Ç. R; VITAL, T. M; HERNANDEZ, S. S; GARU, M; TEIXEIRA, C. V. L; STELLA, F. **Atividade física, sono e qualidade de vida na doença de Alzheimer.** Rev Bras Ativ Fis e Saúde. 2012; 17(3): 200- 205.

TEIXEIRA, J. B; SOUZA JUNIOR, P. R. B; HIGA, J; THEME FILHA, M. M. **Doença de Alzheimer: estudo da mortalidade no Brasil, 2000-2009.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 4, abr. 2015.

VALE, F. A. C. et al. **Tratamento da doença de Alzheimer.** Dement Neuropsychol, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 34-48, Jun. 2011. Disponível em: <<http://www.demneuropsych.com.br/imageBank/pdf/v5s1a05.pdf>> Acesso em: 18 set. 2018.

ZIV N; GRANOT, A; HAI, S; DASSA, A; HAIMOV, I. **The effect of background stimulative music on behavior in Alzheimer's patients.** J Music Ther. 2007;44(4):329-43.

## **SOBRE A ORGANIZADORA**

**Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra** - Enfermeira pelas Faculdades Nordeste - FANOR (Bolsista pelo PROUNI). Doutoranda em Obstetrícia (DINTER UFC/UNIFESP). Mestre em Saúde Coletiva - PPSAC/UECE. Especialização em Enfermagem Obstétrica - (4 Saberes). Especialista em Saúde Pública - UECE. Atua como consultora materno-infantil. Enfermeira Obstetra na clínica Colo. Atuou como docente do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza. Atuou como professora do Grupo de Pesquisa em Avaliação da Saúde da Mulher - GPASM/ESTÁCIO. Atuou como docente do Curso Técnico em Cuidado de Idosos - PRONATEC/ Unichristus. Atuou como supervisora pedagógica do Curso Técnico em Enfermagem da Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIEPS) da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. Atuou como enfermeira assistencial no Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora (HFT). Atuou na preceptoria de estágio das Faculdades Nordeste - FANOR. Atuou como pesquisadora de campo da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Faculdade de Medicina - no Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Materno Infantil. Atuou no Projeto de Práticas Interdisciplinares no Contexto de Promoção da Saúde sendo integrante do grupo de pesquisa “Cuidando e Promovendo a Saúde da Criança e do Adolescente” - FANOR;. Atuou como Membro do Grupo de Pesquisa em Estudos Quantitativos da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atua principalmente nos seguintes temas: saúde da mulher, saúde materno-infantil e saúde coletiva.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Aborto 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 26, 38, 41, 42, 46, 50, 64, 67, 119  
Acolhimento 9, 15, 61, 67, 97, 112, 114, 123, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 139, 140, 166, 226  
Aleitamento materno 5, 22, 30, 35, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 109, 110, 111, 113, 116, 147, 150, 153  
Alzheimer 5, 229, 230, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238  
Assistência ao parto 19, 29, 31, 32, 36, 37, 39, 68, 121, 131  
Assistência de enfermagem 9, 10, 17, 18, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 35, 36, 40, 61, 68, 77, 79, 85, 86, 87, 88, 89, 114, 115, 201, 209, 215, 217  
Assistência humanizada 1, 4, 5, 6, 8, 9, 15, 26, 38, 39, 58, 61, 67, 88, 205, 210, 214  
Atenção primária à saúde 139, 202, 203  
Atividades lúdicas 176, 182, 183, 229, 232, 234, 236  
Autoestima 87, 125, 128, 197, 229, 234, 236

### C

Centro de reabilitação 122  
Classificação de risco 119, 130, 132, 133, 136  
Conhecimento 5, 28, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 44, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 67, 71, 78, 79, 81, 85, 86, 105, 113, 119, 132, 133, 138, 147, 152, 153, 162, 166, 167, 185, 199, 207, 211, 216, 222, 226, 231, 233  
Criança hospitalizada 16, 173, 175, 176, 177, 178, 180, 183  
Crianças 45, 49, 50, 115, 116, 131, 134, 147, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 187, 188, 189, 190  
Cuidador 173, 177, 178, 181, 183, 202, 220, 222, 224, 225, 226, 227, 229, 231, 235, 236, 237  
Cuidadores 11, 150, 151, 179, 180, 182, 188, 193, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238  
Cuidados de enfermagem 6, 67, 77, 79, 85, 86, 87, 89, 138, 166, 212, 215, 216, 217, 218

### D

Dengue 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163  
Diabetes gestacional 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89

### E

Enfermagem obstétrica 132, 137, 138, 140, 141, 143, 144  
Equipe de enfermagem 5, 24, 26, 28, 29, 30, 32, 39, 68, 79, 112, 119, 133, 136, 173, 175, 177, 178, 181, 182, 183, 193, 209, 210, 211, 216

## **F**

Ferimentos e lesões 69

## **G**

Gestação 5, 7, 9, 14, 18, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 61, 63, 78, 80, 81, 82, 84, 86, 88, 117, 118, 119, 120, 121, 130, 131, 134, 137, 139, 141, 144, 146

Gravidez de alto risco 131, 138

## **H**

Hipertensão 83, 88, 164, 165, 170, 171, 195, 196, 197, 198, 212

Humanização da assistência 1, 12, 29, 36, 37, 38, 68

## **I**

Infância 113, 149, 151, 165, 169, 170, 171, 172, 173, 174

Infarto agudo do miocárdio 213, 217, 218

## **L**

Leite materno 69, 71, 73, 74, 75, 76

Lesão por queimadura 184

Lixo 155, 156, 157, 158, 160, 162

Ludoterapia 5, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 234, 235

## **M**

Mamilos 69, 73, 75

## **N**

Neoplasia mamária 122

Neoplasias da mama 102, 103, 104

Neoplasias do colo do útero 90

Nutrição da criança 148

## **O**

Obesidade 49, 70, 82, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 148, 149, 151, 212

## **P**

Parto humanizado 17, 18, 19, 20, 25, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 38, 39

Promoção da saúde 10, 88, 107, 115, 128, 139, 141, 143, 148, 184, 192, 196, 197, 198, 201, 217

Psicoterapia 173

Puerpério 6, 19, 20, 25, 26, 36, 38, 54, 59, 62, 67, 111, 113, 115, 118, 130, 137, 138, 139, 140, 144, 146

## **Q**

Queimaduras 127, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190

Quimioterápicos 103

## S

Satisfação 17, 20, 22, 23, 24, 26, 31, 58, 59, 61, 63, 66, 67, 68

Saúde da criança 5, 44, 115, 153

Saúde da família 90, 92, 94, 95, 96, 193, 197, 201, 202, 203, 228, 237

Saúde da mulher 5, 6, 52, 53, 70, 76, 91, 114, 116, 118, 137, 138, 139, 140, 143, 145

Saúde do idoso 5, 193, 194, 196, 197, 198, 199, 200, 204, 205, 206, 211, 215, 222, 225, 227

Saúde pública 9, 12, 14, 41, 42, 43, 48, 101, 109, 112, 148, 149, 155, 157, 221

Sentimentos vivenciados 17, 18, 24, 27, 64, 67

Sexualidade senil 204, 206

## T

Terceira idade 204, 205, 206, 207, 208, 221, 230, 238

Tratamento 10, 11, 13, 26, 52, 53, 67, 69, 71, 72, 73, 75, 76, 78, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 120, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 159, 160, 163, 177, 178, 182, 186, 187, 188, 190, 200, 201, 211, 212, 215, 217, 230, 231, 232, 236, 238

## U

Unidade de terapia intensiva 218

Uso de drogas 41, 42, 43, 44, 48, 49, 53, 55

Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-7247-648-5

