

A ENFERMAGEM CENTRADA NA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA 2



MARILANDE CARVALHO DE ANDRADE SILVA
(ORGANIZADORA)

Atena
Editora

Ano 2020

A ENFERMAGEM CENTRADA NA INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA 2



MARILANDE CARVALHO DE ANDRADE SILVA
(ORGANIZADORA)

Atena
Editora

Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Natália Sandrini

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



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

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

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins

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

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

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

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

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

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

Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

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

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

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

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

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

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

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

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

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

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

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

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

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

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

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

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

Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

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

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano

Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

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

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
 Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
 Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
 Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
 Prof^a Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
 Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
 Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof^a Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Prof^a Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Prof^a Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

E56 A enfermagem centrada na investigação científica 2 [recurso eletrônico] / Organizadora Marilande Carvalho de Andrade Silva. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-86002-14-0

DOI 10.22533/at.ed.140200903

1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil. I. Silva, Marilande Carvalho de Andrade.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

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

APRESENTAÇÃO

A obra “A Enfermagem Centrada na Investigação Científica” apresenta em seu segundo volume 18 artigos científicos que abordam assuntos atuais e, mediante a importância, a necessidade de atualização e acesso a informações de qualidade, os artigos elencados neste e-book contribuirão efetivamente para disseminação do conhecimento a respeito das diversas áreas da Enfermagem, proporcionando uma visão ampla sobre conhecimento científico.

Desse modo, os profissionais de enfermagem devem estar comprometidos com o processo de desenvolvimento da pesquisa científica em todas as etapas de sua profissão, sendo o enfermeiro o profissional integrante da equipe multiprofissional que colabora para a construção dessa atividade, fundamentando assim suas ações em meios científicos.

Com isso, para que o enfermeiro execute essa atribuição dentro da equipe multiprofissional é necessário que este esteja envolvido na produção da investigação científica durante o período da sua formação e posteriormente, agregando-o a sua prática diária.

Assim, o conhecimento científico entendido como uma atividade intelectual pode impulsionar os profissionais de enfermagem, a desenvolver por meio do raciocínio investigativo o hábito de, pela pesquisa buscar respostas para o cuidar qualificado, com evidências científicas e resolutividades às necessidades dos indivíduos, atuando como multiplicador de conhecimentos científicos em diversas áreas da enfermagem.

Nesse contexto, há que se considerar que o conhecimento científico é um fator fundamental e impulsionador do desenvolvimento de um país e de uma sociedade, instituindo-se como fonte confiável e legítima para entender e explicar o desconhecido.

Logo, investigação científica é a pesquisa que utiliza um método científico para solucionar problemas ou questões, que na Enfermagem podem estar voltadas a uma sucessão de assuntos, que abrangem, principalmente, a assistência, a gestão e o ensino.

Para os interessados em investigação científica na área de enfermagem, sugiro a leitura deste livro que reúne artigos científicos importantes voltados para a formação e para educação continuada dos membros da equipe de enfermagem, esse conjunto articulado de forma organizada e aperfeiçoada tenta aproximar a ciência da prática e assim, tornar a investigação científica mais significativa.

Portanto, desejo a todos uma ótima leitura!

Marilande Carvalho de Andrade Silva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A RELEVÂNCIA DA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO NA SEGURANÇA DO PACIENTE	
Rhuani de Cássia Mendes Maciel	
Glaucia Maria de Oliveira Farias	
Emanuel Pereira dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.1402009031	
CAPÍTULO 2	4
AS TECNOLOGIAS DE CUIDADOS EMPREGADAS POR ENFERMEIROS NO CUIDADO A RECÉM-NASCIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	
Orácio Carvalho Ribeiro Júnior	
Ariane Galvão de Oliveira	
Thais Moreno Lima	
Jéssica de Souza Gouveia	
Nadiele Alves Ribeiro	
Tatiane Silva de Araújo	
Suzana Maria da Silva Ferreira	
Lucas Luzeiro Nonato	
Luiz Antônio Bergamim Hespanhol	
Gleiciane dos Santos	
Nelisnelson da Silva Oliveira	
Eloysa Maria Oliveira Rêgo	
Murilo Henrique Nascimento Araújo	
Tatiane Alves de Jesus	
Elaine da Silva de Aquino	
Letícia Batista Mendonça	
DOI 10.22533/at.ed.1402009032	
CAPÍTULO 3	15
BRINQUEDO TERAPÊUTICO INSTRUCIONAL NO PREPARO PARA A TERAPIA INTRAVENOSA: PERCEPÇÃO DA CRIANÇA PRÉ-ESCOLAR HOSPITALIZADA	
Ana Paula de Alcântara Ferreira	
Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz	
Najara Rodrigues Dantas	
Ana Débora Alves Leite	
Joseph Dimas de Oliveira	
Karla Jimena Araújo de Jesus Sampaio	
DOI 10.22533/at.ed.1402009033	
CAPÍTULO 4	27
CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO DE SAÚDE: O DESAFIO DE EMBASAR UMA IDEIA COMPLEXA	
Prisciane Cardoso Silva	
Evelyn de Castro Roballo	
DOI 10.22533/at.ed.1402009034	
CAPÍTULO 5	34
DESAFIOS DA GESTÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
Rafael Mondego Fontenele	
Josilene de Sousa Bastos	
Vanusa de Brito Cascaes	
Hariane Freitas Rocha Almeida	

Jôina da Silva Lima
Kezia Cristina Batista dos Santos
Isnara Miranda Santos de Carvalho

DOI 10.22533/at.ed.1402009035

CAPÍTULO 6 46

DESAFIOS NO DESENVOLVIMENTO DA SUPERVISÃO EM ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR: REVISÃO DE LITERATURA

Cláudio José de Souza
Ivana Santos da Silva
Letícia Richelli dos Santos
Luana Benatti Cardozo
Zenith Rosa Silvino
Deise Ferreira de Souza
Cristina Lavoyer Escudeiro
Fabiana Lopes Joaquim
Ana Carla Alves Cruz

DOI 10.22533/at.ed.1402009036

CAPÍTULO 7 64

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DO METODO CANGURU

Nanielle Silva Barbosa
Kauan Gustavo de Carvalho
Laércio Bruno Ferreira Martins
Francisco Florêncio Monteiro Neto
Deise Mariana Aguiar da Costa
Vanessa Maria Oliveira Viana
Vera Alice Oliveira Viana
Amanda Freitas de Andrade
Kássia Monicléia Oliveira Evangelista
Kayron Rodrigo Ferreira Cunha
Everton Carvalho Costa
Carlos Henrique Nunes Pires

DOI 10.22533/at.ed.1402009037

CAPÍTULO 8 75

ESCALA DE CHEOPS NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA PEDIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tamires Camara Souza
Maiane da Silva Fernandes

DOI 10.22533/at.ed.1402009038

CAPÍTULO 9 79

O PARTO É NOSSO: EXPERIÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A VIDA DAS MULHERES

Renata di Karla Diniz Aires
Karla Corrêa Lima Miranda
Laís Celeste Medeiros Mendes da Fonseca
Camila Cristina Girard Santos
Beatriz Maia Vasconcelos
Anne Caroline Gonçalves Lima
Ana Carla Dias Rodrigues
Suane Priscila dos Santos Antunes
Luara Campos da Silva
Ravena Gentil de Castro

Alex Dumas Souza Campos
Vitor Hugo Pantoja Souza
DOI 10.22533/at.ed.1402009039

CAPÍTULO 10 92

O PERCURSO LEGAL PARA A IMPLANTAÇÃO DA CLASSE HOSPITALAR NO BRASIL

Karine de Alcântara Figueiredo
Tânia Cristina de Oliveira Valente

DOI 10.22533/at.ed.14020090310

CAPÍTULO 11 97

O USO DAS TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS PARA A TRANSFORMAÇÃO DA FORMAÇÃO EM OBSTETRÍCIA: PERSPECTIVAS FILOSÓFICAS

Renata di Karla Diniz Aires
Karla Corrêa Lima Miranda
Beatriz Maia Vasconcelos
Samara Janice de Albuquerque Santos
Wanessa de Nazaré Rodrigues de Moraes
Samara de Castro Martins
Flávia Maclina da Silva Picanço
Juliana Maia Gomes
Glória de Oliveira Monteiro
Sayara Teixeira Potter da Rosa
Ana Carolina de Almeida Paiva
Arley Henrique Rocha das Neves

DOI 10.22533/at.ed.14020090311

CAPÍTULO 12 105

OS BENEFÍCIOS DO MÉTODO MÃE CANGURU: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Aline Furtado da Rosa
Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas
Ana Beatriz Azevedo Queiroz
Thamires Ramos Raibolt
Isamara Carvalho da Silva
Renata Leal Zacher

DOI 10.22533/at.ed.14020090312

CAPÍTULO 13 120

PERFIL DE ÓBITOS FETAIS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA

Michelle Araújo Moreira
Cátia Luiza da Silva Barbosa
Carla Daiane Costa Dutra
José Carlos de Araújo Junior

DOI 10.22533/at.ed.14020090313

CAPÍTULO 14 134

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS NASCIDOS VIVOS DE UM MUNICÍPIO RURAL DO OESTE CATARINENSE

Maria Isabel Gonçalves da Silva
Clenise Liliane Schmidt
Cássio Michelin
Clodoaldo Antônio De Sá
Vanessa da Silva Corralo

DOI 10.22533/at.ed.14020090314

CAPÍTULO 15 147

RASTREAMENTO CITOLÓGICO E MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO DO ÚTERO EM UM MUNICÍPIO DO NORTE DO PIAUÍ

Grasyele Oliveira Sousa
Mariana Silva Souza
Bruno Nascimento Sales
Edimilson Gomes Ribeiro Júnior
Edenilson Sousa Ribeiro
Natália Rodrigues da Silva
Ana Roza Carvalho Silva
Ana Paula Melo Oliveira
Francilene Coelho Santos
Rônalde da Silva Leite
Guilherme Antônio Lopes de Oliveira
Carlíane Maria de Araújo Souza

DOI 10.22533/at.ed.14020090315

CAPÍTULO 16 159

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR NA ÓTICA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM: ESTAMOS PREPARADOS?

Viviane de Oliveira Cunha
Nadinne Ferreira Oliveira
Lucineide Sousa Penha Silva
Anádia de Moura Oliveira
Maria Elisa Regina Benjamin de Moura
Cicero Rafael Lopes da Silva
Maria Leni Alves Silva
Crystianne Samara Barbosa Araújo

DOI 10.22533/at.ed.14020090316

CAPÍTULO 17 167

REDES DE APOIO À AMAMENTAÇÃO: CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÀS NUTRIZES

Renata di Karla Diniz Aires
Vanusa Maria Gomes Napoleão Silva
Amelina de Brito Belchior
Francisco Clécio da Silva Dutra
Juliana Valéria Assunção Pinheiro de Oliveira
Juliana Pontes Nobre
Francisca Josiane Barros Pereira
Luana Silva de Sousa
Ana Karoline Barros Bezerra
Carla Siebra de Alencar
Annelise Bezerra de Aguiar
Ismael Briosso Bastos

DOI 10.22533/at.ed.14020090317

CAPÍTULO 18 174

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES DE ALTO RISCO SOBRE A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE

Michelle Araújo Moreira
Taã Pereira da Cruz Santos

DOI 10.22533/at.ed.14020090318

CAPÍTULO 19	188
USO DA ESCALA DE CRIES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA	
Maiane da Silva Fernandes	
Tamires Camara Souza	
DOI 10.22533/at.ed.14020090319	
CAPÍTULO 20	191
VISITA A MATERNIDADE: ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UM CURSO PARA GESTANTES	
Aline Furtado da Rosa	
Maria Eduarda da Silva Possato	
Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas	
Ana Beatriz Azevedo Queiroz	
Tatiana Starck do Amaral Diniz	
Samara Belisa Vieira Lobo	
DOI 10.22533/at.ed.14020090320	
SOBRE A ORGANIZADORA	197
ÍNDICE REMISSIVO	198

A RELEVÂNCIA DA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO NA SEGURANÇA DO PACIENTE

Data de aceite: 20/02/2020

Data da submissão: 03/12/2019

Email: emanuelgranarcanjo@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2454-7572>

Rhuani de Cássia Mendes Maciel

Enfermeira pela Universidade do Grande Rio Prof.

José de Souza Herdy -Unigranrio.

Residente em Enfermagem Clínica e Cirúrgica
pela UNIRIO.

Duque de Caxias – Rio de Janeiro.

Email: rhuanimaciel@hotmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0393-3482>

Glaucia Maria de Oliveira Farias

Enfermeira pela Universidade Federal do Rio de
Janeiro - UFRJ

Especialista em Centro Cirúrgico, Central de
Material e Recuperação pós anestésica pela
Universidade de São Paulo – USP

Especialista em Administração Hospitalar
pelo Instituto de Medicina Social – IMS da
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Especialista em Educação Profissional na área
de Saúde: Enfermagem pela Escola Nacional de
Saúde Pública Sergio Arouca - FIOCRUZ

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro.

Email: goliverfarias@gmail.com

Emanuel Pereira dos Santos

Enfermeiro pela Universidade Federal do Estado
do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Mestre em Enfermagem pela UNIRIO.

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro.

RESUMO: O Centro de Material e Esterilização (CME) desempenha seu papel nas unidades hospitalares com fornecimento de instrumentos preparados para todos os setores para serem utilizados em procedimentos em pacientes após realização de diversas etapas do processamento de produtos para a saúde (PPS). O desígnio deste artigo é discutir a atuação da CME em todas as etapas do PPS e suas implicações na prevenção de infecção e na segurança do paciente. É de extrema importância que os profissionais deste setor sejam habilitados e capacitados de modo que não haja falha em nenhuma etapa do processo.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança do Paciente; Esterilização; Infecção.

THE RELEVANCE OF THE MATERIAL AND STERILIZATION CENTER IN PATIENT SAFETY

ABSTRACT: The Center for Material and Sterilization have a important function in hospital units by providing instruments prepared

for all sectors for use in patient procedures following various stages of health product processing. The purpose of this paper is to discuss the role of SCC at all stages of PPS and its implications for infection prevention and patient safety. It is extremely important that professionals in this sector be qualified and trained, so that there is no failure at any stage of the process.

KEYWORDS: Patient Safety; Sterilization; Infection.

INTRODUÇÃO

O Centro de Material e Esterilização (CME) preza pelo processamento de produtos para a saúde (PPS), com qualidade e quantidades suficientes para o atendimento e a segurança do paciente que é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde. É o setor responsável pela limpeza, inspeção, embalagem, esterilização, armazenamento e distribuição dos PPS para as unidades consumidoras ^{1,2}. A segurança do paciente tem como proposta a redução, a um mínimo aceitável, risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde³.

OBJETIVOS

Discutir a atuação da CME na prevenção de infecção e na segurança do paciente durante todas as etapas do processamento dos PPS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e observacional, do tipo relato de experiência, sendo realizado através da reflexão de uma enfermeira residente na CME de um hospital federal do Rio de Janeiro no período de maio de 2019.

RESULTADOS

Observou-se que são diversas as etapas do processamento dos materiais. Inicialmente eles são encaminhados a CME e começa o processo de inspeção para conferir a integridade do material e alguns que são passíveis de desmontagem. Em seguida começa a etapa de limpeza, onde os materiais são submetidos a processos físicos e químicos para diminuição de sujidades e da flora microbiana.(através de ações manuais e/ou automatizadas) Ainda nesta etapa, são utilizadas as lavadoras ultrasônicas. Dando continuidade, ocorre a secagem com auxílio de compressas e ar comprimido e o preparo, onde se utiliza embalagens apropriadas de modo que o

processo de esterilização ocorra sem interferências. Após embalado e identificado os materiais são encaminhados para esterilização (em equipamentos já submetidos ao), este, antes de iniciar o processo é submetido a teste Bowie e Dick e Biológico para garantia de um processamento sem riscos. E por fim são acondicionados em um arsenal de onde são distribuídos para os setores, onde são utilizados para procedimentos nos pacientes. Os procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização dos materiais são indispensáveis na prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), intensificando a importância e responsabilidade do CME nas instituições de saúde, ciente de que falhas são determinantes para o surgimento de infecções nos indivíduos assistidos. Portanto deve ser realizado com base no conhecimento e análise dos riscos ambientais aliados a um espaço físico adequado, que permita o fluxo das pessoas e artigos com segurança⁴.

CONCLUSÃO

Dado o exposto, a CME é um setor relevante na assistência ao paciente, e todo processo, descrito acima, deve ser realizado com atenção, responsabilidade e por profissionais qualificados, visto que, qualquer falha interfere diretamente na qualidade da assistência prestada, podendo levar o paciente a adquirir uma infecção, aumentando sua estadia hospitalar e contribuindo pra um mal prognóstico.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização(SOBECC). Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde, 7 ed. São Paulo: SOBECC; 2017.
2. ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da diretoria colegiada-RDC N° 15, de 15 de março de 2012. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html> Acessado em: 02 de junho de 2019.
3. ANVISA. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da diretoria colegiada-RDC N° 36, de 25 de julho de 2013. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html> Acessado em: 02 de junho de 2019.
4. Bittencourt VLL, Benetti ERR, Graube SL, Stumm EMF, Kaiser DE. Vivências de profissionais de enfermagem sobre riscos ambientais em um centro de material e esterilização. REME - Rev Min Enferm. 2015. Disponível em < file:///C:/Users/aurea/Downloads/e996.pdf > Acesso em 29 de novembro de 2019.

AS TECNOLOGIAS DE CUIDADOS EMPREGADAS POR ENFERMEIROS NO CUIDADO A RECÉM- NASCIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 20/02/2020

Orácio Carvalho Ribeiro Júnior

Docente do Centro Universitário do Norte
(UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/0046295261211278>

Ariane Galvão de Oliveira

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/3408932485431767>

Thais Moreno Lima

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/8810012683286386>

Jéssica de Souza Gouveia

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/4454702560613779>

Nadiele Alves Ribeiro

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/5367176003933007>

Tatiane Silva de Araújo

Universidade Federal do Amazonas (UFAM)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/2313899982722070>

Suzana Maria da Silva Ferreira

Universidade Federal de Roraima (UFRR)
Boa Vista-RR

<http://lattes.cnpq.br/2566956034165695>

Lucas Luzeiro Nonato

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/5502317836417147>

Luiz Antônio Bergamim Hespanhol

Universidade Federal do Amazonas (UFAM)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/4914813569826675>

Gleiciane dos Santos

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/2236639802466249>

Nelisnelson da Silva Oliveira

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/690814758704468>

Eloysa Maria Oliveira Rêgo

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/7504465831117523>

Murilo Henrique Nascimento Araújo

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/9163112879039416>

Tatiane Alves de Jesus

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/9453105563532881>

Elaine da Silva de Aquino

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)

Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/5866171401918065>

Letícia Batista Mendonça

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)

Manaus-AM

<http://lattes.cnpq.br/3317187133265242>

RESUMO: Objetivo: Este estudo tem por objetivo descrever quais as principais tecnologias de cuidado usadas na unidade de terapia intensiva neonatal (UTI).

Metodologia: trata-se de uma Revisão Integrativa da literatura com busca por artigos científicos disponíveis nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) publicados no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2018. **Resultados:** através de 05 artigos, foi possível analisar e descrever as principais tecnologias usadas por enfermeiros na UTI neonatal, que são: cuidados com iluminação e níveis de ruídos, emprego da musicoterapia, estímulo do contato pele a pele, o emprego do método mãe-canguru, o incentivo ao aleitamento materno, a inserção da família e voltadas para o manejo da dor, tais como: a escala de avaliação de dor, e a sucção não nutritiva no momento da reinstalação do CPAP nasal.

Conclusão: o estudo possibilita melhor compreensão das tecnologias empregadas na terapia intensiva neonatal, vinculação dos cuidados de enfermagem e seus procedimentos adequados a cada necessidade do recém-nascido assistido a partir do uso de tais tecnologias no processo de cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologias, Serviços de Neonatologia, Unidade de terapia intensiva, Enfermagem.

CARE TECHNOLOGIES EMPLOYED BY NURSES IN THE CARE OF NEWBORN IN THE INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: Objective: This study aims to describe the main care technologies used in the neonatal intensive care unit (ICU). **Methodology:** It is an Integrative Literature Review searching for scientific articles available in the Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Latin American Health Sciences Literature (LAHSL) and International Health Sciences Literature (IHSL) January 2009 to December 2018. **Results:** Through 5 articles, it was possible to analyze and describe the main technologies used by nurses in the neonatal ICU, which are: lighting care and noise levels, use of music therapy, stimulation of skin-to-skin contact, the use of the mother-kangaroo method, the

encouragement of breastfeeding, family insertion and pain management, such as: pain assessment scale, and non-nutritive sucking at the time of nasal CPAP resettlement.

Conclusion: The study provides a better understanding of the technologies used in neonatal intensive care, linking nursing care and their appropriate procedures to each need of assisted newborn from the use of such technologies in the care process.

KEYWORDS: Technologies, Neonatology Services, Intensive Care Unit, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, observou-se que a mortalidade dos recém-nascidos que receberam assistências nas unidades de terapias intensivas (UTI), teve uma diminuição significativa e positiva, comparados aos anos anteriores. Essa diminuição da mortalidade se deve a importância das assistências aplicadas do cuidado pelos enfermeiros com a utilização das tecnologias criadas através de estudos científicos do cuidar, dando suporte ao atendimento terapêutico dos Recém-nascidos que por algum motivo, tiveram que ingressar nas unidades de terapias intensivas neonatal (ANTUNES et al., 2013).

O termo tecnologia é definido como um conjunto de ações, as quais incluem métodos, procedimentos, técnicas, equipamentos e outros instrumentos, aplicado com o conhecimento científico, envolvendo diversas habilidades e saberes que implicam no que, no porque, para quem, e como fazer. No contexto da UTI Neonatal, é considerado como tecnologia do cuidado um conjunto de técnicas, ferramentas e saberes específicos aplicados nas ações de enfermagem (NETO et al., 2010).

Quando ouvimos falar sobre tecnologias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é notório os pensamentos de associação com máquinas e equipamentos. Esses aspectos organizacionais de técnicas altamente sofisticada que influenciam no cuidado diretamente com o recém-nascido, eleva o grau de confiabilidade da equipe de enfermagem no tratamento direto aos pacientes. O paciente neonatal em uma incubadora com monitorização cardíaca, monitorização térmica, oxímetro de pulso, com tubo endotraqueal acoplado ao ventilador mecânico, e mais os cuidados terapêuticos invasivos nos quais estes são submetidos, transforma o bebê para alguns olhos, apenas como um detalhe. Porém, o enfermeiro com sua equipe especializada em cuidados, utilizam atualmente novas tecnologias que associados ao tratamento clínico, traduz uma visão inovadora que mudam o conceito técnico para um cuidado humanizado (NETO et al., 2010).

Os centros de terapia intensiva neonatal são munidos de equipamentos e materiais (tecnologias duras) como: incubadoras, ventiladores mecânicos, bombas de infusão, desfibriladores, monitores cardíacos, régua de oxigênios, vaco de aspiração entre outros materiais que dão suporte no tratamento clínico dos pacientes.

Além de uma porção de cuidados invasivos que é determinante para o êxito da manutenção e recuperação desses pacientes. É pertinente dizer que atualmente os cuidados deixaram de ser tão mecânicos para ficarem mais humanos, devido as tecnologias leves aplicadas pelo enfermeiro no cuidado, onde o foco principal é a atenção ao bebê (e sua família) e o ambiente com todas as suas potencialidades voltado a recuperação do bebê (NETO et al., 2010).

Segundo Fialho et al., (2015) essa função relacional entre a tecnologia dura e o cuidado pode surtir efeitos terapêuticos quando o profissional aplica os instrumentos das tecnologias leves como: A escala de avaliação de dor; cuidado com a iluminação e os níveis de ruído; emprego de musicoterapia; estímulo de contato pele a pele; realização de banho de ofurô; emprego do método mãe-canguru; incentivo ao aleitamento materno; inserção da família no cuidado, com livre acesso da mãe e visita ampliada da família. A tecnologia do cuidado de enfermagem vem trazendo bons resultados para a complementação do tratamento clínico neonatal, sendo necessário a verificação da necessidade de tais tecnologias e no emprego de eficácia para a aplicação no cuidado neonatal de prematuros em risco.

Neste contexto surge a seguinte pergunta norteadora: Quais são as principais tecnologias de cuidados empregados por enfermeiros no cuidado ao recém-nascido internado na unidade de terapia intensiva?

Assim, este estudo tem por objetivo relatar as principais tecnologias usadas por enfermeiros no cuidado ao recém-nascido na unidade de terapia intensiva.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, que estabelece uma discussão sobre uma temática desenvolvida a partir de artigos independentes no qual se busca identificar, relacionar e analisar os resultados encontrados, contribuindo, pois, para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados ao paciente. É produzida a partir de 6 fases (TEIXEIRA et al., 2013).

1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora. Observou-se que na investigação de estudos dos artigos presentes, concluiu-se a seguinte pergunta norteadora: Quais as tecnologias de cuidados empregados por enfermeiros no cuidado ao recém-nascido na unidade de terapia intensiva?

2ª Fase: busca ou amostragem na literatura: trabalho. Foram utilizadas referências teóricas por meio de periódicos, artigos científicos, localizados em sites especializados nas 2 bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE).

Foram utilizados para a busca dos artigos os seguintes descritores: tecnologia

and cuidado and neonatal, tecnologia and enfermagem and unidade terapia intensiva and neonatal os quais foram extraídos do DeCs – Descritores em Ciência da Saúde. A busca dos artigos na base de dados SCIELO processou-se através dos descritores “tecnologia” and “cuidado” and “neonatal”. Na base de dados LILACS utilizou-se os seguintes descritores: “enfermagem” and “neonatal” and “recém-nascido”. E na base de dados MEDLINE a busca dos artigos se deu através da utilização dos descritores: “tecnologia” and “enfermagem” and “unidade terapia intensiva” and “neonatal”.

Quanto aos critérios de inclusão foram selecionados os artigos que estavam em texto completo, publicados no Brasil, no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2018, em idioma português, e que correspondessem aos objetivos da revisão. Os critérios de exclusão foram: estudos do tipo teses, dissertações, monografias, anais de eventos, artigos de revisão, relatos de experiência, estudo de caso.

3ª Fase: coleta de dados: Para extrair os dados dos artigos selecionados, afim de chegar a determinados resultados, foi necessário a utilização de um instrumento previamente elaborado: utilizou-se um quadro com todos os artigos contendo: base, revista, título, autor (es), objetivo, metodologia e ano.

4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos: realizou-se uma leitura minuciosa dos artigos a fim de categorizar os principais achados e suas correlações com o objetivo do trabalho.

5ª Fase: discussão dos resultados: Nesta etapa, a partir da interpretação e síntese dos resultados, comparou-se os dados evidenciados na análise dos artigos buscando convergências e divergências entre os métodos trazidos pelos autores.

6ª Fase: apresentação da revisão integrativa: A apresentação da revisão se dá através do quadro e fluxograma.

Por tratar-se de um estudo de revisão, não foi necessário a submissão do trabalho a um Comitê de Ética em Pesquisa, todavia, a construção foi feita tendo total enquadramento nas normas de citação e nos direitos autorais das obras consultadas.

3 | RESULTADOS

Nesta pesquisa foram identificados um total de 77 artigos nas bases: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2018, sendo que após leitura, revisão e aplicação dos critérios de seleção, foram selecionados 05 artigos como amostra final da revisão, conforme evidenciado no figura1.

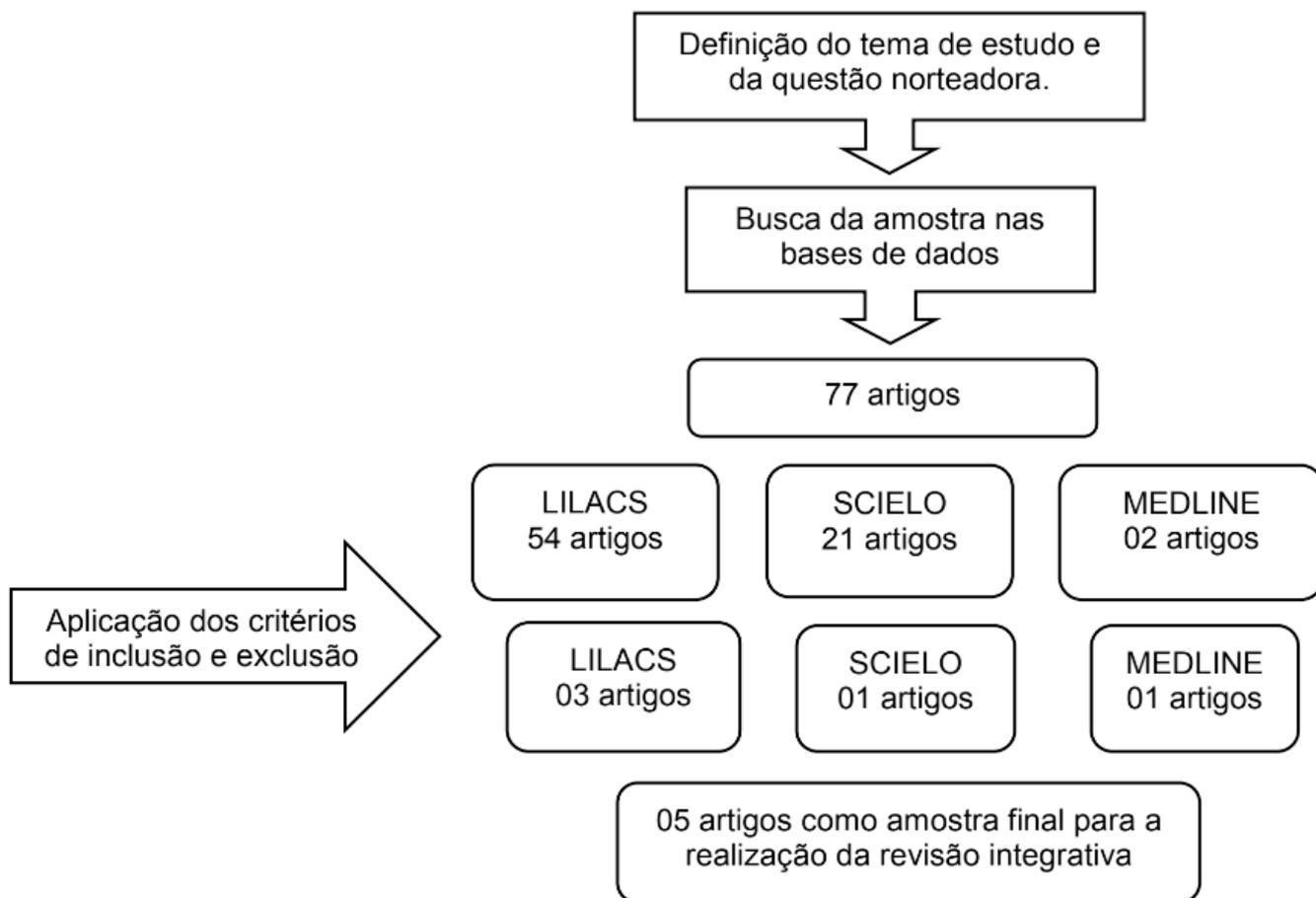


Figura 1: Fluxograma de seleção dos artigos para a composição da revisão integrativa

Fonte: autoria própria

Em uma análise criteriosa dos artigos, buscava-se encontrar os principais tipos de tecnologias do cuidado ao recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. Observou-se que a maioria das publicações são da base de dados LILACS, evidenciando a importância dessa base para publicações brasileiras referente ao tema proposto. Desta forma, com base nos artigos encontrados, as informações foram agrupadas a partir das seguintes variáveis: base, revista, título, autor (es), objetivo, metodologia e ano, conforme evidenciado no quadro 1

Nº	Base	Título	Autor (es)	Objetivo	Metodologia		Ano
					Tipo de estudo	Abordagem	
1	SCIELO	Cartilha sobre o prematuro como tecnologia educacional para família: estudo quase experimental	Silva, Aredes, Bicalho, Delácio, Mazzo, Fonseca	Verificar a aprendizagem cognitiva de mães sobre os cuidados com seus filhos prematuros mediante atividade educativa com base em uma cartilha.	Experimental	Quantitativa	2018
2	LILACS	Tecnologia aplicadas pela enfermagem no cuidado neonatal	Fialho, Dias, Silva, Santos, Salvador	Identificar as tecnologias do cuidado empregadas em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de Hospitais Universitários Federais da região Sudeste do Brasil	Descritivo	Qualitativa	2015
3	LILACS	Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia	Neto, Rodrigues.	Propõe uma discussão crítico reflexiva sob o emprego da tecnologia no cuidado neonatal, destacando suas implicações e adequações às necessidades do recém-nascido	Reflexivo	Qualitativo	2010
4	LILACS	Tecnologias de Enfermagem no manejo da dor em recém-nascido na unidade de terapia intensiva	Nobrega, Cantalice, Cerqueira, Santos, Bezerra, Chaves.	Verificar tecnologias de enfermagem utilizadas no manejo da dor em recém-nascidos de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	Descritivo, exploratório	Quantitativo	2018
5	MEDLINE	A sucção não nutritiva do recém-nascido prematuro como uma tecnologia de enfermagem	Antunes, Nascimento.	Demonstrar que a sucção não nutritiva é efetiva no manejo da dor durante a instalação pela equipe de enfermagem.	Experimental	Quantitativo	2013

Quadro 1- Caracterização dos estudos a partir dos seguintes tópicos: Base, Revista, Título, Autor (es), Objetivo, Metodologia e Ano

Fonte: autoria própria

4 | DISCUSSÃO

Em um estudo desenvolvido em unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital federal universitário da região sudeste do Brasil, onde foram identificadas as tecnologias do cuidado em unidades de terapia intensivas e a metodologia utilizada para a coleta de dados se realizou no período de junho a agosto de 2011.

Os resultados foram apresentados em quatro categorias, que ressaltam que a transformação do cuidado dirigido ao recém-nascido evoluiu em duas vertentes que se complementam: O avanço das tecnologias duras e os avanços das tecnologias leves, que em relatos de entrevistados, faziam uso dos seguintes cuidados: a escala de avaliação de dor, o emprego da sucção não nutritiva, cuidados com iluminação e níveis de ruídos, emprego da musicoterapia, estímulo do contato pele a pele, o emprego do método mãe-canguru, o incentivo ao aleitamento materno, a inserção da família no cuidado, com livre acesso da mãe e visita ampliada da família (FIALHO et al., 2015).

O alívio da dor foi uma preocupação constante na fala dos participantes do cuidado no sentido de melhorar a qualidade do cuidado do neonatal. “Na unidade, temos um protocolo de dor; usamos uma escala de avaliação de dor”. Além da sucção não nutritiva, utilizado durante a realização de procedimentos, e principalmente os invasivos. Ainda como medida não farmacológica, a estimulação do contato pele-a-pele do recém-nascido com a sua mãe, o livre acesso dos pais na unidade com a visita ampliada dos pais (FIALHO et al., 2015).

Outra tecnologia do cuidado mais citadas pelas depoentes da pesquisa, foi a Estratégia Mãe Canguru, com a utilização de poltronas para os pais que desejavam realizar o método canguru. A promoção do aleitamento materno, com o incentivo exclusivo do leite materno, pois além de oferecer vantagens econômicas, é indubitavelmente importante emocionalmente, imunológico e nutricionais nos recém-nascidos. Entretanto o banho de ofurô é um procedimento que visa o ganho de apetite e, conseqüentemente, ganho de peso, pois o relaxamento do bebê facilita a amamentação (FIALHO et al., 2015).

A incidência de luz intensa e contínua na incubadora pode ser prejudicial, pois diminuem a saturação de oxigênio, podendo causar estresse, apneia, taquicardia, retinopatia (CHAVES, 2011). E os ruídos intensos podem ser responsáveis por distúrbios comportamentais nos recém-nascidos. (SOUZA; SILVA; ARAUJO, 2011).

A musicoterapia promove relaxamento, diminuição da ansiedade, reduzindo a percepção da dor, promovendo a distração e o conforto, pois os sons afetam o corpo diretamente sobre as células, e indiretamente sobre as emoções. Esse novo entendimento propiciou o surgimento da tecnologia do cuidado, pois se entende que somente a tecnologia que atende o aspecto biológico do neonato não seja suficiente para proporcionar o seu desenvolvimento integral. E conceitua-se num importante passo para a assistência neonatal. Apesar de já serem comprovados seus benefícios, tem sido utilizada de forma tímida na assistência prestada. (CABRAL; RODRIGUES, 2013)

Já segundo Nobrega et al., (2018) ao realizarem um estudo em uma maternidade no interior da Paraíba para verificar as tecnologias de cuidados

implementadas pela enfermagem para o alívio da dor em recém-nascidos, observou-se que a escala de dor foi um método pouco utilizada naquela unidade entre os enfermeiros, porém, os mesmos relataram que utilizaram outros métodos, tais como, mãe canguru, pacotinho, chupeta de gaze com glicose, acalento, sucção não nutritiva, shantala e balneoterapia.

Além disso, o estudo mostrou ainda que os enfermeiros têm a percepção de que o choro pode ser desencadeado por outros estímulos que não sejam dolorosos, como por exemplo: O frio, fome, posição desconfortável, sono, e neonatos que se encontram debilitados e entubados, que são incapazes de emitir o choro, assim ressalta-se a importância da discussão da temática dentro do contexto educação permanente dos serviços dos cuidados intensivos ao neonato (NOBREGA et al., 2018).

Já em outro estudo elaborado em uma unidade de neonatologia na cidade do Rio de Janeiro foi realizado afim de verificar a eficácia da sucção não nutritiva para o manejo da dor em recém-nascidos durante a instalação do CPAP nasal pela equipe de enfermagem onde os principais resultados foram os seguintes: Observou-se que durante o procedimento de instalação ou reinstalação do CPAP nasal 100% dos RNPTs sentem dor. Todavia quando lhe é oferecido a sucção não nutritiva eles reagem ao estímulo sem indicativos de dor. Portanto, constatou-se que a instalação do CPAP nasal é dolorosa ao RN, e que a sucção não nutritiva é adequada no manejo dessa sensação e que é classificado como uma tecnologia do cuidado de enfermagem (ANTUNES et al., 2013).

Ademais, segundo Silva et al., (2018) verificou-se que um estudo em forma de cartilha propôs analisar a aprendizagem cognitiva de mães de prematuros hospitalizados em duas unidades neonatais de um hospital de alta complexidade. E através desses estudos com abordagem a essas mães, com meio de comparação, tornou favorável a utilização da cartilha educativa. Este tipo de método favoreceu o diálogo e a troca de saberes formais e informais entre as mães dos RNs. A cartilha educativa acerca com os cuidados com os bebês prematuros é um recurso que favorece a aprendizagem de mães no tema em questão, sendo considerado uma tecnologia de enfermagem na educação em saúde para os pais. Não houve diferença significativa na aprendizagem comparando pré e pós testes em um mesmo grupo, tanto para o controle, quanto para o experimental, reforçando os desafios da educação em saúde.

De acordo com Neto et al., (2010) a tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia tratou-se da evolução histórica, enfatizando os aspectos conceituais e reflexivos, sobre o impacto da tecnologia do cuidar, revelou o atendimento mecânico e impessoal, um contraponto a questão ética e humana e foi proposto em uma discussão crítico-reflexiva sob o emprego da tecnologia no cuidado neonatal.

5 | CONCLUSÃO

Ao final dessa revisão de literatura, verificou-se que as tecnologias de cuidados em unidades de terapias intensivas neonatais aplicadas por enfermeiros acontecem no contexto das tecnologias leves que, em sua essência, são: cuidados com iluminação e níveis de ruídos, emprego da musicoterapia, estímulo do contato pele a pele, o emprego do método mãe-canguru, o incentivo ao aleitamento materno, a inserção da família no cuidado, com livre acesso da mãe e visita ampliada da família, assim como também, voltadas para o manejo da dor, tais como: a escala de avaliação de dor, e a sucção não nutritiva no momento da reinstalação do CPAP nasal.

Ressaltam-se dificuldade de acesso aos estudos dessa natureza no contexto brasileiro, onde os investimentos em pesquisas, são mínimos, quase inexistentes, embora de grande relevância social, ainda há falhas graves nas políticas públicas quanto ao provimento dessas tecnologias na vastidão da região Amazônica.

Portanto, é necessário ampliar as discussões sobre a temática a partir da sistematização e educação permanente nos serviços de cuidados intensivos ao neonato, principalmente, estudos que abrangem as regiões norte e nordeste, entretanto, a ausência dessas tecnologias ou dificuldade de acessibilidades a elas, também está relacionado ao uso adequado porque o que determina se a tecnologia é eficaz ou não, é a maneira pela qual é utilizada, tornando necessário o aperfeiçoamento e as atualizações dos profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Joice Cristina Pereira et al. **A sucção não nutritiva do recém-nascido prematuro como uma tecnologia de enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 66, n. 5, p. 663- 667, set/out. 2013

CABRAL, Ivone E.; RODRIGUES, Elisa Conceição. **O método mãe canguru em uma maternidade do Rio de Janeiro 2000-2002: necessidades da criança e demanda de educação em saúde para os pais.** Texto contexto enfermagem, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 629-636, 2013.

CHAVES, Lucia D. **A avaliação da dor no recém- -nascido.** In: **SOUZA, Aspásia B.G. Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido.** São Paulo: Martinari, 2011. p. 130-142.

FIALHO, Flavia Andrade et al. **Tecnologias aplicadas pela enfermagem no cuidado neonatal.** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 29, n. 1, p.23-32, jan/mar.2015

NETO, José Antônio de Sá et al. **Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 19, n. 2, p.372-377,2010

NOBREGA, Amanda Santana de Medeiros et al. **Tecnologias de enfermagem no manejo da dor em recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal.** Enfermagem em Foco, v. 9, n. 2, p.66-72, 2018

SILVA, Ifé Odara Alves Monteiro et al. **Cartilha sobre o prematuro como tecnologia educacional para família: estudo quase experimental**. Acata Paulista de Enfermagem, v. 31, (4), p. 334-41, 2018

SOUZA, Maria W.C.R.; SILVA, Wilza C.R.; ARAUJO, Sandra A.N. **Quantificação das manipulações em recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva: uma proposta de elaboração de protocolo**. Conscientiae Saúde, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 86-90, 2011.

TEIXEIRA, Elizabeth et al. **Revisão integrativa da literatura passo-a-passo & convergências com outros métodos de revisão**. Revista de Enfermagem UFPI, Teresina 2(spe):3-7, dec., 2013.v. 2, n. 3, jan./jun. 2017

BRINQUEDO TERAPÊUTICO INSTRUCIONAL NO PREPARO PARA A TERAPIA INTRAVENOSA: PERCEPÇÃO DA CRIANÇA PRÉ-ESCOLAR HOSPITALIZADA

Data de aceite: 20/02/2020

Data de submissão: 01/12/2019

Ana Paula de Alcântara Ferreira

Universidade Regional do Cariri.

Crato – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/7901441020975371>

Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz

Universidade Regional do Cariri.

Crato – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5656221323124299>

Najara Rodrigues Dantas

Universidade Regional do Cariri.

Crato – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0798162499410567>

Ana Débora Alves Leite

Universidade Regional do Cariri.

Crato – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/9826046047058379>

Joseph Dimas de Oliveira

Universidade Regional do Cariri.

Crato – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/4646889847187266>

Karla Jimena Araújo de Jesus Sampaio

Universidade Regional do Cariri.

Crato – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3545082915159386>

RESUMO: Objetivo: conhecer a percepção da criança pré-escolar em terapia intravenosa antes e após a realização de sessão de Brinquedo Terapêutico Instrucional (BTI). **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de diário de campo e entrevistas semiestruturadas realizadas com crianças preparadas para a punção venosa periférica e, após, submetidas à análise qualitativa de conteúdo, de onde emergiram as categorias “a dor como caracterização da punção venosa” (antes do BTI) e “dor presente com menos intensidade” (após o BTI). **Resultados:** A dor foi a característica principal relacionada à terapia intravenosa antes do BTI; e posteriormente ao BTI, a dor emergiu com menor intensidade. **Conclusão:** O brinquedo terapêutico mostrou-se eficiente no preparo da criança para a punção venosa, reforçando o valor do brinquedo na sua assistência. Considera-se necessária a utilização do BTI de forma mais frequente nas unidades pediátricas.

PALAVRAS-CHAVE: Jogos e Brinquedos; Pré-escolar; Hospitalização; Enfermagem pediátrica; Dor.

INSTRUCTIONAL THERAPEUTIC TOY IN
THE PREPARATION TO INTRAVENOUS

ABSTRACT: Objective: To know the perception of preschool children in intravenous therapy before and after the session of Instructional Therapeutic Toy (BTI). **Methods:** This is a descriptive study with a qualitative approach. Data were collected through field diary and semi-structured interviews conducted with children prepared for peripheral venipuncture and, afterwards, submitted to qualitative content analysis, from which emerged the categories “pain as characterization of venipuncture” (before BTI) and “less severe pain present” (after BTI). **Results:** Pain was the main feature related to intravenous therapy before BTI; and after BTI, pain emerged with less intensity. **Conclusion:** The therapeutic toy proved to be efficient in preparing the child for venipuncture, reinforcing the value of the toy in its assistance. It is considered necessary to use BTI more frequently in pediatric units.

KEYWORDS: Games and Toys; Preschool; Hospitalization; Pediatric Nursing; Ache.

1 | INTRODUÇÃO

A criança hospitalizada expressa sentimentos de raiva, medo, insegurança, ansiedade, culpa, desesperança e profunda solidão que são potencializados por fatores como o distanciamento de sua rotina domiciliar e inserção em um novo ambiente, com pessoas desconhecidas e, comumente, tais emoções negativas tem relação com a frequência e a natureza dos procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, particularmente, a terapia intravenosa (SILVA et al., 2017; MORENO; CARVALHO; PAZ, 2014).

Os cuidados relativos à terapia intravenosa por via periférica da competência da equipe de enfermagem compreendem a inserção, manutenção, remoção do cateter intravenoso, fixação com fitas adesivas específicas. A punção venosa periférica possibilita que a equipe de enfermagem realize a administração de medicamentos, fluídos e hemoderivados e faça a coleta de sangue para exames e representa um dos procedimentos mais realizados com a criança durante a hospitalização. No entanto, a despeito da importância clínica e do papel na recuperação da criança, a terapia intravenosa por via periférica, comumente, gera profunda ansiedade e dor na criança e acompanhante, especialmente o momento da inserção do cateter, ou seja, a punção venosa (MORENO; CARVALHO; PAZ, 2014; PEREIRA, 2011).

Nesse sentido, o profissional envolvido com a terapia intravenosa em crianças deve fornecer informações claras e completa sobre o procedimento de forma a prepará-lo emocionalmente, especialmente aquelas em idade pré-escolar cujas habilidades quanto à linguagem verbal ainda são limitadas e se sobressaem interpretações mais lúdicas, simbólicas e concretas da realidade (PEREIRA, 2011).

O processo de comunicação entre a enfermeira, a criança e sua família pode

ser intermediado pelo uso do brincar não-estruturado ou pelo brincar estruturado. No primeiro caso, utilizam-se recursos como livros, desenhos, histórias, dança, música ou jogos e a criança brinca livremente; no segundo caso, utilizam-se técnicas como (sessões de) brinquedo terapêutico na qual a criança manipula o material a ser utilizado, faz perguntas, contam com a presença e o apoio dos pais e interagem com os profissionais (PEREIRA, 2011; MARTINS, 2001).

O BT, portanto, configura-se como uma estratégia eficaz para ajudar a criança a compreender e assimilar os procedimentos de enfermagem, dentre eles, a terapia intravenosa por via periférica pois viabiliza a comunicação com a criança pela via da diversão, relaxamento, alívio das tensões e expressão dos sentimentos o que leva à melhor aceitação do tratamento e redução dos efeitos traumáticos da punção venosa, por exemplo (PEREIRA, 2011; MARTINS, 2001). Existem três tipos de Brinquedo Terapêutico para diferentes objetivos e situações e, no campo da enfermagem, o Brinquedo Terapêutico Instrucional tem sido mais explorado pelo fato de atuar na preparação da criança para procedimentos de enfermagem que causem dor e aumento da ansiedade.

O Brinquedo Terapêutico Instrucional consiste em uma brincadeira do tipo estruturada, que segue os princípios pré-estabelecidos da ludoterapia, atua como uma estratégia de educação para a criança e sua família sobre a hospitalização e os procedimentos a serem realizados, objetivando a diminuição do estresse e o melhor entendimento do processo de hospitalização (BERTÉ et al., 2017). O Brinquedo Terapêutico Instrucional possibilita que a criança utilize a imaginação, memória, percepção e criatividade para representar a realidade a seu modo, permite levar à consciência a experiência estressante e vivenciá-la de forma menos sofrida e melhor elaborada. A utilização desse recurso cria condições para a criança entender e aceitar melhor o que está acontecendo contribui para um processo de hospitalização mais tranquilo e seguro (PEREIRA, 2011; MARTINS, 2001).

Nessa linha de raciocínio, pode-se observar, também, que o Brinquedo Terapêutico Instrucional é uma estratégia alinhada às recomendações atuais de dar voz às crianças, identificar seus desejos, atentar para suas vivências e necessidades. No contexto do cuidado de enfermagem à criança, a enfermeira pode utilizar-se dessa premissa e utilizar essas informações para elaborar o plano de cuidados de cada criança e/ou incluir ações, como o Brinquedo Terapêutico Instrucional, no rol de intervenções de enfermagem capazes de manejar a ansiedade, o medo e a dor da criança. No caso da criança pré-escolar, o Brinquedo Terapêutico Instrucional é, particularmente, importante pois nessa fase de desenvolvimento, a criança vivencia uma mudança no padrão de pensamento que deixa de ser egocêntrico e passa a ter, paulatinamente, mais consciência social no sentido de entender que existem outros pontos de vista além dos seus e, com isso, passa a interpretar a realidade

de forma mais ampliada (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Nesse sentido, objetivou-se conhecer como crianças pré-escolares hospitalizadas percebem a punção venosa e quais são as reações apresentadas por elas antes e após a aplicação do Brinquedo Terapêutico Instrucional.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado em uma instituição hospitalar, referência em pediatria, localizada na cidade do Crato, Ceará, situada na Região Metropolitana do Cariri, no ano de 2015. O *locus* do estudo é considerado Hospital Polo, referência em sua área de abrangência, a qual engloba mais 12 municípios além do Crato. Conta com 132 leitos, pertence à Fundação Padre Ibiapina e é administrado pela Sociedade Beneficente São Camilo, sendo que aproximadamente 78,0% dos atendimentos realizados são para pacientes do Sistema Único de Saúde, que têm acesso aos serviços de urgência/emergência, internação e exames (LEMOS et al., 2017).

A unidade de internação pediátrica é composta por sete enfermarias, com 17 leitos, sendo uma delas destinada à observação e outra ao isolamento; e um espaço é destinado à realização de atividades lúdicas para as crianças internadas, além da brinquedoteca, inaugurada em 2013, onde já são realizadas atividades do Projeto de Extensão “Brincar e Brinquedo Terapêutico em Unidade de Internação Pediátrica”, vinculado à Universidade Regional do Cariri, bem como outros projetos acolhidos pelo hospital. A equipe de saúde é composta por uma enfermeira, dez técnicas de enfermagem e um médico plantonista, além dos residentes e internos (LEMOS et al., 2017).

Os participantes da pesquisa foram cinco crianças em idade pré-escolar (três a cinco anos) que preencheram os seguintes critérios de inclusão: a) hospitalizadas há, no mínimo, 24 horas; b) submetidas ao procedimento de punção venosa periférica, seja para administração de medicamentos e/ou para coleta de exames ou qualquer outro fim terapêutico; c) apresentando alterações comportamentais (choro, recusa do procedimento ou inquietação psicomotora), oriundas da ansiedade e do medo relacionado ao referido procedimento (LEMOS et al., 2017). Foram excluídas as crianças: a) impossibilitadas de manipular os objetos (seringa, esparadrapo, garrote e bonecos, por exemplo) durante a sessão de Brinquedo Terapêutico; b) sob efeito de anestésicos, durante o período de pós-operatório imediato e; c) que apresentaram desorientação alopsíquica, como, paralisia cerebral, retardo mental grave e autismo, por exemplo.

De acordo com os preceitos da pesquisa qualitativa, o número de sujeitos foi determinado pelo processo de saturação, cessando quando os dados coletados

se tornaram repetitivos, permitindo compreensão da percepção estudada, caracterizando assim o critério de saturação interna. Para o critério de saturação externa, segundo análise literária realizada em estudos qualitativos, tem-se uma amostra mínima de três crianças pré-escolares (NASCIMENTO et al., 2018) e como amostra máxima tem-se sete crianças pré-escolares (RIBEIRO et al., 2009) que já passaram pela experiência do Brinquedo Terapêutico Instrucional em ambientes hospitalares.

A princípio, os profissionais de enfermagem foram indagados sobre quais crianças apresentavam ansiedade, medo, dor ou tensão diante do procedimento de punção venosa periférica. Diante de uma criança que preenchesse esse critério básico, visitou-se, então, a enfermaria e o leito da criança e questionou-se ao acompanhante e à própria criança como ela estava reagindo durante a administração dos medicamentos, com o intuito de complementar as informações da equipe de saúde.

Em seguida, foram coletados dados do prontuário com vistas a caracterizar a criança quanto à idade, tempo de internamento atual, patologias, tipos de medicações em uso e exames e iniciou-se a entrevista com a criança, indagando-a: “O que é para você tomar injeção?”. O termo “injeção” foi usado para melhor compreensão da criança, pois este termo toma o significado neste estudo de punção venosa. Esta indagação foi feita à criança antes e depois da aplicação do Brinquedo Terapêutico Instrucional. No *primeiro momento*, cada criança foi observada durante a realização do procedimento de punção venosa periférica ou durante a infusão medicamentosa por via intravenosa, tendo em vista que, a simples manipulação do acesso por membros da equipe de enfermagem podem caracterizar uma situação de crise, de ansiedade e de estresse para a criança e acompanhantes, caracterizando a observação anterior à sessão de Brinquedo Terapêutico Instrucional.

Foram registradas em um diário de campo, as reações e os comportamentos esboçados pela criança antes e após o procedimento, a partir daí então foi realizada uma sessão de Brinquedo Terapêutico Instrucional no próprio leito da criança, envolvendo o pesquisador, a criança e o acompanhante (quando solicitado pela criança), utilizando-se o protocolo clínico para crianças que existe no Brasil e que orienta a utilização dos seguintes materiais: bonecas, algodão, álcool 70%, *scalp*, seringa, esparadrapo e luvas de procedimentos (MARTINS, 2001).

A sessão de Brinquedo Terapêutico Instrucional consistiu em contar a história de uma criança que será submetida à punção venosa por precisar fazer exame de sangue, e esse procedimento é, concomitantemente, demonstrado em uma boneca. Depois disso, as crianças são convidadas a repetir a dramatização em bonecos de pano, com os objetos reais utilizados nas punções: seringas, agulhas, garrotes, tubos de ensaio e outros, sendo acompanhadas e supervisionadas pelos

pesquisadores. Neste momento lúdico, a boneca seria a paciente e a criança sua cuidadora. Após vinte minutos de realizado a Brinquedo Terapêutico Instrucional, a criança era novamente questionada “O que é para você tomar injeção?”. Respeitou-se o tempo de vinte minutos a fim de evitar uma resposta equivocada da criança que estivesse sob influência da brincadeira que acabara de participar.

No *segundo momento*, que não excedeu 48 horas da primeira observação, a criança foi observada novamente durante o procedimento e, repetiram-se todos os passos da primeira observação, no entanto, não houve intervenção com a sessão de Brinquedo Terapêutico Instrucional. Antes e após o procedimento fazia-se a pergunta norteadora, obedecendo aos critérios pré-estabelecidos. No *terceiro momento*, a criança foi observada novamente durante o procedimento e, mais uma vez, ocorreu o registro no diário de campo quanto aos comportamentos da criança, salientando-se que o tempo transcorrido entre a realização da 1ª e 2ª observação não excedeu 48 horas. Cada criança recebeu um número de ordem com a realização da entrevista, a fim de manter o seu anonimato e de seu acompanhante.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, na íntegra e utilizou-se o método de colorimetria para auxiliar na organização das falas de forma a agrupar os conteúdos semelhantes através das cores para, em seguida, chegar-se às categorias e subcategorias. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, seguindo as etapas de codificação e categorização na busca de construção de categorias temáticas (MINAYO, 2013). Para a apresentação dos discursos das crianças participantes, adotou-se a identificação com os códigos C1, C2, C3, C4 e C5, de acordo com a ordem de participação no estudo. Este estudo obedeceu às Diretrizes e Normas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, regulamentada pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado sob protocolo número 904.544 de 09 de dezembro de 2014, com CAAE 34248114.4.0000.5055.

3 | RESULTADOS

Ao traçar o perfil sócio demográfico e clínico das crianças (duas com três anos e uma com quatro anos), observou-se predomínio de crianças de cor parda, do gênero feminino, regularmente matriculadas na escola, provenientes de zona urbana, residindo em moradias em condições de saneamento básico adequado e com renda familiar que variou de dois salários mínimos a menos de um salário. Com relação aos dados clínicos, três internaram-se por pneumonia, uma por anemia falciforme e outra por enteroinfecção. Quanto aos sintomas apresentados, em média há sete dias antes da internação, predominaram a febre e a tosse, com tempo de internação variando entre um a dez dias. Quanto aos medicamentos em

uso, predominaram antibióticos, antitérmicos e anti-histamínicos e, no tocante aos exames solicitados, predominaram a radiografia de tórax e os exames laboratoriais. Todas eram acompanhadas pela mãe durante o internamento.

Além das falas, as expressões e ações foram bastantes variáveis durante a entrevista no primeiro contato e observação da criança, desde as mais introspectivas até às bem comunicativas. Durante o procedimento foi unânime a presença do choro, no entanto, variou quanto ao tempo pois duas crianças choraram somente durante o procedimento (C1 e C5) e as demais choraram ainda após (C2, C3 e C4).

As categorias simbólicas

Após a categorização das falas, emergiram duas categorias simbólicas: a) A dor como caracterização da punção venosa (antes do Brinquedo Terapêutico Instrucional); b) Dor presente com menos intensidade (após o Brinquedo Terapêutico Instrucional).

A dor na terapia intravenosa antes do BTI

Ao se indagar a pergunta norteadora antes da sessão do Brinquedo Terapêutico Instrucional, às crianças por unanimidade referiram “a dor” como sentimento principal. *Não, por favor não.. dói demais... (C2). Tá bom agora, mas na hora doeu e quando elas vêm dói de novo (C3).*

Outro sentimento apresentado pelas crianças foi “*não gosto*”. Elas referiram tal expressão dando referência ainda à dor. Os comportamentos das crianças quando mencionado o “*não gostar*” se distinguiram, uma falou espontaneamente sem nenhuma expressão facial característica de dor ou tristeza. *Não gostei... Ela pegou uma agulha bem grandona e botou aqui (mostrando o local da punção). Sabe como foi que a doutora fez? Ela furou aqui, aqui, aqui, aqui, aqui (mostrando os dois braços alternados rapidamente que já haviam sido puncionados mais de uma vez) (C1).*

A outra criança falou timidamente com expressão de tristeza, com olhos sempre baixos, dificilmente olhava para a pesquisadora e dando pausa após o relato, completando depois sua fala. Apenas esta criança relacionou dor à punção venosa uma experiência ruim e relatou não gostar da punção. Além disso, não falou muito, demonstrou mais dificuldade em manter um diálogo, sua fala foi curta e apresentou expressões faciais de tristeza. *Não gosto... (pausa de segundos), é ruim, dói (C5).*

Por terem vivenciado experiências de dor e desconforto, a recusa do procedimento foi um conteúdo presente. Duas crianças deixaram bem claro este desejo, uma dizendo realmente não querer e outra falando por meio de uma interrogação: *...Mas tu num vai fazer não né? (C2). Dói muito (suspiro curto, olhou*

para mão), *não queria* (C4).

A dor terapia intravenosa após o BTI

A dor também foi incluída como característica principal da punção venosa mesmo após a sessão de Brinquedo Terapêutico Instrucional, bem como outros sentidos relacionados à dor. Três delas, internadas há dez dias, um dia e cinco dias, respectivamente, referiram a dor com menos intensidade. *Doeu menos, bem menos* (C3).

De todas as crianças entrevistadas, tanto antes do Brinquedo Terapêutico Instrucional quanto após, uma (C4) não citou a palavra dor em nenhum momento, mesmo após oito dias de internação. Esta teve a ideia de receber a medicação por via oral, na expectativa de não ser puncionada. *É ruim né? Não gosto, podia ser na boca, já até pedi à mainha* (olhou e apontou para mãe) (C4).

Houve duas crianças que demonstraram entender o porque do procedimento, relatando ser necessário para recuperação da saúde, como mostram as falas a seguir. *Elas fizeram isso (a punção venosa) pra eu se internar, tomar remédios. Só que dói. Tá doendo menos hoje (mostrando a mão puncionada)* (C3). *...Mas sei que é pra eu ficar bem. Elas são boas, doeu menos hoje* (C5).

Utilizaram-se do termo “não gostar” frente à punção venosa. Nesta segunda avaliação este termo foi usado por três crianças. E apenas uma utilizou termos de rejeição para realização do procedimento. *Não gosto, é ruim. Só que hoje doeu menos, se fosse pra elas fazer de novo eu num ia deixar não. Não chorei, mas eu não quero* (C1).

As demais crianças relataram “dor” e “ser ruim” como resposta à punção venosa. *É muito ruim, dói demais. Quero ir pra casa* (C2). (expressão de triste, franzindo a testa).

A dor foi menos intensa para maioria das crianças após a sessão de Brinquedo Terapêutico Instrucional. Uma criança não mencionou o termo “dor” e somente uma relatou permanência da dor.

4 | DISCUSSÃO

Analisando inicialmente os comportamentos apresentados pelas crianças na sessão de Brinquedo Terapêutico Instrucional, constata-se que demonstraram grande interesse pela brincadeira, participando ativamente ao fazer perguntas e repetir a brincadeira, manuseando os brinquedos hospitalares com desenvoltura. Na fase pré-escolar, os jogos e brincadeiras desempenham um papel crucial para o desenvolvimento físico, social e mental da criança já que promovem o desenvolvimento motor fino e a auto-expressão o que, provavelmente, explique o

engajamento imediato em qualquer atividade dessa natureza – como o Brinquedo Terapêutico Instrucional (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Esses comportamentos mostram que, quando brinca, a criança é livre para criar e, quando cria, realiza algo, expressa seu ser e é capaz de se encontrar nesse momento. O brincar é sempre uma experiência criativa e intensamente real para ela (BERTÉ et al., 2017). Nos momentos em que brinca livremente, como quando interrompe e pergunta ou repete a brincadeira, ela toma a iniciativa, dominando a situação, e seu ego torna-se fortalecido (MARQUES et al., 2015).

Um estudo realizado com 30 crianças entre três e cinco anos submetidas à Brinquedo Terapêutico no período pré-operatório mostrou que durante a sessão, elas também apresentaram comportamentos muito parecidos aos encontrados nesta pesquisa. Observavam com atenção a contação de história e faziam perguntas, colaboravam com o profissional, atendendo às suas solicitações na dramatização, e tomavam a iniciativa na brincadeira. Também verbalizavam o que sentiam quando eram submetidas ao procedimento em situação real e ao final puderam compreender o procedimento cirúrgico, tornando-o menos traumático (PALADINO; CARVALHO; ALMEIDA, 2014).

Isto se tornou claro neste estudo, já que alguns comportamentos que sugerem menor aceitação e adaptação ao procedimento diminuíram após a sessão de Brinquedo Terapêutico Instrucional, enquanto outros comportamentos que sugerem maior aceitação e adaptação tornaram-se mais perceptíveis. As evidências científicas apontam que o preparo prévio da criança com o brinquedo contribui significativamente para o predomínio de comportamentos indicativos de aceitação e adaptação da criança à situação (PALADINO; CARVALHO; ALMEIDA, 2014; CRUZ et al., 2013; PONTES et al., 2015; SCHENKEL et al., 2013).

As crianças estudadas, na grande maioria, demonstraram comportamentos relacionados à tristeza, desânimo, medo e ansiedade. Observou-se, de um modo geral, que as crianças enxergaram a punção venosa como algo que lhes remetia à dor, antes e após o Brinquedo Terapêutico Instrucional. No entanto, algumas revelaram em suas narrativas que após a aplicação do Brinquedo Terapêutico Instrucional houve diminuição da intensidade da dor.

A literatura aponta a importância do Brinquedo Terapêutico Instrucional para a criança hospitalizada, recomendando-se que ele faça parte da assistência de enfermagem à criança, auxiliando-a a enfrentar as dificuldades, a dor e o estresse gerado por essa experiência (MARQUES et al., 2015; CRUZ et al., 2013; CALEFFI et al., 2016).

O Brinquedo Terapêutico Instrucional, nesse estudo, mostrou-se efetivo, auxiliando as crianças internadas na diminuição do medo, estresse e dor. Possibilitou as estas interagir com o ambiente hospitalar, expressar os seus sentimentos e

emoções e estabelecer elos com os profissionais de enfermagem. Esse achado também se fez presente em outro estudo no qual se proporcionou às crianças a oportunidade de conhecer os instrumentos hospitalares, quando da realização dos procedimentos em suas bonecas (MELO; LEITE, 2008).

Outro estudo também apresentou resultados positivos ao evidenciar que crianças submetidas às sessões de brinquedo terapêutico reagiram melhor à vacinação quando comparadas as crianças que não receberam o preparo com Brinquedo Terapêutico previamente (PONTES et al., 2015). Outra pesquisa ampliou a evidência desses benefícios, no sentido de o Brinquedo Terapêutico ter se mostrado efetivo como estratégia de alívio da dor e da tensão da criança durante a realização do curativo cirúrgico, uma vez que 97,03% das crianças tiveram redução do escore de dor após a intervenção com o brinquedo (KICHE; ALMEIDA, 2009).

Acredita-se que a diminuição da dor decorra do fato de que o brinquedo gera prazer e distrai, aliviando o estresse da criança e, conseqüentemente, a dor. Evidencia-se claramente nesse momento a função curativa do brincar, atuando como “válvula de escape” e reduzindo a ansiedade da criança (ALMEIDA, 2012). O fato de poder brincar enquanto aguarda a punção venosa desvia o foco de atenção da criança do procedimento propriamente dito, diminuindo a tensão da espera.

Para alguns autores, o Brinquedo Terapêutico, apesar de ser avaliado positivamente, não está em vigor na maioria dos serviços pediátricos (KICHE; ALMEIDA, 2009; (ALMEIDA, 2012) assim como a equipe de enfermagem não se encontra preparada para trabalhar com esta técnica (ALMEIDA, 2012; FRANCISCHINELLI; ALMEIDA; FERNANDES, 2012). Os autores afirmam que para que o enfermeiro possa introduzir essa prática em seu cotidiano, há necessidade de reconhecer o brincar como necessidade básica à criança e desenvolver habilidades essenciais para seu uso.

5 | CONCLUSÃO

As crianças quando preparadas com o Brinquedo Terapêutico Instrucional antes da punção venosa apresentaram reações que evidenciam maior aceitação durante o procedimento, mostraram-se mais colaborativas com a equipe de enfermagem e expressaram diminuição da dor e de comportamentos estressantes. Puderam compreender, através da história contada e dramatização, a importância e necessidade de realização do procedimento para o reestabelecimento de sua saúde.

As sessões de Brinquedo Terapêutico Instrucional atuaram como instrumento mediador da comunicação enfermeiro-criança, promoveram também a identificação

mais precisa dos comportamentos e percepção da dor para criança frente à punção venosa. O brinquedo terapêutico mostrou-se eficiente no preparo da criança para a punção venosa, reforçando o valor do brinquedo na assistência à criança.

COLABORAÇÕES

Ferreira APA, Cruz RSBLC, Dantas NR, Leite ADA, Oliveira JD e Sampaio KJAJ contribuíram com a concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F.A. O brinquedo na pesquisa em enfermagem pediátrica [editorial]. **Rev Soc Bras Enferm Ped.** 2012; 12(1):5-6. Disponível em: <https://sobep.org.br/revista/component/zine/article/147-o-brinquedo-na-pesquisa-em-enfermagem-peditrica.html>

BERTÉ, C; OGRADOWSKI, K.R.P; ZAGONEL, I.P.S; TONIN, L; FAVERO L; ALMEIDA JUNIOR, R.L. Brinquedo terapêutico no contexto da emergência pediátrica. **Rev Baiana Enferm.** 2017; 31(3):e20378. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v31i3.20378>

CALEFFI, C.C.F; ROCHA, P.K; 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. **Rev Gaúcha Enferm.** 2016; 37(2):e58131. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58131>

CRUZ, D.S.M; VIRGÍNIO, N.A; MAIA, F.S.B; MARTINS, D.L; OLIVEIRA, M.A.S. Therapeutic Toy: integrative review. **J Nurs UFPE on line.** 2013; 7(5):1443-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.3960-31424-1-SM.0705201325>

FRANCISCHINELLI, A.G.B; ALMEIDA, F.A; FERNANDES, D.M.S.O. Routine use of therapeutic play in the care of hospitalized children: nurses' perceptions. **Acta Paul Enferm.** 2012; 25(1):1-23. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000100004>

HOCKENBERRY, M.J; WILSON D. **Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.** Rio de Janeiro: Elsevier; 2014.

KICHE, M.T; ALMEIDA, F.A. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. **Acta Paul Enferm.** 2009; 22(2):125-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000200002>

LEMONS, I.C.S; OLIVEIRA, J.D; GOMES, E.B; SILVA, K.V.L.G; SILVA, P.K.S; FERNANDES, G.P. Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: estratégia para reduzir alterações comportamentais. **Rev Cuid.** 2016; 7(1): 1163-70. doi: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.303>

MARQUES, D.A; SILVA, K.L.B; CRUZ, D.S.M; SOUZA, I.V.B. Benefícios da aplicação do brinquedo terapêutico: visão dos enfermeiros de um hospital infantil. **Arq Ciênc Saúde.** 2015; 22(13):64-8. doi: <https://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.22.3.2015.240>

MARTINS, M.R; RIBEIRO, C.A; BORBA, R.I.H; SILVA, C.V. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. **Rev Latino-Am Enfermagem.**

2001; 9(2):76-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000200011>

MELO, L.L.; LEITE, T.M.C. O brinquedo terapêutico como facilitador na adesão ao tratamento de diabetes mellitus tipo 1 na infância. **Pediatr. Mod.** 2008; 44(3):100-3. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3850

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.

MORENO, E.A.C; CARVALHO, A.A.S; PAZ, E.P.A. Dor na criança submetida à punção venosa periférica: efeito de um creme anestésico. **Esc Anna Nery.** 2014; 18(3):392-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140056>

NASCIMENTO, L.C.N; SOUZA, T.V; OLIVEIRA, I.C.S; MORAES, J.R.M.M; AGUIAR, R.C.B; SILVA, L.F. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Rev Bras Enferm.** 2018; 71(1):243-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>

PALADINO, C.M; CARVALHO, R; ALMEIDA, F.A. Brinquedo terapêutico no preparo para a cirurgia: comportamentos de pré-escolares no período transoperatório. **Rev Esc Enferm USP.** 2014; 48(3):423-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000300006>

PEREIRA, S.R. **Educação e preparo do paciente e da família para a terapia intravenosa.** In: Harada MJCS, Pedreira MLG. Terapia intravenosa e infusões. São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora; 2011. p. 12-36.

PONTES, J.E.D; TABEL, E; FOLKMANN, M.A.S; CUNHA, M.L.R; ALMEIDA, F.A. Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. **Einstein.** 2015; 13(2):238-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015AO2967>

RIBEIRO, C.A; COUTINHO, R.M; ARAÚJO, T.F; SOUZA V.S. Vivenciando um mundo de procedimentos e preocupações: experiência da criança com Port-a-Cath. **Acta Paul Enferm.** 2009; 22(Esp):935-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000700017>

SCHENKEL, I.C; GARCIA, J.M; BERRETTA, M.S.K; SCHIVINSKI, C.I.S; SILVA, M.E.M. Brinquedo terapêutico como coadjuvante ao tratamento fisioterapêutico de crianças com afecções respiratórias. **Rev Psicol Teoria Pratic.** 2013; 15(1):130-144. Disponível em: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/2929/4056>

SILVA, S.G.T; SANTOS, M.A; FLORIANO, C.M.F; DAMIÃO, E.B.C; CAMPOS, F.V; ROSSATO, L.M. Influência do Brinquedo Terapêutico na ansiedade de crianças escolares hospitalizadas: Ensaio clínico. **Rev Bras Enferm.** 2017; 70(6):1314-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0353>

CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO DE SAÚDE: O DESAFIO DE EMBASAR UMA IDEIA COMPLEXA

Data de aceite: 20/02/2020

Data da submissão: 20/01/2020

Prisciane Cardoso Silva

Universidade Federal do Rio Grande - Escola de
Enfermagem

Rio Grande, Rio Grande do Sul

Curriculo lattes: <http://lattes.cnpq.br/0401489693184139>

Evelyn de Castro Roballo

Universidade Federal do Pelotas, Faculdade de
Enfermagem

Pelotas – RS

<http://lattes.cnpq.br/0056786607011241>

RESUMO: Inicialmente, o conceito de saúde era abrangente, se limitando posteriormente a uma visão biomédica, trazendo a necessidade de se ampliar a visão. As definições atuais de saúde remetem ao conceito estabelecido pela Organização Mundial da Saúde. Porém esse conceito sofre críticas referentes ao contexto social atual. Portanto é essencial que se faça um esforço em prol do entendimento de saúde e de seus aspectos, para que se leve as percepções apreendidas para a vida profissional e para o cuidado com o outro. O estudo é justificado pela necessidade de

reflexão a respeito dos conceitos de saúde predefinidos e incorporados na prática cotidiana e teve o objetivo de construir um conceito de saúde individual. Metodologia: Estudo reflexivo, a partir de uma revisão narrativa da literatura, permitindo uma abordagem reflexiva ampliada e contextualizada sobre o tema abordado. Foram realizadas leituras de oito autores. O estudo alcançou seu objetivo, sendo de grande valia para a difusão do conhecimento acerca dos conceitos de saúde. **Conclusão:** a definição de saúde é algo singular e sofre influências do meio cultural, político e econômico.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde. Formação de Conceito. Profissionais de enfermagem.

CONSTRUCTION OF A HEALTH CONCEPT: THE CHALLENGE OF EMBASARING A COMPLEX IDEA

ABSTRACT: Initially, the concept of health was comprehensive, being limited later to a biomedical view, bringing the need to broaden the view. The current definitions of health refer to the concept established by the World Health Organization. However, this concept is criticized regarding the current social context. Therefore, it is essential to make an effort to understand health and its aspects, so that the perceptions

learned can be taken into professional life and care for others. The study is justified by the need to reflect on the predefined health concepts and incorporated into daily practice and aimed to build an individual health concept. **Methodology:** Reflective study, based on a narrative review of the literature, allowing an expanded and contextualized reflective approach on the topic addressed. Readings were taken from eight authors. The study achieved its objective, being of great value for the dissemination of knowledge about health concepts. **Conclusion:** The definition of health is something unique and is influenced by the cultural, political and economic environment.

KEYWORDS: Health. Concept Formation. Nursing professionals.

INTRODUÇÃO

Historicamente, se percebe uma necessidade de se ter um conceito de saúde que seja abrangente e completo. Os princípios valorizados ao longo dos séculos foram os mesmos que apenas alternaram em importância entre si, de acordo com a época. Inicialmente, o conceito de saúde trazia uma larga abrangência, posteriormente se limitando a uma visão biomédica e despertando a necessidade de se ter uma visão ampla, contemplando o ser em sua totalidade (LOUREIRO, 2017).

O significado de saúde, segundo Luft (2000), saúde corresponde ao “*estado de são, de indivíduo cujo organismo funciona normalmente*” e “*vigor, robustez*”. Tais definições remetem ao conceito estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (1948), que diz que saúde é “*estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade*”. Esse conceito é mundialmente difundido.

Porém o conceito da OMS (1948) sofre severas críticas, já que ao analisá-lo de forma ampla, pensa-se em como é possível definir o “completo bem-estar” quando a sociedade em geral é marcada pelas injustiças e desigualdades socioeconômicas crescentes, além de parecer impossível obter um estado de completo bem-estar em todos os aspectos de vida de cada indivíduo.

No ano de 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), um novo conceito de saúde foi proposto e defendido, se opondo à vertente biomédica e também se diferenciando do conceito da OMS (1948), ao definir saúde como resultado de inúmeros fatores, como as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso a serviços de saúde. Resulta ainda da organização social da produção, fator esse que impacta diretamente na desigualdade nos níveis sociais (BRASIL, 1987).

Partindo para o contexto profissional da enfermagem, é atribuição exclusiva do enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos

serviços da assistência de enfermagem prestados aos indivíduos (BRASIL, 1986). É importante ressaltar que o cuidado é o ponto central do trabalho do enfermeiro, caracterizado pela reciprocidade entre a equipe de enfermagem e a pessoa cuidada. O cuidado pode estar relacionado com a interação entre seres humanos através da troca de subjetividade, consentindo o inter-relacionamento entre quem cuida e é cuidado (WALDOW, 1998).

Além do domínio do conhecimento científico e das técnicas, é necessário que o enfermeiro tenha uma visão ampla do que é saúde. Dessa forma, o cuidado não terá uma visão voltada à saúde e à cura, já que a saúde vai muito além disso e os indivíduos recebem, então, um atendimento integral, independente da gravidade da patologia, já que não é esse o ponto central do cuidado.

De acordo com isso, Collière (1999), diz que cuidar não é pode ser limitado a tratar de doenças, seja essa grave ou benigna, mas sim, permitir que os pacientes desenvolvam sua capacidade de viver, ou ainda, de procurar uma compensação das limitações ocasionadas pela doença. Partindo dessas reflexões, é necessário que se pense além do conceito da OMS (1948), além da reprodução de um conceito internalizado ao longo dos anos e que não reflete a realidade de uma grande parcela da população mundial.

Assim, faz-se necessário um esforço em prol do entendimento do que é saúde e dos aspectos relacionados a ela, para que se leve as percepções apreendidas para a vida profissional e para o cuidado com o outro.

Dessa forma, o estudo é justificado pela necessidade de se refletir a respeito dos conceitos de saúde predefinidos e incorporados na prática cotidiana, com o intuito de contextualizar e problematizar as diversas percepções acerca do tema. Assim, essa reflexão pode colaborar para a prática profissional e acadêmica.

OBJETIVO

Construir um conceito de saúde individual com fundamentação nas leituras realizadas no decorrer da disciplina intitulada Conceito de saúde e seus nexos no trabalho da Enfermagem/Saúde, oferecida no curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (PPGENF/FURG).

METODOLOGIA

Trata-se da elaboração de um conceito de saúde, construído a partir da leitura de diversos autores, a fim de embasar este conceito e promover uma discussão o mesmo e os autores utilizados na revisão. Um conceito de saúde inicial foi então

elaborado, a partir de conhecimento empírico, e utilizado para dar estrutura à construção da definição de saúde, embasada pelos autores utilizados.

RESULTADOS

Inicialmente o conceito de saúde construído foi:

“Saúde é quando todos os aspectos da vida estão satisfatórios, ainda que não sejam perfeitos”.

O conceito de saúde elaborado a partir das ideias extraídas e discutidas com os autores utilizados foi:

Saúde é quando todos os aspectos da vida estão satisfatórios, ainda que não sejam perfeitos. Ter saúde vai além de não se ter uma patologia, de modo que pode-se dizer que saúde e felicidade sejam valores intimamente ligados, pois é possível sentir-se saudável e feliz, mesmo em momentos de adoecimento. Sendo assim, a saúde é uma percepção individual, ainda que haja diversos aspectos coletivos a serem considerados, como o meio em que se vive, o modelo de economia e especialmente a inserção de cada indivíduo dentro desse meio. O trabalho, como forma de subsistência e fonte de renda, afeta diretamente a saúde e a concepção que se tem dela, além de ser um fator preponderante no acesso à cuidados de saúde, seja a nível de promoção, prevenção ou assistência à saúde. Além disso, a forma como se vê o mundo e a interação que se tem com o mesmo, também é um fator impactante na concepção do que é saúde. A subjetividade criada pela indústria causa grande impacto no viver individual e acaba por determinar os hábitos de vida. Dessa forma, é preciso que essa subjetividade seja considerada ao se construir um conceito de “viver saudável”. Da mesma forma, o meio ambiente, diretamente ligado à qualidade de vida dos indivíduos, se mostra como uma reivindicação social a favor da saúde, envolvendo questões econômicas, sociais e culturais e necessita de atenção no que se refere à definição de saúde. Assim como as questões ligadas à economia no contexto de meio ambiente também se interligam à saúde através da valorização do indivíduo no seu cerne e não apenas na tradução de custo de força ou perda de lucro, em situações de saúde/doença. Considerando todos esses aspectos, conclui-se que a saúde é o resultado de um conjunto de ações, objetivos, oportunidades, escolhas e vivências ao longo da vida, alternando entre momentos saudáveis e momentos de busca pela solução de saúde.

DISCUSSÃO

A partir da concepção de Camargo (2015), pode-se entender que a felicidade está totalmente ligada à saúde. Contudo, a felicidade não está em se ter tudo que o

indivíduo acredita precisar. Mesmo em meio ao caos da vida cotidiana, saúde pode também ser descrita como encontrar felicidade nas pequenas coisas, ser grato pelo que se tem e pelo que se pode realizar. Ainda que o corpo físico não esteja em seu melhor estado, é possível dizer-se saudável, desde que haja a plena satisfação com seu próprio estado e com o meio.

Em acordo com o já exposto, Canguilhem (2012) traz a ideia de que o que é normal e o que é patológico é definido a partir do julgamento de determinado ponto de vista, e está condicionado à definição de quem criou o conceito de normal ou de patológico.

Como já dito, não é necessário que todas as funções fisiológicas estejam funcionando perfeitamente para que o indivíduo se sinta saudável. Portanto, o conceito de saúde vai além de haver ou não alguma patologia. Ademais, o próprio indivíduo é capaz de determinar se é doente, pois cada indivíduo é único e as médias estatísticas, de acordo com Laugier, não permitem determinar se um indivíduo é normal ou não (CANGUILHEM, 2012).

Nesse sentido, podemos incluir o contexto atual da Diabetes Mellitus tipo 1 no país, especialmente entre adolescentes. Greco-Soares & Dell'aglio (2016), realizaram um estudo com 122 adolescentes atendidos em uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), referência regional em diabetes na infância e adolescência. Desses, a maioria avaliou sua saúde como boa ou excelente, com poucos adolescentes considerando-a ruim.

A ideia de “normalidade” é comumente associada à saúde. Contudo, Canguilhem (2012), através de embasamento científico, diz que a patologia é, também, uma norma de vida. Contudo, esta é inferior e incapaz de ser normativa. Sendo assim, saúde não é sinônimo de normalidade. Tal pensamento condiz com a realidade desses adolescentes. Ainda que tenham o diagnóstico de uma doença crônica, são capazes de julgarem-se saudáveis.

A concepção de saúde é baseada em inúmeros fatores, dentre eles está o fator econômico, o trabalho e o papel social de trabalhador. O trabalho é o que difere a condição atual do homem da do homem primitivo. Além disso, o desenvolvimento dos meios utilizados para a realização do trabalho é o que diferencia as épocas econômicas e determina as condições sociais para a realização do trabalho (MARX, 2017).

Dessa forma, pode-se dizer que todos esses aspectos relativos ao trabalho afetam diretamente a saúde coletiva e individual como um todo. O trabalho faz parte da vida em sociedade, e o poder aquisitivo proveniente dele determina o nível social e, conseqüentemente, o acesso à informação e à serviços de saúde de todos os níveis.

Segundo a Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais de Saúde

(CNSDSS) (2008), ainda que haja um avanço incontestável na produção de serviços de saúde no Brasil, ainda existem desigualdades importantes quanto à oferta de recursos e serviços. Da mesma forma, há uma influência substancial da posição social dos indivíduos no acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde.

Além disso, segundo Guatarri, há uma variedade de máquinas que produzem subjetividade, e tornam os indivíduos o resultado de uma produção de massa, onde *“o indivíduo é serializado, registrado, modelado”* (GUATARRI, 2005). Assim, os processos de criação de subjetividade fazem parte do viver dos indivíduos, e causa grande impacto na forma como veem a própria saúde, além de modificar os hábitos de vida, que levam à uma vida saudável, ou não.

Sendo assim, se torna imprescindível relacionar saúde com o meio ambiente e qualidade de vida, já que ambos são inseparáveis e vem emergindo de diversas questões econômicas, sociais e até mesmo culturais. A qualidade de vida é um processo de reapropriação das condições de vida, levando em consideração as necessidades e valores subjetivos de cada indivíduo. É também um valor fundamental que direciona o fortalecimento de comunidades e projetos de vida individuais (LEFF, 2012).

No contexto capitalista, o valor da vida e da saúde se converte em custo de força de trabalho e perda de lucro econômico na situação de doença do trabalhador. No entanto, o valor da vida não pode resumir-se ao preço da força de trabalho e à contribuição nos lucros, ideias impostas também pela cultura de massificação coletiva, pelo consumismo e a desvalorização da vida (LEFF, 2012).

Ao citar todos esses aspectos, pode-se englobá-los em uma única esfera, ao adicionar os Determinantes Sociais em Saúde (DSS), que tratam de diversas áreas dentro do contexto nacional de saúde. Os DSS vêm como um complemento para um conceito de saúde, ao conectar todas as áreas que necessariamente são discutidas ao se falar em saúde, como questões sociais e econômicas, condições de vida, ambiente e trabalho, as redes sociais e comunitárias e saúde, além de comportamentos e estilo de vida, para que se promova saúde em uma esfera global do indivíduo (CNSDSS, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um conceito de saúde é algo amplo e individual, e a construção desse é realizada a partir de um esforço para se chegar a ideias embasadas e não apenas em conhecimento empírico. O processo de construção do conceito foi carregado de conhecimento e trocas entre os alunos, que discutiam os temas a cada novo texto. Essa troca se fez essencial para o conceito construído até o momento.

A partir das reflexões realizadas, concluiu-se que a definição de saúde é algo singular e que cada indivíduo dá suas próprias significações e as vive em seu meio social e ocupacional. Contudo, o conceito de saúde, apesar de ser individual, sofre influências do meio cultural, político e econômico. Acredita-se que esse conceito seja mutável, já que a cada novo aprendizado, adicionamos ideias e definições novas ao já formulado conceito de saúde.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Lei n 7.498/86**, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1986.
- BRASIL. Anais da 8ª. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1987
- CAMARGO, J. J. **Do que você precisa para ser feliz?** 1 ed. Porto Alegre, RS:L&PM, 2015.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 2012.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida**. Lisboa: Edições Técnicas, 1999.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE. **As causas sociais da iniquidade em saúde no Brasil**.(Relatório Final); 2008.
- GRECO-SOARES, J.P.; DELL'AGLIO, D.D. Relações entre qualidade de vida e diabetes mellitus tipo 1 na adolescência. **Contextos Clínicos**, vol. 9, n. 2, Julho-Dezembro 2016.
- GUATARRI, F; ROLNIL, S. **Micropolítica – cartografias do desejo**. 7ª edição revisada. Petrópolis. Editora Vozes, 2005.
- LEFF, E. **Saber ambiental: sustentabilidade, racionalidade, poder**. 9 ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- Luft, C.P. **Minidicionário Luft** / colaboradores Francisco de Assis Barbosa, Manuel da Cunha Pereira. Organização e supervisão Lya Luft. São Paulo, Ática. 2000.
- Loureiro, M.I. **Promover a Saúde - Dos fundamentos à acção**. 2ª ed. Revisada e atualizada. Almedina. Portugal, 2017.
- MARX, K. **O capital. Crítica da economia política**. 33ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. Liv. I, v.1, 2014. Cap. 5 – Processo de Trabalho e Processo de produzir mais valia, p. 210-231.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/WHO). 1948. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1948.
- WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

DESAFIOS DA GESTÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 20/02/2020

Rafael Mondego Fontenele

Enfermeiro. Mestre em Gestão de Programas e Serviços de Saúde (Universidade CEUMA). Docente do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Franciscano (IESF-MA). Paço do Lumiar – Maranhão, Brasil.

Josilene de Sousa Bastos

Graduanda do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Franciscano (IESF-MA). Paço do Lumiar – Maranhão, Brasil.

Vanusa de Brito Cascaes

Graduanda do curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Franciscano (IESF-MA). Paço do Lumiar – Maranhão, Brasil.

Hariane Freitas Rocha Almeida

Enfermeira. Mestranda em Gestão de Programas e Serviços de Saúde (Universidade CEUMA). São Luís – Maranhão, Brasil.

Jôina da Silva Lima

Enfermeira. Especialista em Gestão da Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência (Faculdade Laboro). São Luís – Maranhão, Brasil.

Kezia Cristina Batista dos Santos

Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva (Universidade Federal do Maranhão). São Luís – Maranhão, Brasil.

Isnara Miranda Santos de Carvalho

Enfermeira. Mestranda em Saúde e Ambiente (Universidade Federal do Maranhão). São Luís – Maranhão, Brasil.

RESUMO: Atenção Primária à Saúde é a principal porta de entrada para o sistema de saúde pública do Brasil e quase rotineiramente enfermeiros desempenham o gerenciamento de programas e serviços de saúde no território brasileiro. **Objetivo:** Apontar os principais desafios encontrados pelo enfermeiro na gestão da Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada por meio de buscas nas bases de dados LILACS, BDEF, Scielo e Periódicos Capes. A amostra foi constituída por 10 artigos primários publicados no idioma português, disponíveis na íntegra, no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017, cujos participantes fossem enfermeiros gestores de unidades de saúde da família. **Resultados:** O principal desafio identificado na gestão de enfermagem na ESF foi o trabalho em equipe, seguido da falta de segurança com relato de violência por parte de usuários do sistema de saúde aos profissionais, baixa infraestrutura e baixos salários, falta de experiência e despreparo para o cargo e o acúmulo de funções. **Conclusão:** É imperativa a implementação de melhorias nas condições de trabalho, além da capacitação dos profissionais quanto à liderança e ao respeito pela figura do líder, investimentos na comunicação e relacionamento interpessoal

para efetividade da assistência compartilhada e do trabalho em equipe para melhor viabilizar o alcance das metas, aprimoramento da segurança dos profissionais que estão inseridos na ESF e aperfeiçoamento da delimitação de funções do enfermeiro enquanto gestor dos serviços e da equipe.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Gestão em Saúde.

ABSTRACT: Primary Health Care is the main gateway to the public health system in Brazil and nurses almost routinely manage health programs and services in the Brazilian territory. **Objective:** To point out the main challenges encountered by nurses in the management of the Family Health Strategy. **Methods:** This was an integrative literature review, carried out by searching the LILACS, BDNF, Scielo and Capes Periodics databases. The sample consisted of 10 primary articles published in the Portuguese language, available in full, from January 2013 to December 2017, whose participants were nurse managers of family health units. **Results:** The main challenge identified in nursing management in the FHS was teamwork, followed by the lack of security with reports of violence by health system users to professionals, low infrastructure and low wages, lack of experience and unpreparedness for the position and the accumulation of functions. **Conclusion:** It is imperative to implement improvements in working conditions, in addition to training professionals on leadership and respect for the figure of the leader, investments in communication and interpersonal relationships for the effectiveness of shared assistance and teamwork to better reach goals, improving the safety of professionals who are part of the FHS and improving the definition of nurses' functions as manager of services and staff.

KEYWORDS: Primary Health Care. Family Health Strategy. Health Management.

1 | INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) consiste em uma política pública vinculada aos programas de Atenção Primária em Saúde (APS) e é considerada a principal porta de entrada para os serviços de saúde, devendo ser ordenadora do sistema de saúde de acordo com o nível de complexidade da atenção (SILVA; HORTALE, 2016). Nesta perspectiva, a ESF oferece serviços de promoção e proteção à saúde, prevenção de riscos, cura e reabilitação com o objetivo elevar a saúde e o bem-estar da população adscrita (LIMA et al., 2016).

As equipes multiprofissionais de ESF estão adscritas ao território em que foram mapeadas, sendo responsáveis pelos usuários pertencentes àquela região, podendo atender de forma agendada ou por livre demanda todos os usuários que procurarem o serviço de APS (MELO; MACHADO, 2013).

Este modelo de serviço também é utilizado em pautas políticas em países

universalistas como o Canadá desde 1960, e teve como referência internacional o Relatório Lalonde (1974) e a Carta de Ottawa (1986) (FARIA; ALVES, 2015).

No Brasil, o combate às iniquidades sociais levou a APS a reestruturar o sistema de saúde, adotando a terminologia Atenção Básica (AB) para referir a APS, no entanto, para o poder público brasileiro, a designação AB não deve ser entendida como modelo de atenção destinado às populações e deve resgatar o modelo universalista de Alma-Ata (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

As políticas vigentes não definem o profissional a gerenciar as equipes de ESF, porém, geralmente as unidades são gerenciadas por enfermeiros, visto a apropriação histórica e o fortalecimento no cotidiano profissional de suas capacidades de gerenciamento, liderança, tomada de decisões e comunicação (JONAS; RODRIGUES; RESCK, 2011; ANDRADE et al., 2016).

No entanto, a gestão em saúde representa um desafio devido a problemas como corporativismo, fragilidade da relação entre profissionais/usuários, clientelismo político, incapacidade gerencial, entre outros (AZEVEDO; SÁ, 2013) e apesar da inserção do enfermeiro em um amplo campo de atuação, desde a assistência até a gestão de programas e serviços de saúde, os registros de suas dificuldades gerenciais ainda são escassos. Com base no exposto, o presente estudo teve como objetivo apontar os principais desafios encontrados pelo enfermeiro na gestão da Estratégia de Saúde da Família.

2 | METODOLOGIA

Para delineamento metodológico, utilizou-se o pensamento de Zandonai e colaboradores (2010) no qual se destacam as recentes práticas de pesquisas baseadas em evidências, que aumentaram a necessidade de produção de todos os tipos de revisão literária (como as revisões integrativas, sistemáticas, metanálises e revisão qualitativa).

Dessa forma, realizou-se uma revisão integrativa da literatura baseada no protocolo de Ganong (1987) que a desenvolve através de seis etapas. Na primeira etapa, identificou-se questão norteadora, onde o problema norteador foi: quais as dificuldades encontradas por enfermeiros na gestão das unidades de Estratégia Saúde da Família?

Em seguida, selecionaram-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Atenção Primária à Saúde”, “Estratégia Saúde da Família” e “Gestão em Saúde”, que foram combinados entre si por meio da utilização do operador booleano “AND”. Na segunda etapa houve a seleção dos artigos nas bases de dados e determinação dos critérios de inclusão e exclusão. Assim, as buscas dos artigos

deram-se através das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) presentes na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), além da Scientific Electronic Library on Line (SciELO) com acesso por meio do Portal de Periódicos CAPES, utilizando as combinações de descritores: “Atenção Primária à Saúde AND Gestão em Saúde”; “Estratégia Saúde da Família AND Gestão em Saúde”; e “Atenção Primária à Saúde AND Estratégia Saúde da Família AND Gestão em Saúde”.

Incluíram-se no estudo, artigos primários completos, publicados em revistas brasileiras, no período de 2013 a 2017, em acesso online aberto, redigidos no idioma português, cujos participantes fossem enfermeiros gestores de unidades de saúde da família. Excluíram-se os estudos de revisão da literatura, dissertações, teses, cartas ao editor, relatos de experiências e resenhas críticas, bem como aqueles que se encontravam duplicados entre as bases de dados utilizadas.

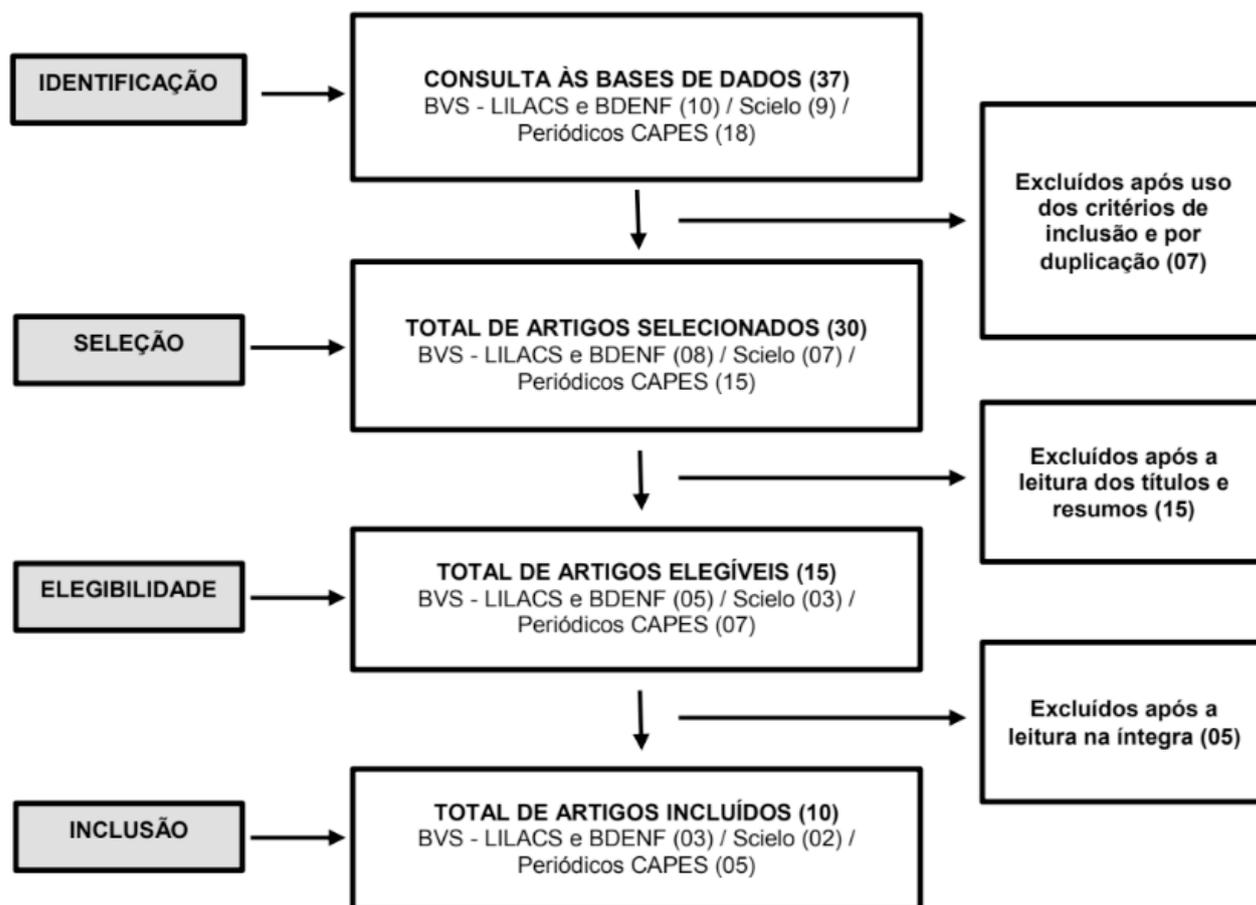
Na terceira etapa procedeu-se à extração das principais dificuldades encontradas pelo enfermeiro gestor da ESF, utilizando o instrumento de Nicolussi e Sawada (2010) cujo objetivo é sumarizar os artigos conforme a identificação da publicação. Desse modo, os estudos foram identificados em dois quadros de acordo com o título, autores, ano de publicação, periódico, tipo de estudo, objetivos, principais dificuldades apontadas pelos enfermeiros gestores da ESF, bem como as principais conclusões dos autores da pesquisa.

Na quarta etapa realizou-se a categorização e análise crítica dos estudos, na quinta etapa, procedeu-se à leitura minuciosa dos artigos com o objetivo de analisar e interpretar as informações para a elaboração das discussões e por fim, na sexta etapa, apresentou-se a revisão junto à síntese do conhecimento.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A identificação dos estudos foi realizada de forma simples com a combinação dos descritores nas bases de dados, a seleção se deu após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e pela avaliação de duplicidade entre as bases de dados, a elegibilidade foi definida após a leitura dos títulos e resumos e a inclusão ocorreu após a leitura do artigo na íntegra.

Inicialmente, foram identificados 37 estudos, destes, 07 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão pré-estabelecidos ou por estarem duplicados entre as bases de dados utilizadas, 15 após a leitura do título e resumo, e 05 após a leitura na íntegra. Assim, apenas 10 artigos compuseram a amostra desta revisão (Fluxograma 1):



Fluxograma 1 – Fluxograma de identificação e seleção de artigos científicos nas bases de dados. São Luís, 2019.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2019.

Os artigos incluídos no presente estudo estão apresentados no Quadro 1 de acordo com título, autores, ano de publicação, periódico e tipo de estudo. Em relação à autoria dos estudos, observou-se que 60% (n=6) estudos foram realizados por equipes multiprofissionais, onde a figura do enfermeiro esteve presente em todos eles, enquanto 40% (n=4) estudos foram elaborados e publicados por equipes constituídas apenas por enfermeiros. Quanto ao ano de publicação, predominaram as de 2013, representando 60% (n=6) da literatura pesquisada, seguido do ano de 2016 com 20% (n=2). Cabe destacar que, em relação à natureza, os estudos utilizaram majoritariamente o delineamento qualitativo 90% (n=9).

Nº	Título	Autores/Ano	Periódico	Tipo de Estudo
1	Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da estratégia de saúde da família.	Polaro SHI, Gonçalves LHT, Alvarez, AM. 2013	Texto Contexto Enferm.	Estudo de abordagem qualitativo- descritiva.
2	Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção.	Ellery AEL, Pontes RJS, Loiola, FA. 2013	Physis Revista de Saúde Coletiva.	Estudo qualitativo.

3	A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família.	Viegas SMF, Penna CMM. 2013	Esc Anna Nery (impr.)	Estudo qualitativo.
4	Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na estratégia saúde da família.	Souza MG, Mandu, ENT, Elias AN. 2013	Texto Contexto Enferm.	Estudo qualitativo descritivo.
5	Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde.	Lanzoni GMM, Schlindwein BHS. 2013	Rev Bras Enferm.	Estudo qualitativo.
6	Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades.	Melo RC, Machado ME. 2013	Rev Gaúcha Enferm.	Estudo descritivo com abordagem qualitativa.
7	Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ).	Magnago C, Pierantoni CR. 2015	Saúde Debate.	Estudo exploratório de abordagem qualitativa.
8	A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des) potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde.	Galavote HS, Franco TB, Freitas PSS, Lima EFA, Garcia ACP, Andrade MAC et al. 2016	Saúde Soc.	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa.
9	Processos organizacionais na Estratégia Saúde da Família: uma análise pelos enfermeiros.	Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. 2016	Acta Paul Enferm.	Estudo transversal.
10	Precarização e fragmentação do trabalho na estratégia saúde da família: impactos em Santa Maria (RS).	Schimith MD et al. 2017	Trab. Educ. Saúde.	Estudo exploratório, de abordagem qualitativa.

Quadro 1 – Descrição dos estudos incluídos na revisão, segundo título, autores, ano de publicação, periódico e tipo de estudo, 2019.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2019.

A partir da análise dos artigos, observou-se que a falta de segurança, 10% (n=1), o trabalho em equipe, 30% (n=3), a baixa infraestrutura e baixos salários, 10% (n=1), o descumprimento da carga horária, 20% (n=2), a falta de experiência na área, 20% (n=2) e o acúmulo de funções, 10% (n=1) são as principais dificuldades enfrentadas no dia-a-dia de enfermeiros gestores de unidades de ESF (Quadro 2).

Nº	Objetivos	Dificuldade Apontada	Conclusões
1	Descrever e analisar como a violência interfere no processo de trabalho das enfermeiras na ESF.	Falta de segurança	A violência institucional, caracterizada pela não contemplação dos direitos constitucionais de atendimento à saúde, bem como a violência contra a equipe da ESF, que se veem desprotegidos pelas autoridades da gestão superior, constituem entraves enfrentados no cotidiano do trabalho na ESF e levam os profissionais à frustração pelo constrangimento e limitação de suas funções.

2	Sistematizar e analisar saberes e práticas que integram o campo comum de atuação das equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF).	Trabalho em equipe	Os saberes e práticas devem ser organizados e processados com foco nos usuários, não nos interesses corporativos. Desse modo, as unidades de saúde não se configurarão como “campos de batalha”, onde há disputas por espaço, prestígio, reconhecimento e poder entre as categorias profissionais.
3	Compreender a construção das práticas de integralidade no trabalho em saúde na perspectiva de profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de apoio e de gestores de municípios do Vale do Jequitinhonha.	Trabalho em equipe	É imprescindível colaboração entre os trabalhadores para que o cuidado aconteça. A integralidade e resolutividade do cuidado resultam da articulação das práticas em saúde, fundamentadas na interdisciplinaridade do trabalho em equipe e só pode ser obtida em rede.
4	Analisar como enfermeiros que atuam na atenção básica de Cuiabá, Mato Grosso, concebem a sua prática, considerando sua coparticipação na configuração da ESF e a sua aproximação e distanciamento das mudanças pretendidas.	Trabalho em equipe	A práxis do enfermeiro na ESF passa por transições que exigem a valorização dos processos crítico-reflexivos e sistemáticos em torno de sua configuração, e a aproximação reflexiva entre o trabalho concebido e o cotidiano, via educação permanente é vista como o caminho recomendado para reconstrução do pensamento e da prática, de modo a (re)significar, (re)valorizar e produzir novos conhecimentos e ações que afetem positivamente os contornos do trabalho na Saúde da Família.
5	Compreender as contribuições do enfermeiro na rede de relações e interações dos agentes comunitários de saúde de um centro de saúde de um município ao sul do Brasil.	Acúmulo de funções	O enfermeiro tem papel de mediador nas relações e interações, liderança, suporte clínico na organização do cuidado, gerenciamento da unidade de saúde, direcionando as atividades da equipe e condução do fluxo de informações.
6	Analisar os desafios e as potencialidades para a coordenação das Unidades de Saúde da Família, realizada por enfermeiros, com base nos referenciais de análise do trabalho em saúde.	Falta de experiência	O trabalho das enfermeiras na ESF traz uma série de percalços e desafios a serem superados. Por outro lado, a prática destes profissionais produz uma ampla participação na estruturação de melhores práticas de saúde.
7	Identificar as principais dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho percebidas por gestores de RHS.	Baixa infraestrutura e salários	Para a atração e fixação dos profissionais de saúde na ESF, são necessárias melhorias em infraestrutura e qualificação, pois a consolidação da ESF possibilita transformações no modelo de atenção que concretizem a saúde como direito social.
8	Discutir os limites e as potencialidades da gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, a partir do discurso dos gestores formais, ocupantes de cargos de autodireção na gestão municipal da saúde.	Descumprimento da carga horária	O maior desafio para a ação do trabalhador consiste na inovação de produção da gestão do trabalho. É necessário pensar no trabalhador como gestor do seu próprio trabalho, que governa e disputa a condução das ações e projetos com as ferramentas que dispõe.
9	Analisar os processos organizativos das equipes de Saúde da Família após implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde.	Falta experiência na área	São necessários mais investimentos na organização das equipes, principalmente no que concerne aos processos organizativos ligados à gestão.

10	Compreender o processo de implantação e acompanhamento da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul.	Descumprimento de carga horária	A escolha da gestão e a gestão do trabalho se configuram como fragilidades da ESF e implicam na fragmentação do sistema, comprometendo a integralidade da atenção no SUS.
----	---	---------------------------------	---

Quadro 2 – Descrição dos estudos incluídos na revisão, segundo os objetivos, principais dificuldades apontadas e conclusões, 2019.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2019.

Para melhor compreensão dos principais resultados encontrados no estudo, elaborou-se uma categoria temática: Desafios enfrentados por enfermeiros na gestão da ESF, exposta na discussão a seguir.

Desafios enfrentados por enfermeiros na gestão da ESF

A falta de segurança foi observada pelos enfermeiros entrevistados em um estudo sobre violência na ESF, aos quais relataram agressão verbal e até ameaças de morte que são mais frequentes principalmente durante as visitas domiciliares (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013). Estes fatos podem estar relacionados às áreas em que normalmente estão inseridas as unidades ESF, em regiões periféricas em que há grande predominância de problemas sociais e considerável consumo de drogas.

Os conflitos entre os membros da equipe multiprofissional estão destacados como um dos principais problemas no contexto da ESF (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013). Uma pesquisa realizada em uma unidade de ESF de Fortaleza–CE destacou que a dificuldade do trabalho em equipe vem desde a formação acadêmica em que os profissionais são formados para trabalhar de forma individual (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013).

Estudo realizado sobre a ESF do Vale do Jequitinhonha-MG evidenciou que sem o trabalho em equipe, não é possível implementar o modelo de atenção que acolhe o usuário nos serviços de saúde, marca predominante da ESF, concluindo que o trabalho em equipe ainda é caracterizado por relações de desigualdade, de poder e dominação, em que normalmente o enfermeiro submete-se e entra em um jogo de negociação e troca de favores com determinados profissionais que insistem em trabalhar de forma fragmentada e individual (VIEGAS; PENNA, 2013).

A pesquisa sobre a ESF da região norte do Cuiabá destacou que inexistem qualquer forma de trabalho em equipe e que as ações e intervenções para a saúde da população caracterizam-se por um trabalho fragmentado em que prevalece a hierarquia e imposições no local de trabalho (SOUZA; MANDU; ELIAS, 2013).

Sobre o trabalho multiprofissional na ESF do município do Rio de Janeiro, um estudo identificou que há uma prevalência da liderança rotativa, ou seja, aquela

liderança que se desloca para outros membros da equipe, não sendo possível definir o papel de líder para uma única pessoa pressupondo que o coordenador não tem autonomia para liderar em todas as situações (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013).

De acordo com outro estudo realizado no Rio de Janeiro, a relação entre baixos salários, acúmulo de funções e falta de insumos favorece o mau desempenho da equipe (MAGNAGO; PIERANTONI, 2015).

A respeito do acúmulo de funções, uma pesquisa realizada em uma unidade ESF do Sul do Brasil destacou que o enfermeiro assume papéis diversos na ESF e que as diferentes ocupações dificultam o processo de trabalho (LANZONI; MEIRELLES, 2013).

Outras dificuldades da gestão foram identificadas no município de Unaí - MG em que cabe destacar o conhecimento insuficiente acerca das leis, princípios, portarias e diretrizes que regulamentam a Estratégia Saúde da Família por parte dos próprios gestores, evidenciando problemas na implementação da ESF, caracterizando a falta de experiência na área (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

Um estudo realizado com a ESF em Santa Maria (RS) identificou a dificuldade em manter o profissional médico dentro do serviço, pois o mesmo tende a descumprir a carga horária preestabelecida pela estratégia. O descumprimento da carga horária por parte de alguns profissionais pode influenciar o surgimento de conflitos entre os membros da equipe (SCHIMITH et al., 2017).

Contudo, a precariedade encontrada em algumas unidades de saúde da família, apresenta repercussão na adesão ao tratamento de doenças, uma vez que não havendo infraestrutura e recursos disponíveis, há registros de abandono em tratamentos, o que também pode representar um desafio diário na gestão do serviço pelo enfermeiro (LIRA; SILVA; GONÇALVES, 2017).

Um estudo realizado em São Paulo com 40 enfermeiros sobre administração e gestão dos serviços de saúde identificou que 87,5% dos entrevistados tiveram na grade curricular do curso, disciplinas teóricas sobre gestão e administração aplicada à enfermagem. Nesta perspectiva, cabe ressaltar que a academia tem se preocupado com a formação dos enfermeiros no sentido de prepará-los para a atuação na gerência dos serviços de saúde (ALABANO; FREITAS, 2013).

4 | CONCLUSÃO

O estudo permitiu apontar que o principal desafio identificado na gestão de enfermagem na ESF é o trabalho em equipe, que gera conflitos entre a equipe multiprofissional e pode estar relacionado ao não cumprimento da carga horária por

parte de algumas categorias profissionais, que seguem atuando de forma individual.

Além disso, também se observaram a falta de segurança com relato de violência por parte de usuários do sistema de saúde aos profissionais, baixa infraestrutura e baixos salários, a falta de experiência na área que pode estar atrapalhando o processo de trabalho de enfermeiros gestores pela falta de preparo para a função, e o acúmulo de funções.

A baixa infraestrutura e baixos salários configuram uma realidade encontrada no setor público de diversas áreas, especialmente no setor da saúde, em todo o Brasil. Dessa forma, é imperativa a implementação de melhorias nas condições de trabalho, além da capacitação dos profissionais quanto à liderança e ao respeito pela figura do líder, investimentos na comunicação para efetividade da assistência compartilhada e do trabalho em equipe para melhor viabilizar o alcance das metas, aprimoramento da segurança dos profissionais que estão inseridos na ESF e aperfeiçoamento da delimitação de funções do enfermeiro enquanto gestor dos serviços e da equipe.

O aprofundamento nesta temática possibilita evitar falhas no processo gerencial que possam interferir direta ou indiretamente no processo saúde-doença dos usuários do sistema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

ALABANO TC, FREITAS JB. Participação efetiva do enfermeiro no planejamento: foco nos custos. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2013;66(3):372-377. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000300011>. Acesso em 15 de dez 2019.

ANDRADE CPS, SOUTO LES, LACERDA A, MACEDO OHO, SILVA CSO, MACIEL APF. Gestão na estratégia de saúde da família com base nos parâmetros de avaliação do PMAQ-AB: percepção do enfermeiro. **Rev. Bras. Pesq. Saúde.**, 2016;18(1):36-44. Disponível em: http://www.revistabionorte.com.br/arquivos_up/artigos/a14.pdf. Acesso em 15 de dez 2019.

ARANTES L J, SHIMIZU HE, HAMANN EM. Processos organizacionais na estratégia saúde da família: uma análise pelos enfermeiros. **Acta paul. Enferm.**, 2016;29(3):274-281. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n3/1982-0194-ape-29-03-0274.pdf>. Acesso em 15 de dez 2019.

AZEVEDO CS, SÁ MC. (Orgs.). **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2015000100214. Acesso em 15 de dez 2019.

ELLERY AEL, PONTES RJS, LOIOLA FA. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis** [online]. 2013;23(2):415-437. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200006>. Acesso em 15 de dez 2019.

FARIA LR, ALVES CA. O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/Canadá. **Saúde Soc. São Paulo**, 2015;24(1):72-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100006>. Acesso em 15 de dez 2019.

GANONG LH. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**. 1987;10(1):1-11. Disponível

em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3644366>. Acesso em 15 de dez 2019.

JONAS LT, RODRIGUES HC, RESCK ZMR. A função gerencial do enfermeiro na estratégia de saúde da família: limites e possibilidades. **Revista APS**. 2011;14(1):28-38. Disponível em: <https://aps.uff.br/emnuvens.com.br/aps/article/view/977>. Acesso em 15 de dez 2019.

LANZONI GMM, MEIRELLES BHS. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2013;66(4):557-563. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400014>. Acesso em 15 de dez 2019.

LIMA EFA, SOUSA AL, LEITE FMC, LIMA RCD, NASCIMENTO MH, PRIMO CC. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Esc. Anna Nery** [online]. 2016;20(2):275-280. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160037>. Acesso em 15 de dez 2019.

LIRA MNL, SILVA MVS, GONÇALVES GB. Fatores relacionados ao abandono ou interrupção do tratamento da hanseníase: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Enferm UFPI**. 2017;6(4):53-8. doi: <https://doi.org/10.26694/2238-7234.6453-58>. Acesso em 15 de dez 2019.

MAGNAGO C, PIERANTONI CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde debate.**, 2015;39(104):9-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040194>. Acesso em 15 de dez 2019.

MELO RC; MACHADO ME. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. **Rev. Gaúcha Enferm.**, 2013;34(4):61-67. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000400008>. Acesso em 15 de dez 2019.

NICOLUSSI AC, SAWADA NO. Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. **Acta Paul Enferm.** 2010;23(1):125-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/20.pdf>. Acesso em 15 de dez 2019.

OLIVEIRA MAC, PEREIRA IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**, 2013;66(esp):158-64. doi: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0072.pdf>. Acesso em 15 de dez 2019.

PEREIRA RCA; RIVERA FJU; ARTMANN E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface (Botucatu)** [online]. 2013;17(45):327-340. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000006>. Acesso em 15 de dez 2019.

POLARO SHI, GONÇALVES LHT, ALVAREZ AM. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**. 2013;22(4):935-942. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400009>. Acesso em 15 de dez 2019.

SCHIMITH MD, et al. Precarização e fragmentação do trabalho na estratégia saúde da família: impactos em Santa Maria (RS). **Trab. educ. saúde** [online]. 2017;15(1):163-182. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00038>. Acesso em 15 de dez 2019.

SILVA VC, BARBOSA PR, HORTALE VA. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2016;21(5):1365-1376. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.23912015>. Acesso em 15 de dez 2019.

SOUZA MG, MANDU ENT, ELIAS AN. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**. 2013;22(3):772-779. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a25.pdf>. Acesso em 15 de dez 2019.

VIEGAS SMF; PENNA CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Revista da Escola Anna Nery** (impr.). 2013;17(1):133-141. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100019>. Acesso em 15 de dez 2019.

ZANDONAI, PA, CARDOZO FMC, NIETO ING, SAWADA NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. **Rev. Eletr. Enf.** 2010, 12(3):554-561. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/pdf/v12n3a20.pdf>. Acesso em 15 de dez 2019.

DESAFIOS NO DESENVOLVIMENTO DA SUPERVISÃO EM ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 20/02/2020

Federal Fluminense.

Cláudio José de Souza

Enfermeiro. Pós-Doutor, Doutor e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Professor Adjunto A da Universidade Federal Fluminense. Docente da Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem Terapia Intensiva pela Faculdade Bezerra de Araújo – FABA. Coordenador da Pós-Graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva pela FABA.

Ivana Santos da Silva

Acadêmica de Enfermagem do 10º período da Faculdade Bezerra de Araújo

Letícia Richelli dos Santos

Acadêmica de Enfermagem do 10º período da Faculdade Bezerra de Araújo.

Luana Benatti Cardozo

Acadêmica de Enfermagem do 10º período da Faculdade Bezerra de Araújo

Zenith Rosa Silvino

Enfermeira. Pós-Doutora em Enfermagem pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Professora Titular de Administração em Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF). Membro Titular da Academia Brasileira de Administração Hospitalar, Niterói/RJ.

Deise Ferreira de Souza

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Professora Adjunta IV da Universidade

Cristina Lavoyer Escudeiro

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora Associada da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Fabiana Lopes Joaquim

Enfermeira. Pós-Doutora, Doutora e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Ana Carla Alves Cruz

Professora da Faculdade da Graduação em Enfermagem

RESUMO: Objetivo: Analisar os principais desafios encontrados pelos enfermeiros acerca da supervisão de enfermagem no âmbito hospitalar. **Método:** Estudo de Revisão Integrativa da Literatura, de característica crítica e retrospectiva, com fontes de dados primárias. Estratégia de busca: utilizou-se os descritores Enfermagem; Supervisão de Enfermagem; Organização e Administração por meio dos Descritores em Ciência da Saúde, conectados pelo operador booleano “and”. A busca ocorreu nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Medical Literature

Analysys and Retrieval System Online (MEDLINE) e na biblioteca eletrônica Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Critérios de inclusão: artigos disponibilizados na íntegra, que apresentavam aderência em Português, publicados nos anos de 2014-2018 **Resultados:** foram selecionados de 15 artigos dos quais emergiram três categorias temáticas: Modelo de gestão; Características profissionais do supervisor de enfermagem; e Principais desafios encontrados na supervisão de enfermagem no ambiente hospitalar. **Conclusão:** Foi possível analisar que, as dificuldades encontradas na supervisão de enfermagem estão ligadas a complexidade do serviço; modelo clínico de atenção; falta de conhecimento dos processos de gestão; dificuldades de trabalhar com indicadores de qualidade; incapacidade de lidar com situações de conflito – problemas e a não implementação de uma educação permanente na unidade.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Supervisão de Enfermagem; Organização e Administração

INTRODUÇÃO

O termo “supervisor” tem sua origem etimológica na palavra inglesa supervise, que significa vigiar, superintender, fiscalizar, dirigir, tornando, assim, a supervisão um termo polissêmico e cheio de significados, dentre alguns o de autoridade e poder. De fato, a supervisão na perspectiva da enfermagem, vista sob a ótica da forma tradicional, enfatiza o controle no aspecto da fiscalização do trabalho em suas diferentes esferas, seja ela gerencial ou assistencial, punição e registro das falhas, todavia, nos tempos atuais precisam-se rever estes conceitos, uma vez que, a sociedade vem sofrendo constantes transformações (CHAVES, et al; 2017).

Neste sentido, pode-se afirmar que a supervisão na enfermagem, bem como, em outras áreas de conhecimento, possa ser caracterizada como a ação e o efeito de supervisionar, isto é, fazer a inspeção de um trabalho ou de uma tarefa realizado/a por outra pessoa. Quem supervisiona encontra-se numa posição de superioridade hierárquica, uma vez que, se deduz que este indivíduo tenha ou possua a competência ou a faculdade de determinar se a ação supervisionada está ou não a ser executada corretamente (LIMA, et al; 2016).

Na enfermagem, a supervisão deve ser cogitada como ação inserida no processo do gerenciamento do cuidado o qual se transversaliza por todos os feitos inerentes as atividades destes profissionais, devendo estas atividades estar interligadas uma vez que, a assistência não se encontra dissociada da gerência e vice-versa. Nesse contexto, a função de supervisão evidencia a importância das características pessoais do supervisor devendo este, ter atrelado em seus valores pessoais conhecimentos, habilidades e atitudes, bem como, as formas que ele utiliza para interagir com o grupo supervisionado. Assim, o supervisor, centrado nas

pessoas e no relacionamento humano, gera motivação e promove o desenvolvimento do grupo (OLIVEIRA, MATSUDA; 2016).

Com esse conceito, a supervisão enfermagem deve ser realizada empregando algum tipo de ferramenta gerencial, no qual encontra-se atrelada a arte da gerência, sendo um elemento essencial na execução da liderança administrativa. A função de supervisionar é atribuída ao enfermeiro diariamente, tornando-se um norteador acerca do trabalho da equipe de enfermagem, ao qual implica em algumas competências conforme pontuadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais – Enfermagem, são elas: atenção à saúde; tomada de decisões; comunicação; liderança; administração e gerenciamento e educação permanente (LANZONI, et al; 2015).

Na enfermagem, a supervisão tem papel fundamental no gerenciamento do cuidado, e o enfermeiro, como líder de sua equipe, deve exercê-la continuamente, propiciando a melhoria da qualidade do cuidado. A supervisão, quando sistematizada, deve ser compreendida como um processo que envolve planejamento, execução e avaliação das atividades realizadas, por meio da utilização de técnicas e instrumentos que visem aferir eficiência, eficácia e efetividade, proporcionando o desenvolvimento da capacidade individual, grupal e de relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem, além de atender as necessidades da organização (NUNES, GASPAR; 2017).

O enfermeiro enquanto supervisor constitui parte fundamental da estrutura organizacional hospitalar, seja ela, pública ou privada e, dessa forma, precisa se preocupar com o seu desenvolvimento, adquirindo novas competências, habilidades, atitudes, valores e entornos. Dentro das unidades hospitalares, as possibilidades de atuação do enfermeiro são diversas e complexas, evidenciando a necessidade de se identificar, neste campo específico de atuação do enfermeiro se há algum entrave que dificultada a realização da supervisão de enfermagem por estes profissionais. (SILVEIRA, et al; 2014).

Frente ao exposto, o presente trabalho objetivou analisar os principais desafios encontrados pelos enfermeiros acerca da supervisão de enfermagem no âmbito hospitalar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, método de investigação que viabilizou a busca, avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010) sobre os principais desafios encontrados pelos enfermeiros acerca da supervisão de enfermagem no âmbito hospitalar. Foram seguidas as seis etapas propostas pelos autores para a realização

do método, sendo eles: o estabelecimento da questão de pesquisa, a busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Foi definida a seguinte questão de pesquisa: Quais são os principais desafios encontrados pelos enfermeiros na supervisão de enfermagem no âmbito hospitalar?

Os critérios de inclusão adotados para orientar a busca e seleção das publicações foram:

- Artigos publicados em periódicos científicos nacionais e revisados por pares que abordem a temática supervisão de enfermagem no âmbito hospitalar;
- Divulgados na língua portuguesa;
- Publicados entre períodos de 2014 a 2018;
- Indexados em pelo menos uma das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO);
- Localizáveis por intermédio da combinação dos seguintes descritores “Enfermagem” *and* “Supervisão de Enfermagem” *and* “Organização e Administração”.

Critérios de exclusão:

- Publicações que não se encontravam disponíveis em texto completo;
- Publicações que apresentavam disponibilidade de texto completo, mas cujo *link* apresentava erro mediante a tentativa de acessá-lo;

Para inclusão dos estudos, realizou-se a leitura criteriosa do título e do resumo de cada publicação a fim de, verificar a consonância com a pergunta norteadora da investigação. Quando houve dúvida referente a inclusão ou exclusão do estudo, o mesmo foi lido na íntegra, para reduzir o risco de perdas de publicações relevantes do estudo (Figura 1).

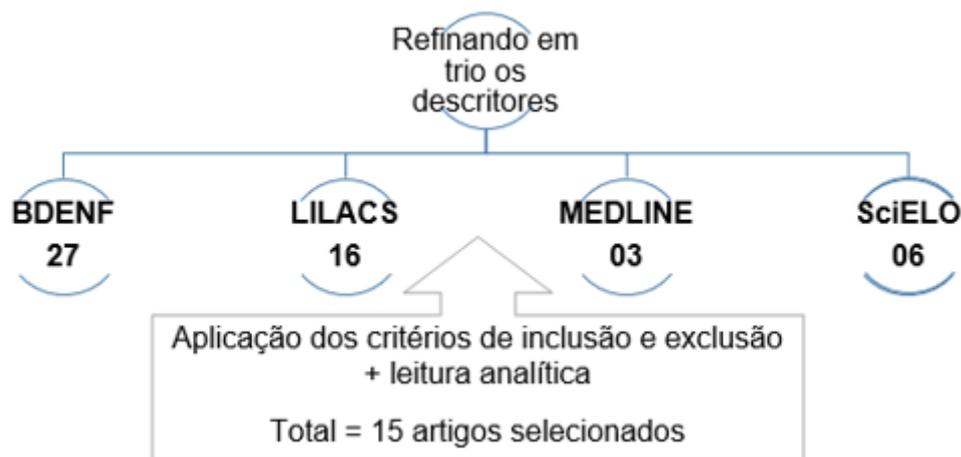


Figura 1. Fluxograma das etapas metodológicas cumpridas para a seleção dos artigos. Rio de Janeiro, RJ, 2019.

Fonte: Dados da pesquisa

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu entre os meses março-abril de 2019, com a utilização de um formulário próprio contendo as seguintes variáveis: autores/país; título; abordagem do estudo; periódico/ano; descritores; objetivo e idioma e contou com o apoio das bases de dados LILACS, BDNF, MEDLINE e SciELO.

RESULTADOS

Foram selecionados e lidos 52 artigos conforme descrito na figura 1, após leitura e análise crítica foram selecionados 15 artigos para dar segmento a pesquisa, conforme mapeado no quadro abaixo.

Autores/ País	Título	Abordagem do estudo	Periódico/ Ano	Descritores	Objetivo	Idioma
BONFIM, I. M <i>et al</i> / Brasil	A gerência de Enfermagem como unidade de apoio às unidades de negócio: relato de experiência.	Relato de experiência	RAS / 2014	Administração hospitalar; Administração de serviços de saúde; Gestão da qualidade total; Gestão de recursos; Descentralização; Gestão em saúde	Relatar a experiência da implantação do modelo de gestão compartilhada e descentralizada.	Português Inglês
SILVEIRA, C. D <i>et al</i> / Brasil	Fatores intervenientes na satisfação para trabalhar na enfermagem de um hospital no Rio de Janeiro.	Estudo quantitativo	Rev. Eletr. Enf. / 2014.	Motivação; Equipe de Enfermagem; Satisfação no Emprego; Administração de Recursos Humanos em Hospitais.	Analisar as prioridades percebidas pela equipe de enfermagem em relação aos fatores que influenciam na satisfação para o trabalho.	Português; Inglês; Espanhol

CAVALCANTE, P. S <i>et al</i> / Brasil	Indicadores de qualidade utilizados no gerenciamento da assistência de enfermagem hospitalar.	Pesquisa descritiva, transversal, de abordagem quantitativa.	Rev. enferm UERJ / 2015	Avaliação em enfermagem; Indicadores de qualidade; Administração hospitalar; Enfermagem	Identificar a opinião de enfermeiros sobre indicadores de qualidade da assistência de enfermagem.	Português Inglês Espanhol
GARCIA, A. B <i>et al</i> / Brasil	Influência da cultura organizacional na gestão participativa em organizações de saúde.	Revisão integrativa da literatura	Fundam. care. / 2015	Cultura organizacional; Modelos organizacionais; Administração hospitalar; Gestão em saúde.	Analisar a produção científica existente sobre a influência da cultura organizacional na viabilização da gestão participativa em organizações de saúde.	Português Inglês Espanhol
GOMES, L. M. X <i>et al</i> / Brasil	Vislumbrando “O Artífice” no cotidiano de trabalho das enfermeiras na gerência hospitalar.	Estudo qualitativo, descritivo	O Mundo da Saúde / 2015	Trabalho; Enfermagem; Prática Profissional; Administração Hospitalar.	Compreender o cotidiano de trabalho das enfermeiras no exercício da gerência em hospitais de médio porte, tomando como base e referência o processo de trabalho do artífice proposto por Richard Sennet.	Português; Inglês
LANZONI, G. M. M <i>et al</i> / Brasil	Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial	Teoria fundamentada	Rev. Eletr. Enf. / 2015	Gerência; Enfermagem; Supervisão de Enfermagem; Unidades de Internação.	Compreender a experiência de estar exercendo a gerência de unidades de internação médico-cirúrgica de um hospital geral, destacando o significado de ser gerente de enfermagem, com o intuito de qualificar e instrumentalizar os enfermeiros para a prática de gerenciamento do cuidado neste cenário.	Português; Inglês
CHAVES, L. D. P <i>et al</i> / Brasil	Governança, higiene e limpeza hospitalar: espaço de gestão do enfermeiro.	Estudo reflexivo	Texto Contexto Enferm./ 2015	Organização e Administração; Hospitais; Enfermeiros; Enfermeiras.	Discutir e refletir teoricamente acerca do serviço de governança em higiene e limpeza hospitalar, identificando possibilidades, limitações e desafios da atuação gerencial do enfermeiro.	Português; Inglês; Espanhol
SANTOS, J. L. G <i>et al</i> / Brasil	Governança da prática profissional do enfermeiro no ambiente hospitalar: pesquisa de métodos mistos.	Estudo de método misto	Rev. Latino-Am. Enfermagem / 2015	Supervisão de Enfermagem; Administração Hospitalar; Gerência; Governança Clínica.	Elaborar um modelo interpretativo sobre a governança da prática profissional do enfermeiro no ambiente hospitalar.	Português

FARAH, B. F et al / Brasil	Percepções de enfermeiras sobre supervisão em enfermagem na Atenção Primária à Saúde.	Pesquisa qualitativa	Rev Rene / 2016.	Supervisão de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.	Compreender as percepções de enfermeiras sobre supervisão em enfermagem no processo de trabalho.	Português; Inglês
LIMA, R. S et al / Brasil	Gerenciar unidade de internação hospitalar: o que pensam os enfermeiros?	Pesquisa qualitativa, do tipo exploratória e descritiva	Enferm. Cent. O. / 2016	Administração hospitalar; Gerência; Enfermagem.	Compreender os significados de gerenciar unidade de internação hospitalar na ótica dos enfermeiros.	Português; Inglês; Espanhol
OLIVEIRA, J. L. C et al / Brasil	Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade.	Pesquisa descritivo-exploratória, qualitativa	Escola Anna Nery / 2016	Acreditação hospitalar; Gestão da qualidade; Administração hospitalar; Gestores de saúde; Enfermagem.	Apreender as percepções de gestores da qualidade hospitalar quanto às vantagens e dificuldades advindas da Acreditação.	Português; Inglês; Espanhol
TORRES, D. G et al / Brasil	Caracterização da autoridade que enfermeiras gerentes exercem em instituições de saúde no México e em Portugal.	Pesquisa qualitativa, descritiva e comparativa	Cogitare Enferm. / 2016.	Gerência; Enfermagem; Instituições de saúde; Diretores de hospitais.	Analisar o significado da autoridade exercida pela enfermeira gerente em instituições de saúde e comparar o tipo de autoridade de dirigentes de enfermagem no México e em Portugal.	Português; Inglês; Espanhol
CHAVES, L. D. P et al / Brasil	Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado.	Estudo reflexivo	Revista Brasileira de Enfermagem / 2017	Supervisão de Enfermagem; Organização e Administração; Enfermagem; Equipe de Enfermagem; Serviços de Enfermagem.	Refletir a supervisão de enfermagem como instrumento gerencial do enfermeiro para integralidade do cuidado, considerando suas potencialidades e limitações no cenário atual.	Português; Inglês
NUNES, E. M. G. T et al / Brasil	A qualidade da relação líder-membro e o empenhamento organizacional dos enfermeiros.	Estudo transversal e correlacional, com pesquisa quantitativo	Rev. Esc. Enferm. USP / 2017	Liderança; Supervisão de enfermagem; Administração de Pessoal, Hospitais; Interprofissional relações.	Entender a percepção da qualidade das relações de liderança e o comprometimento organizacional dos enfermeiros, e analisar a influência dessa qualidade de relacionamento.	Português; Inglês
VERGÍLIO, M. S. T. G et al / Brasil	Oficinas como proposta democrática para mudanças no trabalho da supervisão em enfermagem.	Relato da experiência	Rev. Bras. Enferm. / 2018.	Supervisão de Enfermagem; Serviço Hospitalar de Enfermagem; Educação; Administração Hospitalar; Organização e Administração.	Relatar a experiência de desenvolver oficinas como estratégia de intervenção em uma pesquisa-ação, visando rever o trabalho da supervisão em enfermagem hospitalar	Português; Inglês; Espanhol

Verificou-se que 02 (n=13,3%) artigos foram publicados em 2014, 06 (n=40%) artigos em 2015, 04 (n=26,6%) artigos em 2016, 02 02 (n=13,3%) artigos em 2017 e 01 (n=6.6%) artigo em 2018. Desta forma, observa-se que o número de produções científicas recentes referentes à temática vem crescendo ampliando assim, os meios de atualização por parte dos profissionais de enfermagem, visando desta forma, uma melhora nos assuntos que envolvem as pesquisas relacionadas a supervisão de enfermagem no âmbito hospitalar.

Com relação à metodologia empregada nesses estudos, obteve-se: 06 (n=40%) estudos com abordagem qualitativa; 03 (n=20%) com abordagem quantitativa; 02 (n=13,3%) sendo relatos de experiência, 02 (n=13,3%) artigos de reflexão e 01 (n=6.6%) estudo sendo Revisão Integrativa da Literatura e 01 (n=6.6%) com Métodos Mistos.

Com o intuito de conduzir a revisão integrativa da literatura, foram elaboradas três categorias temáticas: Modelos de gestão; Características profissionais do supervisor de enfermagem; e Principais desafios encontrados na supervisão de enfermagem.

MODELOS DE GESTÃO

De acordo com Bonfim e colaboradores (2014) a maioria das instituições de saúde do Brasil apresenta um modelo de gestão tradicional onde os colaboradores devem sempre responder a um único chefe que tem autoridade absoluta sobre eles. Nesse modelo organizacional, existe uma única autoridade com centralização das decisões. Esse tipo de organização é do tipo vertical e sua característica a torna mais lenta, visto que não responde de imediato às necessidades dos clientes e de seus colaboradores devido ao elevado número de hierarquia e departamentos, prejudicando o fluxo de informações, já que necessita percorrer vários caminhos até chegar à alta direção, por isso, nem sempre as decisões são tomadas em tempo hábil. Esse tipo de gestão apresenta algumas desvantagens, como há o envolvimento de muitas pessoas nas comunicações, há mais possibilidade de erro e de distorções pessoais, a avaliação de desempenho sempre depende de critérios estabelecidos pela hierarquia superior, tende a inibir a iniciativa, desestimulando a criatividade.

No estudo de Chaves e colaboradores (2017) afirmam que, dos princípios que norteiam a gerência do cuidado no âmbito da enfermagem encontra-se ancorada no paradigma capitalista, ainda apresenta reflexos de atividade caracterizada pela divisão técnica e social do trabalho, com um modelo de supervisão embasado na distribuição de tarefas e ações fragmentadas, com vistas a garantir a produtividade, no qual o enfermeiro assume a responsabilidade pela organização e resultados do

trabalho. Neste sentido, destaca-se a importância de reorientar a ação de supervisão para o cuidado holístico em saúde, cujo aspecto central está na interação entre trabalhadores de enfermagem e da equipe de saúde com o usuário, em prol de intervenções resolutivas.

De acordo com os estudos de Lima, Lourenço e Rosado (2016) o significado de gerenciamento do cuidado em enfermagem é expresso pelos enfermeiros como elementos constitutivos as ideias referentes ao manejo dos recursos materiais (equipamentos) e humanos (escalas e designação dos profissionais). Essa compreensão da gerência, pautada no modelo racional de administração, sugere a postura assumida pelo grupo a respeito do modo como deve ser desenvolvido o seu exercício profissional. A concepção de gerência, pautada na racionalidade técnica e predominantemente voltada aos interesses institucionais, parece fomentar o exercício de um processo gerencial que privilegia a organização do trabalho para o atendimento das necessidades da própria unidade hospitalar, espelhado apenas na lógica de controle mecânico de atividades, na comunicação formalizada e não dialógica, podendo desfavorecer a satisfação e realização pessoal.

Nos estudos de Lanzoni e colaboradores (2015) a prática de gerenciar está vinculada à sistematização da assistência de enfermagem, equipe e prestação de cuidados. Em contrapartida, as dimensões entre o assistir e o gerenciar, apesar de se complementarem, evidenciam que há enfermeiros com bom desenvolvimento na assistência, porém, com fragilidades na atividade de gerência ou vice-versa.

A gerência do cuidado em unidades de internação hospitalares apresenta, como desafio aos enfermeiros, a prestação do cuidado, o trabalho em equipe multiprofissional e intersetorial, ao considerar as ações e relações que se tecem numa rede complexa. Quanto menor a distância entre mentores e gerentes e mais aberta e com menor rigidez hierárquica a cultura de uma organização, maior a facilidade em se implementar a gestão participativa (GARCIA, et al; 2015; LANZONI, et al; 2015)

De acordo com Bonfim e colaboradores (2014) há dois tipos a gestão a centralizada e a descentralizada. A primeira tem como vantagens o fato de as decisões serem tomadas por administradores que têm uma visão global da empresa; entretanto, eles não estão próximos dos fatos e as decisões são tomadas pela diretoria executiva. Na maioria das vezes, este tipo de tomada de decisão, pode deixar os colaboradores da categoria inferior frustrados, porque acabam ficando fora do processo decisório. Já a segunda, as decisões são tomadas mais rapidamente pelos próprios colaboradores responsáveis pelas unidades/setores, que são os que têm mais informação sobre a situação e acabam tendo maior envolvimento na tomada de decisões, o que cria maior motivação entre os colaboradores médios. No que tange aos aspectos positivos desta descentralização, pode-se destacar:

rapidez na finalização da tarefa, trabalho em equipe, competição em favor da empresa, clientes mais satisfeitos, poder de barganha entre os fornecedores, menor rotatividade, motivação entre os membros da equipe, resultados financeiros positivos e presença de uma liderança democrática.

Ainda de acordo com os autores supracitados, este tipo de gestão é o que mais se utiliza no âmbito hospitalar. Sendo o hospital uma organização social complexa, que vem se transformando e evoluindo ao longo dos tempos com o desenvolvimento do conhecimento científico e a introdução de novas tecnologias, também necessita adaptar seu modelo de gestão de acordo com esse dinamismo, para produzir novos serviços de qualidade em atenção às necessidades dos usuários.

A avaliação da qualidade é um tema que preocupa os gestores dos serviços de saúde e por isso, faz-se, necessário que sua operacionalização ocorra por meio de ferramentas e técnicas sistemáticas, para que o processo gerencial alcance uma visão racional e estratégica da qualidade, com decisões voltadas à melhoria contínua dos processos da assistência (OLIVEIRA, et al, 2016).

O gerenciamento do cuidado fundamentado em avaliações por indicadores subsidia melhorias da qualidade dos serviços de enfermagem. No que se refere ao modelo de gestão atual, não é concebível que um enfermeiro gestor não tenha olhos a esta “nova” estratégia de gestão (SILVEIRA, 2014). Ainda de acordo com o autor, das várias ferramentas gerenciais existentes, uma essencial para supervisionar a qualidade da assistência prestada é a avaliação de desempenho. Uma vez que, por meio desta ferramenta, pode-se identificar os melhores perfis, bem como, a satisfação para se trabalhar em determinada área hospitalar. Sem falar que este instrumento, possibilita tanto uma avaliação por parte das chefias diretas/indiretas quanto do próprio colaborador.

No que se refere aos modelos de supervisão, esta pode ser classificada como uma tecnologia do trabalho de enfermagem, que colabora para a qualidade dos serviços e com a assistência prestada, uma vez que organiza o trabalho, identifica as necessidades do processo de trabalho, especialmente, as relativas ao aperfeiçoamento profissional. Dessa forma, ela deve ser planejada, executada e avaliada de maneira sistematizada. O planejamento é um subsídio para supervisão de enfermagem, pois possibilita ao enfermeiro direcionar o que deve ser feito, por quem deve ser feito, quando deverá ser feito e com que objetivo, além de designar o responsável por cada atividade e etapa (FARAH, et al; 2016).

Já na concepção de Vergílio e colaboradores (2018), a supervisão de enfermagem tem papel fundamental no gerenciamento do cuidado, com potencial para mudar a forma de trabalhar do enfermeiro e dos demais colaboradores, aproximando-se mais de práticas reflexivas conforme as experiências internacionais, se sobrepondo ao controle e a organização do ambiente terapêutico hospitalar

observado nos dias atuais (VERGÍLIO, et al; 2018).

Para Garcia e colaboradores (2015) quando há maior percepção e preparo dos gerentes supervisores, estes podem, de maneira crítica e reflexiva, identificar fragilidades em seu processo de gestão, sendo este um fator que pode desencadear a mudança para estilos gerenciais mais participativos, porém, sem antes passar pela ‘aprovação’, formal ou informal, da cultura organizacional, construída historicamente e por instâncias maiores.

CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS DO SUPERVISOR DE ENFERMAGEM

Em relação às características do enfermeiro supervisor o que ficou em maior destaque foram: a liderança; a comunicação; a autoridade; gestão participativa e a educação permanente de seus colaboradores.

Sabe-se que a liderança tanto pode ser algo inato ao indivíduo, como uma virtude a ser trabalhada ao longo de sua formação profissional. Está característica, pode ser considerada uma das principais virtudes de um profissional, uma vez que, o líder tem o papel de influenciar tanto positivamente quanto negativamente um determinado grupo. Todavia, deduz-se que está característica positiva precisa prevalecer dentro do ambiente de trabalho, a fim de, atingir as metas necessárias dentro da organização (NUNES, et al, 2017; LANZONI, et al; 2015; BONFIM, et al, 2014; SILVEIRA, 2014).

Corroborando com o pensamento acima, Silveira (2014) diz que o processo de liderança, o líder tem como desafio demonstrar entusiasmo naquilo que ele faz e nas conquistas da equipe; o líder desanimado ou que não reconhece o progresso de sua equipe, não inspira os outros e nem comemora os resultados, logo deixará de ser exemplo para seus liderados o que pode acarretar dificuldades no desenvolvimento das atividades. O autor, contribui afirmando que, ao se tratar da satisfação para trabalhar, é de extrema significância, o supervisor líder reconhecer os esforços dos seus colaboradores. Ainda que, os resultados estejam longe de atingir as metas, não se deve deixar de reconhecer os esforços e incentivar melhorias. O fato de reconhecer e incentivar as características pessoais positivas de cada membro da equipe desenvolve a possibilidade de que, cada componente do grupo, explore seu potencial criador e inovador, assim como estimule os demais membros do grupo a fazer o mesmo.

A motivação nas organizações está muito ligada à interação líder/seguidor. A eficácia do líder está relacionada com a forma positiva pelo qual o seguidor o vê. O líder eficaz consegue facilitar a autoestima e autoconsciência, portanto, o nível de motivação além de estar ligado ao indivíduo e ao seu trabalho, tem estrita relação com a competência e sensibilidade do líder (SILVEIRA, 2014). Todavia, de acordo

com Nunes et al (2017) os enfermeiros supervisores se sentem emocionalmente ligados à organização nutrindo sentimentos de lealdade, afeto e pertença, mas se sentem insatisfeitos, injustiçados e sem oportunidades para desenvolver o seu próprio potencial. Verifica-se que, existe uma influência positiva da liderança no empenhamento.

Outra característica evidenciada quanto ao perfil do enfermeiro supervisor foi o ato de comunicar-se bem com os seus colaboradores. Neste sentido, Chaves e colaboradores (2017) diz que a articulação do cuidado depende de uma das características indispensáveis para a supervisão: a comunicação, com foco no entendimento e empatia, que pode refletir nos diferentes sentidos compreendidos no exercício da supervisão. Ressalta-se a relevância da comunicação horizontalizada como potente ferramenta para a promoção de decisões compartilhadas que favorecem a efetividade do trabalho em equipe, elementos imprescindíveis para a atenção integral.

Já Gomes et al (2015) contribui dizendo que os enfermeiros supervisores apresentam preocupação e interesse com a qualidade da assistência, visão da liderança como componente essencial nas relações de trabalho e na comunicação.

Outra característica que ficou bastante evidente foi à autoridade. De acordo com Torres e colaboradores (2016) há diferentes orientações para atribuir significados à autoridade, tais como: ser um impulso instintivo, carisma e instrumento político. Por conseguinte, este conceito está atrelado às causas do comportamento das pessoas e se torna produto da interação social. Ainda de acordo com os estudos destes autores, a autoridade se fundamenta em um ato racional e de liberdade, vislumbrado como um processo dinâmico proveniente da experiência interna que se constrói socialmente, sendo reconhecida por outros e projetando que a pessoa (supervisor) está mais bem preparada, tem maior capacidade de julgamento e especializou-se em tudo o que está relacionado com a supervisão.

Contudo de acordo com as pesquisas realizadas, esta característica pode ter o mesmo desfecho que a liderança podendo ser positiva ou negativa da forma com que é conduzida. Neste sentido, cabe dizer que, a autoridade como forma de repressão por parte do supervisor de enfermagem, se dá talvez pela falta de conhecimento, sendo uma estratégia utilizada para não comprometer o cargo que ocupa. Segundo especialistas o ditado é certo quem não possui competências não se estabelece (TORRES, et al; 2016).

Ainda de acordo com Torres e colaboradores (2016) dentro de uma estrutura organizacional a autoridade nos mais variados cargos de chefia incluindo a supervisão, pode ser desvelada por meio de uma apreciação, da qual é possível inferir sua relação com os subordinados dentro da estrutura organizacional. Nesta se incorporam: conhecimento e disciplina, valores morais, éticos, humanísticos,

entre outros. Tal marco social interpretativo considera que, para os seres humanos, os significados são um elemento existente em ações conjuntas.

Para Garcia, et al (2015) as organizações são compostas por pessoas, e dependem delas para atingir os objetivos a que se propõe, as instituições de saúde começam a atribuir importância à gestão participativa como forma de aprendizagem, capaz de fazer a diferença na qualificação dos colaboradores. Quando supervisionado de forma adequada, esse tipo de gestão torna mais forte o desenvolvimento organizacional e das equipes, valorizando as competências individuais e coletivas. Esse modelo de gestão estabelece a organização tanto do líder quanto de seus liderados, capaz de desenvolver espaços de crescimento em grupos, tornando o trabalhador valorizado em suas potencialidades, motivando-o ao diálogo e tornando-o cada vez mais comprometido com o trabalho coletivo.

De acordo com Chaves e colaboradores (2017) o exercício da supervisão requer visão ampla e gerenciadora do trabalho, constituindo-se em um processo diligente, eficiente, eficaz, contínuo, de valor educativo, de caráter motivador, orientador e auxiliador da gestão de pessoas e de recursos materiais, organizacionais e do processo de trabalho de enfermagem. É evidente a necessidade de mudança e superação dos modelos de atenção e supervisão vigentes, em direção a um trabalho construído coletivamente, tendo sempre como finalidade a cooperação e o estímulo, objetivando a melhoria da assistência ao usuário. O êxito desta transformação encontra-se na implementação de ações de educação permanente que fomentem supervisão em uma abordagem mais participativa, com vistas à educação e não punição.

Essa gestão tem um modelo que pode ser uma variável explicativa importante para os resultados das organizações. A ideia subjacente é a de que a criação de laços com a organização implica uma participação ativa dos colaboradores na vida organizacional, estando dispostos a dar algo deles mesmos, com a finalidade de contribuírem para o sucesso dela. Considera-se fundamental que os enfermeiros estejam empenhados organizacionalmente, uma vez que o empenhamento é potenciador de comportamentos positivos, de produtividade e, conseqüentemente, todas estas dimensões irão refletir-se em cuidados de qualidade (NUNES, et al; 2017).

PRINCIPAIS DESAFIOS ENCONTRADOS NA SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM

Por meio da análise dos artigos científicos pode-se evidenciar que os principais desafios encontrados na supervisão de enfermagem foram: complexidade da supervisão; modelo clínico de atenção; falta de conhecimento dos processos de

gestão; dificuldades de trabalhar com indicadores de qualidade; incapacidade de lidar com situações de conflito – problemas e a não implementação de uma educação permanente na unidade.

As atividades de enfermagem são essenciais para o funcionamento das unidades, com maior preocupação na administração, preenchimento de formulários, relatórios, dentre outros, em detrimento da supervisão administrativa do serviço de enfermagem. A supervisão é realizada cotidianamente, entretanto, a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros participantes foi um aspecto complicador para realização da supervisão (FARAH, et al; 2016).

Outro fator que corrobora para comprometimento da supervisão nos serviços de saúde é a multiplicidade de demandas e atribuições características do processo de trabalho do enfermeiro, que pode limitar o foco da supervisão, restringindo-o ao monitoramento ou fiscalização do trabalho sem avançar para os aspectos educativos e de articulação ético-política, capazes de contribuir para o aprimoramento do cuidado e das condições de trabalho (CHAVES, et al; 2017).

Outro ponto a ser destacado por Chaves e colaboradores (2017) quanto as dificuldades encontradas por esta modalidade de gestão, está intimamente ligada no modelo clínico de atenção e método funcional de trabalho que reforçam a abordagem parcelar e de controle estrito da supervisão. Estes, por sua vez, se traduzem em relações rigidamente hierarquizadas, que dificultam a interação inerente ao processo de supervisão e realçam a ideia de punição equivocadamente articulada a supervisão. Aliado a esse fato, há a constituição das equipes que convivem com problemáticas relativas aos aspectos quanti-qualitativos de pessoal, baixa motivação, conflitos e fragilidades na cooperação e colaboração profissional afetando práticas de supervisão mais dinâmicas e educativas.

Desse modo, os enfermeiros supervisores devem estar atentos e preparados às mudanças contemporâneas, buscando alternativas para os serviços de enfermagem, contribuindo com as organizações de saúde na melhoria da gestão que impacta no atendimento dos clientes internos e externos das organizações. O enfermeiro supervisor em sua prática de gerenciamento deve aprender a lidar com o conhecimento do seu grupo. Além disso, ter capacidade para trabalhar com conflitos, enfrentar problemas, negociar, dialogar caracterizado pela comunicação aberta, argumentar, propor e alcançar mudanças, com estratégias que o aproximem da equipe e do cliente, contribuindo para a qualidade do cuidado, ou seja, espera-se do enfermeiro uma capacidade para gerenciar (GOMES, et al; 2015).

Apesar de empecilhos relacionados à cultura organizacional e à rotatividade de pessoal, a acreditação foi apontada pelos gestores como vantajosa à qualidade do gerenciamento e também da assistência porque, por meio da padronização dos processos e centralização do usuário no cuidado, a assistência é gerenciada para

a qualidade. Para que a acreditação seja implementada e mantida na organização, existe dificuldade em estabelecer a cultura organizacional em prol da qualidade e na redução da rotatividade dos profissionais (OLIVEIRA, et al; 2016).

O indicador taxa de absenteísmo de enfermagem está relacionado à sobrecarga de trabalho, diminuição da qualidade da assistência e elevação de custos na instituição. Tal fato explica a pertinência a ele atribuída, sendo inferido que enfermeiros diretamente ligados à supervisão de enfermagem vivenciam com maior proximidade as consequências do não comparecimento de trabalhadores ao serviço. (CAVALCANTE, et al; 2015)

Cabe ponderar que, as limitações para o exercício da supervisão pelo enfermeiro podem ser reflexo de lacunas no processo de formação, tais como comunicação em uma perspectiva participativa, dialógica, relacionamento interpessoal, gerenciamento de conflitos e do próprio exercício da supervisão. (CHAVES, et al; 2017)

Por essa razão diferentes estratégias de supervisão podem ser utilizadas, enfatizando-se a relevância de ações participativas e educativas da equipe de enfermagem. Não é possível eleger um modelo ideal de supervisão, adequado a todos os cenários e que prescreva a atuação do profissional a determinado padrão. Assim sendo, a dinâmica das oficinas favorece os supervisores propor ações para soluções das dificuldades da sua prática de forma mais democrática e participativa, mediante interações dialógicas, partilha dos sentimentos pertinentes ao contexto de trabalho e estabelecimento de consensos para a finalização da tarefa. (CHAVES, et al; 2017; VERGÍLIO, et al; 2018)

Alguns enfermeiros apontaram aspectos relacionados à visão clássica de supervisão, no qual o enfermeiro é possuidor de uma supervisão com caráter fiscalizador, destacando a necessidade de “tomar conta”, vigiar os profissionais da equipe de enfermagem, assim como na “parte burocrática” relativo ao preenchimento de formulários, boletins, produtividade, relatórios dos sistemas de informação, dentre outras atividades. (FARAH, 2016)

A dificuldade de adaptação do serviço de governança está na problemática de se encontrar profissionais que sejam capazes de gerir esse serviço de forma capacitada e eficiente, priorizando a humanização e a qualidade dos serviços no setor saúde (CHAVES, et al; 2017; NUNES, et al; 2017).

DISCUSSÃO

Corroborando com os autores supracitados, Gomes e colaboradores (2015) dizem que na enfermagem, o cuidado e o gerenciamento envolvem ações complexas e específicas, requerendo conhecimento e estudos de modelo de gestão na aquisição

de novas ferramentas, já que a atuação do enfermeiro como supervisor depende do conhecimento sobre o processo de gestão em saúde.

Segundo Lazoni e colaboradores (2015) faz-se necessário que os enfermeiros supervisores reconheçam a complexidade deste cargo nos seus aspectos incertos, instáveis, inseguros, ilógicos, contraditórios, ambíguos, variáveis, aleatórios, indeterminados e outros mais que fogem da ordem, objetividade, certeza ou do determinado.

Com base nos dados apresentados nas três categorias temáticas, foi possível observar que estes tópicos descritos são vivenciados tanto para nós trabalhadores de enfermagem, quanto para as respectivas acadêmicas de enfermagem em seu estágio curricular.

Um dos desafios da gerência é manter a equipe motivada, em tempo de instituições que valorizam a satisfação dos clientes e visa as questões financeiras, criar metas flexíveis ao contrário de metas irreais, promover a avaliação dos resultados. Reconhecer a importância da equipe e valorizá-la investindo em cursos de capacitação e processos educativos favorecendo assim a qualidade do serviço prestado e soluções de problemas. Saber ouvir e orientar para que tenha uma boa relação interprofissional fortalecendo ações integradas e uma boa produtividade relacionadas as necessidades de saúde de cada cliente que é uma boa assistência.

CONCLUSÃO

De acordo com o estudo realizado foi possível analisar que as dificuldades encontradas na supervisão de enfermagem estão ligadas a complexidade da supervisão; modelo clínico de atenção; falta de conhecimento dos processos de gestão; dificuldades de trabalhar com indicadores de qualidade; incapacidade de lidar com situações de conflito – problemas e a não implementação de uma educação permanente na unidade.

Por meio da análise dos artigos científicos foi possível analisar que os principais desafios encontrados na supervisão de enfermagem foram: complexidade da supervisão; modelo clínico de atenção; falta de conhecimento dos processos de gestão; dificuldades de trabalhar com indicadores de qualidade; incapacidade de lidar com situações de conflito – problemas e a não implementação de uma educação permanente na unidade.

Considera-se que o estudo contribuiu à gestão da qualidade hospitalar, no que diz respeito à fundamentação de tomadas de decisão mais assertivas, gerenciar a assistência consiste em direcioná-la aos fins da enfermagem, sendo um meio capaz de proporcionar o desenvolvimento das tarefas em que, mais uma vez, a criatividade deve estar presente na tomada de decisões visando à execução de um

cuidado de qualidade, capaz de contornar os obstáculos e de transformá-los em oportunidades de interação profissional-paciente e de aprendizagem.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº. 3, de 7/11/2001. Institui Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Diário Oficial da união 09 nov. 2001; Seção 1. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
- BONFIM, I. M.; JUNIOR, J. J. S.; YOSHIOKA, E. M. A gerência de Enfermagem como unidade de apoio às unidades de negócio: relato de experiência. **RAS**. v. 16, n. 64, p., 2014.
- CAVALCANTE, P. S.; ROSSANEIS, M. A.; HADDAD, M. C. L.; GABRIEL, C. S. Indicadores de qualidade utilizados no gerenciamento da assistência de enfermagem hospitalar. **Rev. enferm UERJ**. v. 23, n. 6, p787-93. 2015. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n6/v23n6a11.pdf>
- CHAVES, L. D. P; et.al. Governança, higiene e limpeza hospitalar: espaço de gestão do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**. v. 24, n. 6, p. 1166-74. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/2015nahead/pt_0104-0707-tce-201500004010014.pdf
- CHAVES, L. D. P; et.al. Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado. **Rev. Bras. Enferm**. v. 70, n. 5, p. 1165-70. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501106&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- FARAH, B. F; DUTRA, H. S; RAMOS, A. C. T. M; FRIEDRICH, D. B. C. Percepções de enfermeiras sobre supervisão em enfermagem na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Rene**. v. 17, n. 6, p. 804-11. 2016.
- GARCIA, A. B; et al. Influência da cultura organizacional na gestão participativa em organizações de saúde. **Fundam. care. Online**. v. 7, n. 2, p. 2615-2627. 2015. Disponível em: http://www.sobragen.org.br/trabalhos_enenge/Trabalho%20048.pdf
- GOMES, L. M. X; et.al. Vislumbrando “O Artífice” no cotidiano de trabalho das enfermeiras na gerência hospitalar. **O Mundo da Saúde**. v. 39, n.2, p. 239-247. 2015. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155570/A12.pdf
- LANZONI, G. M. M; et.al. Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. **Rev. Eletr. Enf**. v. 17, n. 2, p. 322-32. 2015. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n2/pdf/v17n2a16.pdf>
- LIMA, R. S; et al. Gerenciar unidade de internação hospitalar: o que pensam os enfermeiros? **Enferm. Cent. O**. v. 6, n. 2, p. 2190-2198. 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1128>
- NUNES, E. M. G. T; GASPAR, M. F. M. A qualidade da relação líder-membro e o empenhamento organizacional dos enfermeiros. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/0080-6234-reeusp-S1980-220X2016047003263.pdf>
- OLIVEIRA, J. L. C; MATSUDA, L. M. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade. **Esc Anna Nery**. v. 20, n. 1, p. 63-69. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0063.pdf>
- SANTOS, J. L. G; ERDMANN, A. L. Governança da prática profissional do enfermeiro no ambiente hospitalar: pesquisa de métodos mistos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 23, n. 6, p. 1024-32. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01024.pdf

SILVEIRA, C. D; STIPP, M. C. A; MATTOS, V. Z. Fatores intervenientes na satisfação para trabalhar na enfermagem de um hospital no Rio de Janeiro. **Rev. Eletr. Enf.** v. 16, n. 1, p. 100-8. 2014. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/21002/0>

SOUZA, M. T; SILVA, M. D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo , v. 8, n. 1, p. 102-106, Mar. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.

TORRES, D. G; et.al. Caracterização da autoridade que enfermeiras gerentes exercem em instituições de saúde no México e em Portugal. **CogitareEnferm.** v. 21, n. 3, p.01-07, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46641>

VERGÍLIO, M. S. T. G; TOLEDO, V. P; SILVA, E. M. Oficinas como proposta democrática para mudanças no trabalho da supervisão em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 71, n. 4, p. 2050-4. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-2050.pdf

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DO METODO CANGURU

Data de aceite: 20/02/2020

Data de submissão: 03/12/2019

Nanielle Silva Barbosa

Enfermeira pela UESPI, Pós graduanda em Saúde Pública, Saúde da Família e Docência do Ensino Superior pela IESM

Teresina, Piauí

<http://lattes.cnpq.br/1573380751471631>

Kauan Gustavo de Carvalho

Enfermeiro pela UESPI, Pós graduando em Saúde Pública, Saúde da Família e Docência do Ensino Superior pela IESM

Teresina, Piauí

<http://lattes.cnpq.br/9752147303031535>

Laércio Bruno Ferreira Martins

Fisioterapeuta pela UESPI

Teresina, Piauí

<http://lattes.cnpq.br/5999162888694815>

Francisco Florêncio Monteiro Neto

Enfermeiro pela UESPI, Especialista em Enfermagem Obstétrica pela UFPI

Teresina, Piauí

<http://lattes.cnpq.br/3918514337860721>

Deise Mariana Aguiar da Costa

Enfermeira pela UESPI, Pós graduanda em Urgência e Emergência pela GIANNA BERETTA

São Luís, Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/4919421522003824>

Vanessa Maria Oliveira Viana

Enfermeira pela UFPI, Pós graduanda em Saúde da Família pela UNIDIFERENCIAL

Teresina, Piauí

<http://lattes.cnpq.br/2367002236398261>

Vera Alice Oliveira Viana

Enfermeira pela UNIFSA, Especialista em Saúde da Família pela UFPI

Teresina, Piauí

<http://lattes.cnpq.br/8619361171023273>

Amanda Freitas de Andrade

Enfermeira pela UNINOVAFAPI, Especialista em Nefrologia pela Unichristus

Fortaleza, Ceará

<http://lattes.cnpq.br/0887010917378520>

Kássia Monicléia Oliveira Evangelista

Graduanda em Enfermagem pela UESPI

Teresina, Piauí

<http://lattes.cnpq.br/8614159966694709>

Kayron Rodrigo Ferreira Cunha

Enfermeiro pela UESPI, Pós graduando em Saúde Pública, Saúde da Família e Docência do Ensino Superior pela IESM

Teresina, Piauí

<http://lattes.cnpq.br/4729591385356319>

Everton Carvalho Costa

Graduando em Enfermagem pela IESM

Timon, Maranhão

<http://lattes.cnpq.br/6485533394402314>

RESUMO: INTRODUÇÃO: O cuidar, associado ao educar, possibilita a construção, desconstrução, adaptação, conversão e diversificação dos conhecimentos, de modo que possam atender às necessidades individuais e coletivas. **OBJETIVOS:** Relatar a experiência dos alunos na condução de um grupo de mães participantes do método canguru. **METODOLOGIA:** Relato de experiência, vivenciado por acadêmicos do nono período do curso de Enfermagem de uma universidade pública estadual em Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa) em uma maternidade pública de referência do estado. A atividade se efetivou através de rodas de conversa realizadas em março de 2018, tendo como protagonistas as mães de recém nascidos prematuros e baixo peso que estavam sob cuidados do MC. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram abordadas o total de 16 mães. A enfermagem tem papel relevante ao conversar e esclarecer dúvidas, por meio de uma linguagem próxima à da realidade da família. Os pais valorizam quando as informações são repassadas de forma simples e transparente a fim de que compreendam o está sendo planejado e realizado para seu filho. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A prática educativa é inerente e indissociável ao cuidado hospitalar. O enfermeiro, enquanto educador, auxilia na transformação, autonomia e emancipação dos indivíduos. Esta é uma das formas de valorizar a profissão e ampliar o espaço de atuação profissional. **PALAVRAS-CHAVE:** “Método canguru”; “Educação em saúde” e “Enfermagem”.

HEALTH EDUCATION: STRATEGY FOR STRENGTHENING THE KANGURU METHOD

ABSTRACT: INTRODUCTION: Caring, associated with educating, enables the construction, deconstruction, adaptation, conversion and diversification of knowledge, so that they can meet individual and collective needs. **OBJECTIVES:** To report students' experience in conducting a group of mothers participating in the kangaroo method. **METHODOLOGY:** Experience report, experienced by students of the ninth period of the Nursing course of a state public university in Kangaroo Intermediate Care Unit (UCINCa) in a public reference maternity of the state. The activity was carried out through conversation wheels held in March 2018, with the protagonists being mothers of premature and low birth weight newborns who were under the care of the MC. **RESULTS AND DISCUSSION:** A total of 16 mothers were approached. Nursing plays a relevant role in talking and clarifying doubts through a language close

to the reality of the family. Parents value when information is passed on simply and transparently so that they understand what is being planned and carried out for their child. **FINAL CONSIDERATIONS:** Educational practice is inherent and inseparable from hospital care. The nurse, as an educator, assists in the transformation, autonomy and emancipation of individuals. This is one of the ways to value the profession and expand the scope of professional practice.

KEYWORDS: “Kangaroo Method”; “Health Education” and “Nursing”.

1 | INTRODUÇÃO

As mudanças relacionadas aos cuidados à criança ocorreram muito lentamente. Até o século XIX, as crianças eram ignoradas pela classe médica, não existiam instituições que se dedicassem aos cuidados infantis, exceto algumas fundações, onde eram altas as taxas de mortalidade infantil. Estas adicionadas à queda na taxa de natalidade ocasionaram receio na população europeia, contribuindo para o surgimento do Movimento para a Saúde da Criança que buscava preservar a vida das crianças, inclusive dos recém-nascidos prematuros (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005).

Na primeira metade do século XX, muitas transformações ocorrem na assistência à criança, principalmente no atendimento a recém-nascidos e, em especial, aos prematuros. Em 1922, é criada a primeira unidade para os prematuros, em Chicago. Entende-se por nascimento prematuro aquele que ocorre antes da gestação completar a 37^a semana, e Recém-Nascido de Baixo Peso (RNBP) o que, ao nascer, pese menos que 2.500g (SPEHAR; SEIDL, 2013). A prematuridade é um problema de saúde pública e está associada a altos índices de morbimortalidade neonatal. Mundialmente, por ano, mais de um milhão de Recém-Nascidos Pré-Termo (RNPT) morrem dias após o parto, constituindo-se, esta, a segunda causa de mortalidade infantil no cenário mundial (AIRES et al., 2015).

Lara e Kind (2014) justificam que a fragilidade e a imaturidade desses bebês contribuem para a possibilidade de riscos e agravos no processo de desenvolvimento e crescimento. Os problemas respiratórios, a asfixia ao nascer e as infecções, além de distúrbios metabólicos, dificuldade na alimentação e regulação da temperatura corporal são os principais acometimentos perinatais da prematuridade.

Com o intuito de reverter essa situação, os atuais avanços tecnológicos e humanísticos procuram aumentar a expectativa de sobrevivência dos RNPTs e RNBP. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde normatizou, através da Portaria no 1.683, de 12 de julho de 2007, o Método Canguru (MC) (BRASIL, 2007). A política é baseada nos princípios da atenção humanizada e tem como objetivo: reduzir o tempo de separação e estimular o contato pele a pele precoce entre a mãe e o RN;

propiciar um melhor relacionamento entre a família e a equipe de saúde; aumentar as taxas de aleitamento materno e reduzir o número de reinternações (BRASIL, 2011).

O MC se trata de uma intervenção biopsicossocial, abrangendo vários aspectos do cuidado neonatal. Consiste em acomodar o RN verticalmente, sem roupas, junto ao peito dos pais ou dos familiares, a fim de promover o contato pele a pele, sendo realizado em três etapas: a primeira na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), a segunda na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) e a terceira após a alta hospitalar, no domicílio (BRASIL, 2017).

De acordo com Santos et al. (2013) a hospitalização em UTIN coloca o RNPT em um ambiente restrito, exposto a estímulos desagradáveis, ruídos, luz intensa, procedimentos clínicos invasivos, manipulações constantes, o que potencializa o estresse e a dor. Portanto, a participação da família no cenário do cuidado intensivo ou semiintensivo neonatal é indispensável.

A posição canguru está associada a promoção do aleitamento materno, contribuindo com a ampliação do período de amamentação e com o aumento do volume de leite produzido. Além disso, existem evidências de que esta posição melhora o vínculo entre mãe e filho e promove a participação dos pais nos cuidados com o RN, fortalecendo o desempenho dos papéis de pai e mãe. Do mesmo modo, a posição canguru favorece uma melhor regulação térmica e estabilidade fisiológica, estimula o desenvolvimento neurocomportamental e traz benefícios para o sono e alívio da dor do RNPT (FARIAS et al., 2017).

Para Gesteira et al. (2016) a capacitação contínua da equipe multiprofissional, medidas que possam adequar o ambiente da UTIN, como diminuição da luminosidade em alguns períodos, manipulação mínima do RN, controle da dor neonatal, redução de ruídos, encorajamento do aleitamento materno e comunicação efetiva de acordo com a compreensão dos familiares são medidas que favorecem a efetividade do método.

Bernado e Zucco (2015) afirmam que, embora o método traga importantes benefícios para a relação mãe-bebê, também acarreta para a mulher um conjunto de atividades que se somam a outras previstas com o exercício da maternidade. Isso pode inviabilizar e dificultar o desenvolvimento do método, caso a mulher não tenha disponibilidade e desejo de realizá-lo, ou ainda não conte com outros familiares do para partilhar as ações.

Nesse contexto, a participação de enfermeiros em grupos de discussão e na aplicabilidade global do método vem sendo cada vez mais prestigiada, fornecendo contribuições para o sucesso da implementação do MC (SOUZA et al., 2014). Segundo Rigon e Neves (2011) o cuidar, associado ao educar, possibilita a construção,

desconstrução, adaptação, conversão e diversificação dos conhecimentos, de modo que possam atender às necessidades individuais e coletivas. A educação em saúde perpassa o cotidiano do enfermeiro, fazendo parte da assistência.

Considerando que os anseios das mães e familiares de RNs sob cuidados do Método Canguru devem ser conhecidos e trabalhados como forma de fortalecimento e adoção ao método, de forma adequada e contextualizada na perspectiva social, cultural e segundo a capacidade cognitiva de cada pessoa, os alunos, sob supervisão de enfermeiras, desenvolveram sessões grupais com as mães, tendo como linha norteadora a abordagem participativa visando a educação e a promoção da saúde.

O objetivo deste artigo é relatar a experiência dos alunos na condução de um grupo de mães participantes do método canguru em uma maternidade pública de referência no estado do Piauí, onde lhes foi apresentada a importância do método e esclarecidas principais dúvidas.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e consiste em um relato de experiência, vivenciado por acadêmicos do nono período do curso de Enfermagem de uma universidade pública estadual, em curso da disciplina de Estágio Supervisionado I.

O cenário do estudo foi uma UCINCa em uma maternidade pública de referência do estado. Estas são serviços em unidades hospitalares cuja infraestrutura física e material permitem acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a alta hospitalar. Se responsabilizam pelo cuidado de recém-nascidos com peso superior a 1.250g, clinicamente estável, em nutrição enteral plena, cujas mães manifestem o desejo de participar e tenham disponibilidade de tempo (BRASIL, 2012).

A referida unidade conta com um total de vinte leitos distribuídos em três enfermarias e equipe multidisciplinar formada por pediatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, entre outros. Estes apresentam boa relação com os pacientes e buscam cumprir com diretrizes e normas, estabelecidas em manuais do Ministério da Saúde.

A atividade se efetivou através de rodas de conversa realizadas em março de 2018, tendo como protagonistas as mães de RNPTs e RNBPs que estavam sob cuidados do MC. Os alunos foram subdivididos em três duplas, e cada uma ficou responsável por uma enfermaria. As discussões ocorreram em forma de roda de conversa em cada enfermaria, com duração aproximada de trinta minutos e se baseou em das questões norteadoras: qual a importância do método canguru e quais dúvidas e dificuldades enfrentadas, É válido ressaltar que os alunos permitiram, ao máximo, que as mães expressassem seus sentimentos e concepções acerca do

tema.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Frello e Carraro (2012) a enfermagem tem papel relevante ao conversar e esclarecer dúvidas, por meio de uma linguagem próxima à da realidade da família, além de desenvolver um ambiente promotor de estímulos positivos, permitindo aos pais expressarem e sobreporem seus conflitos, preocupações, medos, inseguranças e o próprio comportamento imaturo do recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso. Os pais valorizam quando as informações são repassadas de forma simples e transparente (BORCK; SANTOS, 2012).

A medida que as mães se tornam responsáveis pelo cuidado com o recém-nascido, no decorrer da realização do Método Canguru, elas ficam mais tranquilas e melhoraram a qualidade do relacionamento mãe-filho. Esse relacionamento, possibilitado pelo MC, pôde ser entendido como uma forma de adequação e adaptação recíproca mãe-filho e como uma preparação para o cuidado em domicílio (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Ao entrar nas enfermarias, cada aluno se identificou por meio do nome, curso, instituição e pediram que cada mãe fizesse o mesmo. Em seguida perguntaram nas se estariam disponíveis e interessadas em participar da atividade, que foi detalhadamente explicada. Ao concordarem, foram convidadas a formarem um círculo no meio da enfermaria. Foram abordadas o total de 16 mães.

Inicialmente, as mães foram questionadas sobre o que seria o método canguru e quais as vantagens para elas e o bebê. Pôr estarem tímidas, foram auxiliadas pelos alunos a construírem a definição. Mais à vontade, citaram alguns dos principais benefícios do método, como: aumenta o contato pele a pele entre mãe e filho, transmite carinho e calor, proporciona a alimentação do prematuro e cria condições para o fortalecimento e estabelecimento do vínculo e do apego (SANTOS et al., 2013).

Apesar de a posição canguru poder ser realizada por qualquer adulto treinado, a figura da mãe pois ela que é convidada a permanecer de forma contínua ao lado do filho (SANTOS; MACHADO; CHRISTOFFEL, 2013). Relataram que se sentiam responsáveis pela saúde do filho. Foi explicado às mães que a posição canguru não era uma obrigação, não devendo ser imposta, e sim, sugerida e esclarecida quanto aos seus aspectos, acompanhado de suporte assistencial (BRASIL, 2011).

Apresentaram dúvidas em relação ao tempo que o bebe poderia ficar na posição. Os alunos apontaram dados de estudo desenvolvido por Araujo et al. (2016), onde afirmaram que deve durar o máximo possível, com duração mínima de 60 minutos por período de 24 horas quando não houver a possibilidade da permanência contínua e pelo tempo em que ambos entenderem ser prazeroso e

suficiente.

O nascimento prematuro e a hospitalização do bebê podem levar a mãe a se indagar sobre a sua capacidade de cuidar de seu filho e esta dúvida pode influenciar as futuras interações mãe-bebê. A adoção de respostas de enfrentamento adaptativas diante de situações adversas também está associada a uma maior autoeficácia percebida (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2008).

Quando a questão foram as dificuldades que enfrentavam frente ao método, destacaram ter medos, dúvidas e inseguranças ao manejar do recém-nascido prematuro, assim como angústia e ansiedade em voltar para suas casas. Estes fatores refletem diretamente no desenvolvimento do bebê e na eficácia do método, por isso a necessidade de uma equipe multiprofissional que trabalhe individualmente cada paciente (ARAUJO et al., 2016).

Aproveitou-se o momento para reforçar o aleitamento materno. De acordo com Spehar e Seidl (2013) o MC vem sendo adotado como uma das principais estratégias para promoção do aleitamento materno em recém-nascidos pré-termos e de baixo peso, tendo sua eficácia comprovada em estudos nos quais a incidência de aleitamento materno exclusivo foi consideravelmente maior nos RNPT que participaram do método, até mesmo após seis meses da alta hospitalar. O MC, devido à aproximação que promove entre mãe e filho, faz com que seja um grande incentivador da amamentação (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

A mãe pode não desejar amamentar o filho por motivos pessoais, porém vincular a o ganho de peso à alta hospitalar estimula a ansiedade em oferecer o seio materno o mais depressa possível. Entre as orientações oferecidas às mães no momento em que adentram a unidade neonatal, a importância de amamentar é predominante (LARA; KIND, 2013).

Apesar de haver dificuldades na amamentação do bebê prematuro, é importante que as condutas da equipe e a rotina do hospital se ajustem para atender as demandas familiares e haja o estreitamento dos laços entre a mãe, sua família e a equipe para que o aleitamento materno possa ser facilitado e promovido (KLOSSOSWSKI et al., 2016).

Os acadêmicos reafirmaram a importância de outros familiares ajudarem a mãe na prática do método e cuidados com o bebê, focalizando na figura paterna. Para Santos, Machado e Christoffel (2013) com os afazeres domésticos, e com outros membros familiares, caso existam, é possível negociar esse cuidado avaliando-se as necessidades de cada dia. Há limitações de profissionais de saúde quanto ao incentivo da participação do pai e outros familiares na posição canguru. Tal situação pode ser relacionada à ausência da figura paterna no âmbito hospitalar, a questões relacionadas a gênero, ou ainda, à não inclusão deste no cuidado direto ao recém-nascido.

Araújo et al (2010) discutem que a equipe de enfermagem deve atuar estimulando a participação do pai na segunda etapa do MC, na perspectiva de promover a interação pai/bebê, o fortalecimento do vínculo familiar, bem como da equipe e família, a fim de garantir suporte à mãe para que se sinta segura no cuidado domiciliar, para o qual, em 50% dos casos, é o pai quem dá suporte a mãe em casa, o que enfatiza a necessidade de inseri-lo no cuidado ao seu filho desde o começo de sua internação.

As mães receberam informações a mais sobre os cuidados de rotina com o bebê como: banho, peso, higiene e troca de fralda, que devem ser realizados de maneira protetiva, proporcionando conforto, organização, segurança, e principalmente redução das complicações clínicas decorrentes desses procedimentos (STELMAK; FREIRE, 2017).

Para finalizar, as mães foram orientadas sobre a importância da continuação do método no domicílio. Algumas demonstraram surpresa por desconhecerem essa terceira etapa que consiste no acompanhamento da criança após a alta hospitalar no ambulatório e no domicílio. O MS propõe a participação da Atenção Básica (AB) em conjunto com o hospital nesta etapa, através da atuação das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Visita Domiciliar (VD) (AIRES, 2015).

Na terceira etapa o bebê atende aos critérios como peso mínimo de 1600g, estar clinicamente estável, com adequado ganho de peso e seus cuidadores seguros para realizar os cuidados no domicílio, recebe a alta hospitalar e passa a ser acompanhado ambulatorialmente. Segundo o MS, nesta fase são recomendadas três consultas na primeira semana, duas na segunda semana e uma consulta semanal a partir da terceira semana, até que o bebê atinja o peso de 2.500g (BRASIL, 2013).

Borck e Santos (2012) destacaram que o sucesso do MC no domicílio depende do suporte fornecido pela equipe de saúde, principalmente quando se considera a complexa transição que ocorre no momento da alta hospitalar. Sabe-se que as orientações da equipe multiprofissional são determinantes para a segurança familiar no cuidado.

Ao final do diálogo, as mães demonstraram satisfação e reconheceram a importância das informações fornecidas como forma de melhorar e promover a segurança no cuidado ao RN.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar a vivência de puérperas durante a hospitalização do prematuro na primeira etapa do Método Canguru e conhecer como o primeiro contato pele a pele entre mãe e filho através da posição canguru colabora com esta vivência,

permitiu-nos perceber que este processo impacta inicialmente de forma negativa na dinâmica e rotina familiar, principalmente materna, que se vê obrigada a abandonar suas atividades diárias em prol da permanência contínua na unidade neonatal.

A posição canguru deve ser estimulada pelos profissionais envolvidos na atenção ao prematuro, como uma tecnologia de cuidado para a aproximação e adaptação da família ao contexto do hospital. É primordial que os trabalhadores da saúde, reconheçam a família como um sistema e compreenda os sentimentos expressados pela puérpera e sua valorização como elementos a serem considerados no contexto do planejamento do cuidado.

É necessário avançar na prática do cuidado canguru, incorporando os elementos para o cuidado centrado na família na prática clínica, tais como a crença de que a família é uma constante na vida do neonato, a implementação de políticas institucionais para o suporte emocional e financeiro da família, o reconhecimento das forças e a individualidade da família, encorajar e facilitar o apoio e as redes entre famílias e Planejar um cuidado em saúde que seja flexível, culturalmente competente e responsivo às necessidades da família

A prática educativa é inerente e indissociável ao cuidado hospitalar. O enfermeiro, enquanto educador, auxilia na transformação, autonomia e emancipação dos indivíduos. Esta é uma das formas de valorizar a profissão e ampliar o espaço de atuação profissional.

Recomenda-se que a abordagem participativa seja amplamente empregada, considerando-se que a mesma possa ser o “estopim” para uma discussão dessa temática entre os enfermeiros de unidades de internação e que estes possam agir-refletir-agir sobre sua prática, possibilitando uma prática de enfermagem emancipatória, na perspectiva do empoderamento dos sujeitos e dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS

AIRES, L.C.P. et al. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.36, n.esp, p.224-232, 2015.

ARAUJO, A.M.G. et al. A experiência do método canguru vivenciada pelas mães em uma maternidade pública de Maceió/AL. **Revista Iberoamericana de Educacion e investigacion en enfermeria**, Madri, v.6, n.3, p.19-29, 2016.

ARAÚJO, C.L. et al. Método mãe canguru: uma investigação da prática domiciliar. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.301-307, 2010.

BERNARDO, F.; ZUCCO, L. A centralidade do feminino no método canguru. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n.21, p.154-174, 2015.

BORCK, M.; SANTOS, E.K.A. Método canguru: práticas investigativas e de cuidado de enfermagem no modelo de adaptação de Roy. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.263-269, 2012.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília: 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.683 de 12 de julho de 2007**. Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Diário Oficial da União, Brasília, DF: 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2ª ed. Brasília: 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. Manual técnico. 3. ed. Brasília: 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru**. Manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: 2017.
- FARIAS, S.R. et al. Posição canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso: estudo descritivo. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.19, n.15, 2017.
- FRELLO, A.T.; CARRARO, T.E. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.3, p.514-521, 2012.
- FORTES-BURGOS, A.C.G.; NERI, A.L.; CUPERTINO, A.P.F.B. Eventos estressantes, estratégia de enfrentamento, autoeficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.21, n.1, p.74-82.
- GESTEIRA, E.C.R. et al. Método canguru: benefícios e desafios experienciados por profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.6, n.4, p.518-528, 2016.
- KLOSSOSWSKI, D.G. et al. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Revista CEFAC**, Campinas, v.18, n.1, p.137-150, 2016.
- LARA, K.L.; KIND, L. Processos de subjetivação vivenciados por mães em uma unidade de neonatologia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.19, n.4 p.575-585, 2014.
- NEVES, P.N.; RAVELLI, A.P.X.; LEMOS, R.G.D. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n.1, p.48-54, 2010.
- REICHERT, A.P.S.; LINS, R.N.P.; COLLET, N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.9, n.1, p. 200-213, 2007.
- RIGON, A.G.; NEVES, E. T. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito? **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.20, n.4, p.812-817, 2011.
- SANTOS, L.M. et al. Percepção materna sobre o contato pele a pele com o prematuro através da posição canguru. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.3504-3514, 2013.
- SANTOS, N.D.; MACHADO, M.E.D.; CHRISTOFFEL, M.M. (Re)conhecendo a participação masculina

no método canguru: uma interface com a prática assistencial de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.12, n.3, p.461-468, 2013.

SOUZA, L.S. et al. Método mãe-canguru: percepção da equipe de enfermagem na promoção à saúde do neonato. **Revista Brasileira Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.27, n.3, p.374-380, 2014.

SPEHAR, M.C.; SEIDL, E.M.F. Percepções maternas no método canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.18, n.4, p. 647-656, 2013.

STELMAK, A.P.; FREIRE, M.H.S. Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.795-802, 2017.

OLIVEIRA, I. C. S.; RODRIGUES, R. G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de Enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n.4, p.498-505, 2005.

ESCALA DE CHEOPS NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA PEDIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 20/02/2020

Tamires Camara Souza

Enfermeira Residente – pós-graduação na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), especialização lato sensu em clínica médica e cirúrgica com ênfase em ortopedia. Rio de Janeiro. <http://lattes.cnpq.br/5001284387524753>

Maiane da Silva Fernandes

Enfermeira Residente - pós-graduação na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), especialização lato sensu em clínica médica e cirúrgica com ênfase em pediatria. Rio de Janeiro. <http://lattes.cnpq.br/8901443332600443>

RESUMO: Justificativa e objetivos: o objetivo deste estudo foi relatar sobre um instrumento de avaliação de dor, utilizado no período do pós-operatório de cirurgia ortopédica pediátrica. Metodologia: trata-se de um estudo descritivo com relato de experiência, em um hospital cirúrgico ortopédico, de referência nacional que atende exclusivamente pacientes do sistema único de saúde. Conclusão: a utilização e padronização de instrumento para avaliação de dor no pós-operatório imediato trazem benefícios para a criança hospitalizada, gerando uma assistência de enfermagem sistematizada.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de

enfermagem; Avaliação da dor; Enfermagem ortopédica; Cuidados Pós-Operatórios; Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT: Background and objectives: the aim of this study was to report on a pain assessment instrument used in the postoperative period of pediatric orthopedic surgery. Methods: this is a descriptive study with experience report of a national reference orthopedic surgical hospital exclusively assisting single health system patients. Conclusion: the use and standardization of an instrument for pain assessment in the immediate postoperative period brings benefits to the hospitalized child, generating a systematized nursing care.

KEYWORDS: nursing care; pain measurement; orthopedic nursing; postoperative care; pediatric nursing

INTRODUÇÃO

Segundo a Internacional Association for the Study of Pain (IASP), a dor “é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada a um dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos deste dano¹.” No entanto, quando se alude em avaliar a dor em crianças essa definição torna-se um

pouco inviável por não serem capazes de descrever o que é sentido, principalmente quando se tratam de crianças que sofrem de déficits neurológicos, desencadeados por alguma síndrome, e são submetidas a cirurgias ortopédicas sejam por traumas ou por correções².

OBJETIVO

O objetivo do estudo é relatar sobre um instrumento de avaliação de dor utilizado no período do pós-operatório de cirurgia ortopédica pediátrica. Demonstrando assim a experiência vivenciada como residente de enfermagem na avaliação de diagnóstico de dor em crianças de 1 a 7 anos no pós-operatório imediato.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência com o intuito de aludir a experiência vivenciada por enfermeiras residentes durante avaliação de dor em crianças de 1 a 7 anos que foram submetidas a tratamento cirúrgico ortopédico e encontram-se no pós-operatório imediato na clínica pediátrica. O estudo aconteceu no mês julho de 2019 na pediatria de uma instituição de traumatologia e ortopedia no Rio de Janeiro.

RESULTADOS

Para a avaliação das crianças que retornam do centro cirúrgico, faz-se necessário a avaliação holística e diagnóstica do enfermeiro à criança em situação de dor para possível conduta, com finalidade de diminuir o estresse da criança e seu familiar, gerando melhor conforto durante a terapêutica. Sendo assim, utiliza-se no hospital uma escala de avaliação de dor: escala de CHEOPS. A escala de dor do Children's Hospital of Eastern Ontario (CHEOPS) faz a mensuração de dor através da observação do enfermeiro à criança de 1 a 7 anos que retorna do centro cirúrgico. A escala avalia seis tipos de comportamentos: choro, facial, verbal, tronco, ferida operatória e movimento das pernas; Cada comportamento é graduado, de acordo com a intensidade, com uma pontuação de 0 a 3 pontos. A soma dos valores comportamentais gera um escore que varia de 4 a 13 pontos, onde 4 é sem dor e 13 dor intensa³. Além de monitorar o desconforto, a escala avalia também a eficiência da intervenção instituída.

Critério	No momento	Pontos
Choro	Não	1
	Choro fraco ou silencio	2
	Choro gritando, histérico	3
Facial	Sorrindo	0
	Tranquilo	1
	Crispado ou Tenso	2
Verbal	Fala de outras coisas	0
	Não fala, ou outras queixas	1
	Queixas de dor	2
Tronco	Relaxado, posição neutra	1
	Movimento de Incomodo	2
	Tenso, tremor	2
Ferida Operatória	Nenhum gesto (Parado no leito)	1
	Protege, toca, segura	2
Perna	Quieta ou movimentos leves	1
	Espermeia, pedala, tensa	2
	Em pé ou imobilizada	2

A escala vai de 4 a 13 pontos

4: Sem dor
5 a 6: Dor leve
7 a 9 : Dor moderada
10 a 12: Dor forte
13: Dor intensa

Figura 1 – Escala de cheops

Fonte: RONDINELLI, M.C.; ANTUNES, J.M.; SAMPAIO, W.C.; SANTOS, J.F.

CONCLUSÃO

Sendo assim, percebe-se que é de grande valia a inclusão e aplicabilidade, em uma instituição, de um instrumento que avalie a dor, principalmente em crianças. Visto que a maioria não sabe localizar e nem verbalizar o que está sentindo no pós-cirúrgico e através de uma escala pode-se obter uma avaliação diagnóstica fidedigna e com isso traçar condutas que promovam bem estar da criança e seu acompanhante, além de ofertar um cuidado direcionado.

REFERÊNCIA

- 1.Merskey H, Albe-Fessard DG, Bonic JJ. Pain terms: a list with definitions and notes on usage: recommended by the International Association for Study of Pain (IASP) Subcommittee on Taxonomy. Pain. 1979;6:249- 52
- 2.PUCCINI, R. F.; BRESOLIN, A. M. B. Dor recorrente em crianças e adolescentes. Jornal de Pediatria, 2003

3.RONDINELLI, M.C.; ANTUNES, J.M.; SAMPAIO, W.C.; SANTOS, J.F. Implementação de um programa de controle da dor em hospital de traumatologia e ortopedia. Relato de caso. **Revista Dor**, São Paulo, 20 abr. 2016.

O PARTO É NOSSO: EXPERIÊNCIA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A VIDA DAS MULHERES

Data de aceite: 20/02/2020

Data de Submissão: 01/12/2019

Renata di Karla Diniz Aires

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

ORCID: 0000-0003-4150-0549

Karla Corrêa Lima Miranda

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

ORCID: <http://lattes.cnpq.br/6324444734722026>

Laís Celeste Medeiros Mendes da Fonseca

Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ)

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4906108054364116>

Camila Cristina Girard Santos

Universidade Federal do Pará (UFPA)

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7013761033077942>

Beatriz Maia Vasconcelos

Faculdade Integrada Brasil Amazônia

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0803162982901375>

Anne Caroline Gonçalves Lima

Universidade Estadual do Pará (UEPA)

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3920170461921933>

Ana Carla Dias Rodrigues

Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA)

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3888392941675319>

Suane Priscila dos Santos Antunes

Universidade da Amazônia (UNAMA)

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8983534823856686>

Luara Campos da Silva

Universidade Federal do Pará (UFPA)

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7733933999255222>

Ravena Gentil de Castro

Universidade Federal do Tocantins (UFTO)

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9209263109661028>

Alex Dumas Souza Campos

Universidade Estadual do Pará (UEPA)

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9230369067913879>

Vitor Hugo Pantoja Souza

Universidade Estadual do Pará (UEPA)

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4672246216606400>

RESUMO: A partir do século XX, começou a ocorrer no Brasil um processo intenso de medicalização e hospitalização do parto, marcando o fim da feminilização do parto e, levando ao predomínio do parto hospitalar, marcado por intervenções cirúrgicas, numa

tentativa de controlar um fenômeno de dimensão impalpável, e criando padrões para os corpos das mulheres. Este artigo teve como objetivo analisar as implicações da medicalização dos processos reprodutivos como forma de violência obstétrica e suas repercussões para a vida das mulheres. O estudo revelou que existe uma banalização da medicalização do parto, repercutindo em consequências físicas e psicológicas altamente danosas.

PALAVRAS-CHAVE: Medicalização; Parto; Violência Obstétrica.

THE BIRTH IS OURS: EXPERIENCE OF OBSTETRIC VIOLENCE AND ITS IMPLICATIONS FOR WOMEN'S LIVES

ABSTRACT: From the twentieth century onwards, an intense process of medicalization and hospitalization began in Brazil, marking the end of the feminization of labor and leading to the predominance of hospital delivery, marked by surgical interventions, in an attempt to control a phenomenon of dimension Impalpable, and creating patterns for the bodies of women. This article aimed to analyze the implications of the medicalization of reproductive processes as a form of obstetric violence and its repercussions for the lives of women. The study revealed that there is a banalization of the medicalization of childbirth, resulting in highly harmful physical and psychological consequences.

KEYWORDS: Medication; Childbirth; Obstetric Violence.

1 | INTRODUÇÃO

Historicamente, os partos e cuidados pós-parto eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas mulheres eram de inteira confiança e detinham um saber empírico sobre a gestação parto e puerpério (ROCHA, 2011).

É recente a presença da mulher dentro dos hospitais durante o parto se considerarmos o tempo de existência humana. O cenário hospitalar surgiu há muito pouco tempo dentro do contexto do nascimento.

O processo de parturição é um fenômeno fisiológico, onde a capacidade de parir é intrínseca à existência feminina. A continuidade da humanidade necessita, diretamente, da capacidade de reprodução. Até meados do séc. XX, o modelo de parto e nascimento no Brasil era centrado num modelo domiciliar, onde as mulheres eram assistidas, em sua grande maioria, pelas parteiras.

A Igreja Católica, descrevia o sofrimento no parto como desígnio divino, pena pelo pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse os riscos e dores no parto(DINIZ, 2005).

Associado a isto, no século XX, após a Segunda Guerra Mundial, com os avanços tecnológicos e conhecimentos adquiridos pelos médicos como a anestesia

e a antibioticoterapia, a institucionalização do parto começou a ocorrer de forma muito expressiva. Com o domínio da técnica, o parto deixa de ser um fenômeno fisiológico, e a cesariana começa a ganhar forma de excelência para a resolução da gravidez(DINIZ, 2005).

A obstetrícia assumiu o papel de salvadora. As mulheres, que antes era condenada pela Igreja a pagar pelo chamado pecado original e, portanto, segundo os preceitos bíblicos deveriam passar por uma experiência de parto sofrida – *parirás com dor* – passou a ser a vítima da natureza, sendo dever do obstetra intervir para antecipar os perigos do “desfiladeiro transpelvino” e combatê-lo (DINIZ, 2005).

A partir do século XX, começa a ocorrer no Brasil um processo intenso de medicalização e hospitalização do parto, associado ao surgimento de grandes metrópoles e construção de grandes hospitais, marcando o fim da feminilização do parto e, levando ao predomínio do parto hospitalar, marcado por intervenções cirúrgicas (COLACIOPPO e col., 2010)

Com o uso indiscriminado de cesáreas e episiotomias desnecessárias, a inserção do médico no cenário do parto e com a criação do fórceps de alívio pelo cientista Peter Chamberlain, a parteria tradicional começa a sofrer um declínio e a intervenção masculina no cuidado ao parto começa a ser cada vez mais concretizada (SEIBERT , 2008).

A assistência ao parto cerceada de intervenções começou a difundir-se baseadas em consensos e práticas de rotina sem embasamento científico. Com a criação extensiva de faculdades de medicina e residências em obstetrícia, o corpo feminino tornou-se objeto de estudo. Com a ritualização do parto, a pelve feminina era estudada matematicamente numa tentativa de controlar um fenômeno de dimensão impalpável, e criando padrões para os corpos das mulheres, tão diferentes umas das outras, resultando em nascimentos semelhantes a produções em série.

Diante da banalização do intervencionismo no cuidado ao parto, em 1996 a Organização Mundial de Saúde lança um manual de recomendações baseadas em evidências científicas para o cuidado humanizado ao parto normal de risco habitual, buscando, assim, combater a “adoção sem críticas de uma variedade de intervenções inúteis, inoportunas, inadequadas e/ou desnecessárias” onde o parto normal era conduzido da mesma forma que o parto complicado, culminando, em grande parte dos casos, na transformação de um evento fisiológico em um evento potencialmente patológico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996). Com este manual, começa a ser inserido no contexto obstétrico, uma nova visão de assistência à parturiente: a visão da medicina baseada em evidências.

A Medicina Baseada em Evidências (MBE) consiste em um uso consciencioso, explícito e judicioso das melhores evidências científicas correntemente disponíveis

para tomar decisões relativas ao cuidado de pacientes individuais. (AMORIM, 2011). A prática da MBE consiste na integração de experiência clínica individual, melhores evidências clínicas disponíveis obtidas em pesquisas sistemáticas e as características e expectativas dos pacientes (AMORIM, 2011)

Este estudo trata-se de um ensaio teórico-reflexivo que objetivou analisar as implicações da medicalização dos processos reprodutivos como forma de violência obstétrica e suas repercussões para a vida das mulheres.

2 | A BUSCA PELA RETOMADA DA AUTONOMIA DA MULHER

Existem dois modelos de assistência ao parto vigentes no Brasil. O modelo tecnocrata, centrado nas necessidades do profissional, onde prevalecem as rotinas cirúrgicas, alta medicalização e grande número de intervenções; e o modelo humanista, centrado na mulher, que propõe ser o menos invasivo possível e proporcionando um ambiente acolhedor e saudável para a vivência do parto e nascimento (RATTNER, 2009).

O termo humanismo já foi usado com diversos aspectos, sob diversas interpretações. Fernando Magalhães – “pai” da obstetrícia brasileira – e o professor Jorge de Rezende, interpretavam que a narcose e o fórceps de alívio vieram humanizar a assistência prestada aos partos naquele período (DINIZ, 2005).

Nota-se uma apropriação dos fenômenos femininos - gravidez, menstruação, puerpério-, pela ciência médica e a instituição de um poder simbólico que usa o conhecimento científico para impor domínio sobre o corpo da mulher, transformando eventos fisiológicos em patológicos. Foucault (2007) ressalta a natureza política no desenvolvimento da medicina como uma estratégia biopolítica da sociedade capitalista a fim de obter um controle social através dos corpos.

Em contraponto a esse modelo intervencionista e hospitalocêntrico, sob forte influência do movimento feminista, o humanismo resurge com outra face, tendo como princípio norteador não seguir o modelo convencional, elevando a mulher a condição de sujeito, dando-lhe direito a escolhas, valorizando a participação da família e procurando incentivar ao máximo a participação ativa do acompanhante na hora do parto (MEDINA, 2003).

3 | POLÍTICAS DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER

Até o final da década de 70, o serviço prestado à saúde da mulher era fragmentado e apenas focado na geração de filhos saudáveis. O parto, frequentemente, era visto com um evento médico isolado, desconsiderando as expectativas e

experiências de vida da mulher, expondo-as a intervenções obstétricas danosas, ofensas, dores, humilhações e preconceitos acerca da sua sexualidade.

Diante disso, o movimento feminista trouxe como proposta a incorporação de melhores condições de assistência ao parto à saúde da mulher. Essa articulação do movimento de mulheres junto aos profissionais de saúde deu origem às diretrizes do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1983 pelo ministério da saúde para atender integralmente as demandas das mulheres (MATOS et. al., 2013). O PAISM, de certa forma, rompeu com as políticas assistenciais reducionistas da época, ampliando a visão sobre a mulher, englobando inclusive, segmentos que estavam à margem dos serviços de saúde.

Com o intuito de ofertar uma melhor assistência a saúde materno-infantil no Brasil, surge o Programa de Humanização do Sistema Único de Saúde (2000), especificamente seu braço voltado para a atenção ao Pré-natal e Nascimento, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), lançado por meio da Portaria GM n. 569 de 01/06/2000, é considerado uma grande conquista para a sociedade brasileira, visto que o mesmo baseia-se nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde e apresenta políticas que reconhecem a autonomia e os direitos humanos dos usuários. O programa tem por objetivo melhorar o acesso, cobertura e qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério (MATOS et. al., 2013).

Em 2011, a Portaria Nº 1.459/11, institui no âmbito do SUS, “uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério”, denominado Rede Cegonha (BRASIL, 2011). O Rede Cegonha estrutura-se a partir de componentes que visam garantir atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres.

De fato existe um movimento amplo para a melhora da assistência ao parto e nascimento centrado nas necessidades do sujeito, porém esse movimento ainda esbarra nos interesses individuais das instituições e profissionais de saúde.

Alguns estudos demonstram que a fala das parturientes frente a fala do profissional que a assiste resulta num jogo de poder desigual, onde a mulher não é reconhecida com discurso dominante. Ao questionar a opinião de médicos e pacientes em relação à preferência de via de parto, foi identificado que os médicos declaram que as pacientes manifestam preferir cesárea, no entanto, as mulheres relataram a preferência pelo parto normal (SALGADO, 2012). O estudo permite concluir que a justificativa dada pelos médicos para justificar os altos índices de cesáreas eletivas no país é insustentável.

A imposição da cesárea eletiva “indolor e inofensiva” na cultura das mulheres brasileiras também tem sido vista como uma forma de violência, porque além de ser um procedimento invasivo e desnecessário, oferece riscos a curto e longo

prazo para a mãe e o bebê. O Brasil lidera o ranking na América Latina, segundo a Unicef, com mais de 50% de nascimentos através da cirurgia. O índice sobe consideravelmente quando se olha apenas para os hospitais particulares. Em 2010, 81,83% das crianças que nasceram via convênios médicos, vieram ao mundo por cesarianas. Em 2011, o número aumentou para 83,8%, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (DIP, 2013). Os índices de cesáreas eletivas têm aumentado sistematicamente no Brasil, em total detrimento às recomendações da OMS de apenas 15 %.

Segundo dados da pesquisa Nascer no Brasil, divulgada pela Fiocruz e pelo Ministério da saúde, os índices de cesárea crescem a cada ano. Segundo a pesquisa, das 23.894 mil mulheres entrevistadas que tiveram seus filhos em maternidades brasileiras públicas e privadas, entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, a taxa de cesárea foi de 52% dos nascimentos, chegando a 88% na rede privada (FIOCRUZ, 2014).

A Violência obstétrica é um crime silencioso, que atinge os direitos humanos – integridade corporal, autonomia, não discriminação, saúde e benefícios do progresso científico e tecnológico- de mulheres durante todo o período perinatal. Trata-se da imposição de intervenções danosas praticadas de forma corriqueira por parte dos profissionais de saúde de forma autoritária e iatrogênica em total detrimento das recomendações da Organização Mundial de Saúde.

4 | A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E AS RELAÇÕES DE GÊNERO

A percepção de violência obstétrica é muito particular, e nem todas as mulheres são conscientes das violências sofridas. As narrativas de vivências de parto e nascimento, em geral, revelam uma naturalização da violência obstétrica no âmbito do ambiente hospitalar.

Como violência física, destacam-se o uso abusivo de toques, restrição de alimentação e locomoção, manobras de kristeller, realização de episiotomias de rotina, indicações de cesáreas desnecessárias e uso indiscriminado de ocitocina sintética.

Em contrapartida, a violência psicológica surge a partir de: restrição de acompanhante, desvalorização das queixas/demandas da parturiente, abandono, violação da intimidade da mulher, exposição a situações vexatórias e ofensivas, comunicação verbal discriminatória e agressiva.

A forma de tratamento através dos vocativos “mãe” ou “mãezinha” como forma de tratamento estabelecida pela equipe, como um gesto “carinhoso” de tratar a mulher, pode ser entendido também como uma forma de diminuir a mulher e impor

a autoridade do profissional.

Em muitos casos, a mulher perde sua identidade, e passa a ser reconhecida apenas pelo papel social de “mãe”. O papel para o qual as mulheres são “convidadas” a ocupar é reducionista e pautadas na concepção de que a dor e o sofrimento são inerentes ao processo de parto, e, portanto, devem ser aceitos pela mulher-mãe com obediência e resiliência.

Neste contexto, a violência obstétrica caracteriza-se pela objetificação da mulher, que não é reconhecida como um sujeito, e sim como um objeto de intervenção para se chegar a um fim (AGUIAR & D’OLIVEIRA, 2011).

O modelo de “mãe” reconhecido socialmente como aceitável diz respeito a uma figura capaz de suportar todo e qualquer sofrimento no que tange ao exercício da maternidade. A naturalização da dor encontra-se arraigada culturalmente ao processo de parto. Muitas encaram a dor como um sofrimento necessário, uma forma de superação, de tornar-se mulher; outras encaram a dor como um anúncio de chegada do bebê, mas que não está necessariamente atrelado ao sofrimento. Tal naturalização da dor não afasta o medo, nem tampouco exclui a necessidade individual de alívio de dor.

Associado à ideia de que a dor e o sofrimento são inerentes ao processo de parto, o tratamento violento é visto de forma natural, normal para o contexto obstétrico. As práticas de cuidado ao parto vêm sendo historicamente construídas com base no pressuposto de que para parir, a mulher precisa sofrer quase como uma punição pelo prazer alcançado durante a concepção do feto.

5 | A REPERCUSSÃO PARA A VIDA DAS MULHERES:

Winnicott (2000), fala da importância de garantir para o binômio mãe-bebê um nascimento respeitoso, não somente em respeito aos direitos humanos e reprodutivos da mulher, como também protegendo a relação “em construção” de um possível comprometimento.

Ao realizar o levantamento bibliográfico, observou-se que as produções que abordavam o tema “violência psicológica” eram direcionadas muito mais para a violência doméstica. Os estudos que abordam violência psicológica institucional são muito reduzidos e vem sendo produzidos ainda muito timidamente, embora o tema não seja “novo”, o que nos leva a supor que a violência psicológica presente durante o período perinatal, em muitos casos, ocorre de maneira velada, consentida e banalizada (SILVA et. al., 2007).

Alguns estudos afirmam que a atitude de dificultar a permanência de um acompanhante junto à parturiente está relacionada ao despreparo, inclusive psicológico, dos profissionais para fornecer o apoio desejado, alegando, portanto,

que o acompanhante atrapalharia a conduta médica (AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011).

Sabe-se que a permanência de um acompanhante nas dependências do hospital geram demandas que, certamente, fariam com que a equipe profissional fosse mais solicitada e seria, portanto, mais uma “preocupação”. No entanto, considerando que no momento do parto o foco é a mulher, é de fundamental importância que ela esteja em companhia de alguém da sua confiança e que possa lhe oferecer o apoio necessário.

Hodnett et. al. (2011) verificou que o suporte contínuo intraparto promovem benefícios significativos para as mulheres e bebês e sobre o bem-estar no período puerperal. Comparando a diferença dos resultados de mulheres que tiveram suporte prestado por um familiar, uma doula, um profissional da equipe técnica e mulheres que não tiveram acesso a suporte contínuo, destacou-se o trabalho da doula como tendo maiores efeitos benéficos para o binômio mãe-bebê (HODNETT et al.,2011).

Providenciar apoio contínuo intraparto aumenta as chances de parto vaginal espontâneo, reduz a duração do trabalho de parto e uso de analgesia, reduz a incidência de cesariana e parto instrumental, diminui a ocorrência de bebês que nascem com escore de Apgar menor que 7 no 5º minuto e as mães expressam maior satisfação com a experiência do nascimento (AMORIM, 2011).

Diante de tais evidências, entende-se que o ambiente hospitalar deveria prover à mulher suporte contínuo visando os comprovados benefícios desta prática, ofertando e facilitando, inclusive, o suporte de doulas, e garantindo o cumprimento da Lei do Acompanhante.

A Organização Mundial de Saúde (1996) define violência como “a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis”, compreendendo, também, sofrimentos de ordem psicológica. O linguajar utilizado entre profissional de saúde e usuária do serviço precisa ser respeitoso e de confiança. Todavia, as atitudes apresentadas pelos profissionais, especialmente suas falas, foram consideradas desrespeitosas e hostis.

Dias e Ramos (2003), compreendem violência na esfera do campo semântico, como sendo “uma relação assimétrica, querendo significar hierarquia, poder, com fins de dominação, exploração e opressão”.

A ideologia construída durante a história da obstetrícia de naturalização da inferioridade física e moral da mulher, de sua condição de reprodutora como seu único e definitivo papel social, permitindo que seu corpo e sua sexualidade sejam alvo de domínio e controle da medicina, permite e legitima a exposição das mulheres a sofrimentos desnecessários que podem trazer consequências drásticas e irreparáveis.

O estado emocional e psicológico materno no pós-parto influencia em seu relacionamento com o bebê. Para Byrom et. al. (2010), “a morbidade psicológica

pós-natal pode ser associada com uma série de eventos estressantes”, dentre eles “a experiência de parto traumática”.

Tais experiências podem ocasionar sintomas de depressão e ansiedade, causar interferência nos cuidados com o bebê, na amamentação, no estabelecimento do vínculo, podendo, inclusive, influenciar o desenvolvimento do recém-nascido por conta do desmame precoce (BYROM et. al. 2010).

Observa-se, portanto, que os desequilíbrios emocionais provocados por experiências traumáticas são um fato, e que, assim como as consequências físicas, as psicológicas também poderiam ser evitadas caso houvesse de fato uma abordagem e acompanhamento das parturientes/puérperas pautados nos preceitos da humanização.

O cuidado que propomos exige uma atitude sensível de acolhimento. Por pensarmos desta forma, nos opomos à assistência sustentada pelas rotinas rígidas das instituições de saúde, cerceada por intervenções desnecessárias, pela invasão dos corpos, que agride, traumatiza e impede as mulheres de exercerem integralmente seu protagonismo.

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obstetrícia, como toda e qualquer ciência, é uma construção social. Portanto, não é isenta de conflitos, influências, pressão econômica, política e social. As questões relacionadas à violência obstétrica não ficam distantes disto. Ao iniciarmos esta pesquisa, partimos do pressuposto de que a violência obstétrica existia sustentada pelo estereótipo do papel social da mulher. Seria, portanto uma violência de gênero, baseados na desvalorização e submissão da mulher, institucionalizada pelas ideologias médicas.

A partir do momento que os processos reprodutivos começaram a passar por um processo de medicalização, a assistência ao parto tornou-se uma busca constante para controlar um fenômeno de dimensões impalpáveis. Com a medicina assumindo as rédeas da assistência ao parto e nascimento, houve uma quebra na atuação da mulher como protagonista da sua história.

No Brasil, os esforços para a disseminação da prática do cuidado ao parto centrado na mulher vêm buscando através de diversas políticas de saúde, modificar o atual contexto obstétrico intervencionista e tecnocrata. No entanto, apesar de haver um grande avanço, ainda há muito a ser trabalhado.

Acredita-se existe uma banalização da violência obstétrica no cotidiano das relações interpessoais nas instituições de saúde. A descontinuidade da assistência pré-natal, a falha na vinculação da gestante às maternidades, a reduzida disponibilidade de estrutura física e de profissionais capacitados para a assistência

ao parto normal, são fatores que dificultam a formação de vínculos de confiança entre as usuárias e os serviços de saúde.

O nascimento e o parto são direitos humanos fundamentais e direitos civis invioláveis, e as mulheres têm sido encorajadas pelos movimentos sociais a rejeitar o papel coadjuvante e adotar uma postura ativa no seu parto. Entretanto, queixaram-se quanto à falta de comunicação saudável e de confiança, e pela prevalência de intervenções e procedimentos técnicos impostos deliberadamente em detrimento à sua autonomia de decidir livremente sobre os cuidados a serem prestados a ela e seu bebê.

Notou-se que existe uma imposição de um suposto poder hierárquico do profissional de saúde em relação à mulher. Este poder simbólico, além de causar experiências traumáticas, também colaborava para a manutenção do paradigma do isolamento imposto à parturiente. Infelizmente, hoje, dez anos após a criação da Lei do Acompanhante, ainda existem relatos de mulheres que pariram sozinhas.

Conclui-se, que o cuidado prestado às depoentes, esteve à mercê de práticas tecnocratas, resultando em uma dificuldade muito grande em promover de fato o protagonismo da mulher durante o parto e nascimento.

A violência obstétrica é uma realidade, e ainda ocorre de maneira “silenciosa”. A medicalização dos processos reprodutivos e a imposição de um modelo intervencionista de cuidado não respeita o direito das mulheres de ter autonomia para decidirem sobre o cuidado a ser prestado. E o medo de retaliações, muitas vezes acaba por calar as reivindicações das parturientes.

De fato, a retomada pelo protagonismo da mulher durante o processo de parto e nascimento ainda ocorre de maneira muito tímida, e precisa ser estimulada e valorizada.

Acredita-se que é urgente a inserção de novos atores neste contexto, como os enfermeiros obstetras e as obstetizas. Ao mesmo tempo, é primordial ressaltar a necessidade de valorização dos profissionais de enfermagem, proporcionando-lhes melhores condições de trabalho, visto que a maior vítima da sobrecarga de trabalho dos profissionais é o usuário dos serviços, que infelizmente, acaba por pagar uma conta que não é sua.

Espera-se que os profissionais médicos reflitam sobre seu real papel no cenário obstétrico, e busquem a compreensão acerca da importância do suporte físico e emocional, e entendam as consequências de um cuidado altamente intervencionista e hostil. Espera-se também, uma maior compreensão do parto normal como um fenômeno natural e não catastrófico e patológico.

Entende-se também que é urgente a readequação dos programas de ensino, treinamento e aperfeiçoamento. A formação de profissionais de saúde precisa ser estruturada à luz das melhores evidências científicas, e o conhecimento precisa

estar em constante atualização, pois as práticas de cuidado à saúde estão sempre em constante mudança.

Também se faz necessário o reconhecimento das Doulas como profissionais que se somam à equipe e que podem ser a peça chave para a reestruturação do modelo obstétrico brasileiro. Também é essencial a estruturação de casas de parto em todo o território nacional, e a atualização e reciclagem dos profissionais de maternidades públicas e privadas para a atuação respeitosa e baseada em evidências, para que as mulheres possam de fato escolher o local mais apropriado para parirem.

Acredita-se também que, a violência obstétrica precisa ser reconhecida pelo Estado como uma forma de violência contra a mulher, como uma tentativa de resguardar futuras parturientes e também de fazer justiça àquelas que já foram vítimas desta forma cruel e degradante de violência. Finalmente, faço minhas as palavras de Michel Odent (2000), “para mudar o mundo, é preciso antes mudar a forma de nascer”.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Janaína Marques de; D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; **Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias**. Interface. Botucatu, 2011; v. 15, n. 36, p. 79-92. Disponível em <<http://www.scielo.com/>. Acesso em 04 de Setembro de 2014.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS; Prastice Bulletin. **Episiotomy: Clinical Management Guidelines for Obstetricians-Gynecologists**. Number 71, April 2006. 107: 957-62. Disponível em: <http://www.ostetrichemilano.it/> Acesso em: 04 de maio de 2015.

AMORIM, Melania Maria. **Humanization of childbirth in a public hospital of Brazil: maternal and neonatal outcomes**. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2011;107:S93–S396.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Brasília, Secretaria De Políticas De Saúde. 2011

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BYROM, Sheena; EDWARDS, Grace; BICK, Debra. **Essential Midwifery Practice: Postnatal Care**. London: Wiley-Blackwell, 2010. Chapter 6, p. 126-131.

COLACIOPPO, Priscila. M.; KOIFFMAN, Márcia D. ;RIESCO, Maria Luiza.. G.; et.al. **Parto Domiciliar Planejado: Resultados Maternos E Neonatais**. Rev. Enf. Ref. [Periódico Na Internet]. 2010 Disponível Em <<http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em: 02 de novembro de 2003.

DIAS, Heloisa Helena Zimmer. R.; RAMOS, Flávia Regina. S. **O “des”cuidado em saúde: a violência no processo de trabalho em enfermagem**. Texto e Contexto enfer:12(1):44-51, jan-abr.2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/>. Acesso em: 03 de maio de 2015.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**. Cienc. Saude Colet., v.10, n.3, p.627-37, 2005

DIP, Andréia. **Na hora de fazer não gritou**. 2013. Disponível em: <http://apublica.org/2013/03/na-hora-de-fazer-nao-gritou/>. Acesso em: 16 de agosto de 2014.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares M.; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; LEAL, Maria do Carmo. **Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S52-S62, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br> Acesso em: 03 de maio de 2015.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento**. Brasil, 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br>. Acesso em: 13 de julho de 2014.

FOUCAULT, Michel. **História Da Sexualidade I: A Vontade De Saber**. Rio De Janeiro: Graal; 2007.

HODNETT, E; GATES, S; SAKALA, C; et.al.. **Continuous support for women during childbirth**. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011;3. Disponível em: <<http://www.cochrane.org/>> Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.

KAMPF, Camila. **Modelo obstétrico brasileiro ignora evidências científicas e recomendações da OMS na assistência ao parto**. ComCiência, Campinas, n. 152, Oct. 2013. Disponível em: <<http://comciencia.scielo.br>> Acesso em: 03 de abril de 2015.

LEAL, Maria. do C.; PEREIRA, Ana Paula E.; DOMINGUES, Rosa Maria S.M.; et. al. **Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org> Acesso em: 03 de março de 2015.

MATOS Gleice. C. de; ESCOBAL, Ana. Paula.; SOARES, Marilu. C.; et.al. **A Trajetória Histórica Das Políticas De Atenção Ao Parto No Brasil: Uma Revisão Integrativa**. Rev Enferm Ufpe On Line., Recife, 7(Esp):870-8, Mar., 2013

MEDINA, Edymara Tatagiba. **Tecnologias De Cuidado De Enfermagem Obstétrica E Seus Efeitos Sobre O Trabalho De Parto: Um Estudo Exploratório**. [Tese De Mestrado] Rio De Janeiro: Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro; 2003.

ODENT, Michel. **A cientificação do amor**. Ed. Terceira Margem, São Paulo, 2000.

OMS. Organização Mundial De Saúde. **Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

RATTNER, Daphne. **Humanização na atenção a nascimento e partos: breve referencial teórico**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p.595-602, 2009.

ROCHA, Jacilene Nunes da. **Perfil epidemiológico das gestantes do Município de Serra Talhada**. Universidade Federal Rural de Pernambuco, Unidade Acadêmica de Serra Talhada, 2011.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. **National Sentinel Caeserean Section Audit Report**. Clinical Effectiveness Support Unit. RCOG Press, 2011.

SALGADO, Heloisa de Oliveira. **A experiência da cesárea indesejada: perspectiva das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento**. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2012.

SEIBERT, Sabrina Lima; GOMES, Maysa Ludovice ; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. **Assistência pré-natal da casa de parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 01 Setembro de 2014

SILVA, Luciana. L. da; COELHO, Elza Berger S.; CAPONI, Sandra Noemi C. de. **Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 21, p. 93-103, Apr. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.com/>>. Acesso em 04 de Setembro de 2014.

TERRY, Richard. **Postpartum Outcomes in Supine Delivery by Physicians vs Nonsupine Delivery by Midwives**. The journal of the American Osteopathic Association. April 2006. Disponível em: <<http://www.jaoa.org/>> Acesso em: 09 de maio de 2015.

WINNICOTT, Donald. Woods. **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago, 2000, pp.199-217.

O PERCURSO LEGAL PARA A IMPLANTAÇÃO DA CLASSE HOSPITALAR NO BRASIL

Data de aceite: 20/02/2020

Karine de Alcântara Figueiredo

Doutoranda em Enfermagem e Biociência

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociência.

e-mail: karine-af@hotmail.com

<http://lattes.cnpq.br/5752236898800656>

Tânia Cristina de Oliveira Valente

Doutora em Medicina

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociência

e-mail: valenteunirio@gmail.com

<http://lattes.cnpq.br/2542784414553103>

RESUMO: Adotar como tema de estudo a Classe Hospitalar no Brasil nos traz uma série de indagações quanto a existência e vigência da legalidade do atendimento pedagógico hospitalar. Tal perturbação implica dizer sobre o pouco conhecimento da exigência do referido serviço prestado nos hospitais de rede pública de nosso país. O presente estudo se propõe, de maneira sucinta, esclarecer sobre os instrumentos legais para a implantação do serviço de classes hospitalares, abordando o seu percurso histórico em âmbito nacional. Para tal pesquisa, foi de previsível importância o levantamento bibliográfico e documental

sobre o tema em questão para que se obtivesse recursos suficientes com o objetivo de gerar discussões para quem interesse.

PALAVRAS-CHAVE: Educação, Saúde, Classe Hospitalar.

THE LEGAL COURSE FOR THE IMPLEMENTATION OF THE HOSPITAL CLASS IN BRAZIL

ABSTRACT: Adopting as a subject of study the Hospital Class in Brazil, it brings us a series of questions regarding the existence and validity of the legality of the pedagogical hospital care. Such disturbance implies to say about the little knowledge of the requirement of the referred provided service in the public hospitals of our country. This study proposes, briefly, to clarify about the legal instruments for the implementation of the service of hospital classes, addressing its historical course nationwide. For such research, it was of predictable importance the bibliographic and documentary survey on the subject in question to obtain sufficient resources to generate discussions for those interested.

KEYWORDS: Education, Health, Hospital Class.

1 | INTRODUÇÃO

A preocupação com o emprego do auxílio pedagógico em Classes Hospitalares tem o início de sua caminhada na década de 80 no Brasil. Desde então, tem sido longo o percurso para que se estabeleça um suporte legal que obrigue as instituições de saúde pública de internação para que ofereçam à comunidade de crianças e adolescentes o amparo pedagógico em meio hospitalar.

O objetivo deste estudo é apresentar um panorama histórico do processo de implantação de Classes Hospitalares em hospitais da rede pública do Brasil, através do levantamento e análise dos documentos legais sobre o tema. Trata-se de uma pesquisa documental bibliográfica por conta da leitura de obras que articulam o conceito de Classe Hospitalar às práticas de tal atividade no âmbito hospitalar público em nosso país. Como base documental, realizou-se a leitura de documentos que abordem a relevância do direito à educação como **Direitos da criança e do adolescente hospitalizado**, a **Política Nacional de Educação Especial, Classe Hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações**, publicado pela Secretaria de Educação Especial em 2002, e a **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**.

2 | A CLASSE HOSPITALAR E SEU PERCURSO LEGAL.

Compreende-se a Classe Hospitalar como uma modalidade inserida na Pedagogia Hospitalar e que se justifica no âmbito da educação como processo de ensino e aprendizagem fora do ambiente escolar, adotando o espaço intra-hospitalar como de construção do saber. A Classe Hospitalar deve, portanto, ser considerada como a ponte entre a escola e o aluno (paciente) oferecendo subsídios facilitadores para o desenvolvimento escolar da criança e adolescente, de forma a estimular o desempenho escolar e o prosseguimento do aluno nos anos subsequentes da educação básica. Esta continuidade é de suma importância para a formação da identidade crítica do cidadão, além do suporte à autoestima dos pacientes envolvidos no processo, contribuindo para que não se sintam excluídos do grupo escolar.

Do ponto de vista histórico, no Brasil, o reconhecimento da necessidade de atendimento educacional nos meios hospitalares só se deu em 1989, através do artigo 2º, inciso I, alínea “d”, de 24 de outubro de 1989 que estabelece “O oferecimento obrigatório de programas de Educação especial a nível pré-escolar, em unidades hospitalares e congêneres nas quais estejam internados, por prazo igual ou superior a um ano, educandos portadores de deficiência”. No entanto, tal modalidade educacional se restringiu a uma faixa etária específica (pré-escola). Foi

com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que o suporte legal à criança e adolescente tomou relevância no sentido de que, na lei 8.069, no seu artigo 3º, ficou assegurado que “A criança e o adolescente gozam de todos os direitos inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade”.

Com o mesmo objetivo do ECA, de seguridade e assistencialismo legal à criança e adolescente, surgiram outras iniciativas de proteção ao menor como o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), o Programa Nacional de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (PRONAICA), o Conselho da Comunidade Solidária e os Conselhos Tutelares. Por meio do CONANDA, fundado em 1995, foi possível a elaboração e aprovação da resolução nº 41, de outubro de 1995, item 9 (nove), quando se percebeu a legalidade da promoção da Pedagogia Hospitalar, tendo em vista que se estabelece à criança e adolescente o “Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar”. No ano seguinte, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, no artigo 5º, vem reforçar o já estabelecido na resolução nº 41/95, quando determina que “O atendimento educacional será efetivado em escolas, classes ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular”.

Em 2001, no sentido de especificar o atendimento educacional no ambiente hospitalar, o Conselho Nacional de Educação, juntamente com a Câmara de Educação Básica, cria a resolução nº 2, artigo 13, parágrafos 1º e 2º, a qual esclarece que “Os sistemas de ensino, mediante ação integrada com os sistemas de saúde, devem organizar o atendimento educacional especializado a alunos impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio”.

No entanto, mesmo com tais legislações, ainda não havia sido dado o real suporte para o estabelecimento de diretrizes de atuação na área, o que só ocorreu em 2002, quando o Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação, elaborou documento sobre as estratégias e orientações para atendimento nas classes hospitalares. Dessa maneira, o atendimento escolar em ambulatórios de atenção integral à saúde ou em domicílio passou a ser uma exigência legal no país, ressaltando a necessidade da existência de um ambiente que deve ser projetado com o propósito de favorecer o desenvolvimento e a construção dos conhecimentos para crianças, jovens e adultos, no âmbito da educação básica, respeitando suas

capacidades e necessidades educacionais especiais individuais (Brasil, 2002, p. 15-16).

Reforçando essa compreensão, no dia 16 de agosto de 2017, o Ministério da Educação retomou a discussão sobre o atendimento pedagógico em ambiente hospitalar e domiciliar, determinando que as diretrizes para esse tipo de atendimento sejam definidas por um comitê e enviadas ao Conselho Nacional de Educação (CNE) para apreciação. Ele também orientou que seja criado um programa de formação de professores para atuarem nos ambientes hospitalares e domiciliares. A partir de então, o Ministério da Educação apontou que cabe à Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (Secadi) e a Secretaria de Educação Básica (SEB) do MEC a responsabilidade por elaborar a proposta de orientações normativas a serem enviadas ao Conselho Nacional de Educação para apreciação e regulamentação.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostra que, do ponto de vista legal, o tema vem sendo abordado há 29 anos em nosso país, com a definição de instâncias específicas para tratar do atendimento educacional aos pacientes em ambiente hospitalar e, principalmente, criar programas para a formação de professores para atuar nessa modalidade de ensino. Mesmo assim, identifica-se a carência de engajamento e de iniciativas de atuação conjuntas dos governos Federal, Estaduais e Municipais, para a formação de professores especializados, com resultados de impacto na garantia do direito à educação à criança e adolescente em condições de tratamento hospitalar.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **A psicologia no hospital**. São Paulo: Traço, 1988.

ASSIS, Walkíria de. **Classe hospitalar: um olhar pedagógico singular**. São Paulo: Phorte, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br>. Acesso em 10 de dezembro de 2017.

_____. **Direitos da criança e do adolescente hospitalizados**. Diário Oficial, Brasília, 17 out. 1995. Seção 1, p. 319-320. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br>. Acesso em 10 de dezembro de 2017.

_____. (1994). Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial. Brasília, DF (Mensagem especial, v. 1). Disponível em: <<http://www.mec.gov.br>. Acesso em 10 de dezembro de 2017.

_____. Ministério da Educação. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar: estratégias e orientações**. Secretaria de Educação Especial. Brasília, DF: MEC; SEESP, 2002. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/livro9.pdf>. Acesso em: 10 de dezembro de 2017.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Disponível em: http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529732/lei_de_diretrizes_e_bases_1ed.pdf. Acesso em 10 de dezembro de 2017.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **O Direito à Educação: um campo de atuação do gestor educacional na escola**. <http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/o-direito-%C3%A0-educac%C3%A7%C3%A3o-um-campo-de-atua%C3%A7%C3%A3o-do-gestor-educacional-na-escola> (Postado em 2011). Acesso em 13 de janeiro de 2018.

FONSECA, Eneida Simões da. **Atendimento escolar hospitalar: o trabalho pedagógico-educacional no ambiente hospitalar: a criança doente também estuda e aprende**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

_____. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATOS, Elizete Lúcia Moreira; MUGIATTI, Margarida Maria Teixeira de. **Pedagogia Hospitalar: A humanização integrando educação e saúde**. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. **Pedagogia hospitalar**. Curitiba: Champagnat, 2001.

SEVERINO. Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MORAES, Amaury César. **As Diretrizes Curriculares para os Cursos de Licenciatura: tentando uma abordagem**. Disponível em: <http://macsul.wordpress.com/2008/07/31/as-diretrizes-curriculares-nacionais-para-os-cursos-de-licenciatura-tentando-uma-abordagem>. Acesso em: 17 de março de 2010.

O USO DAS TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS PARA A TRANSFORMAÇÃO DA FORMAÇÃO EM OBSTETRÍCIA: PERSPECTIVAS FILOSÓFICAS

Data de aceite: 20/02/2020

Data de Submissão: 01/12/2019

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8161063216694537>

Juliana Maia Gomes

Faculdade Integrada Brasil Amazônia

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1658697893997036>

Glória de Oliveira Monteiro

Faculdade Integrada Brasil Amazônia

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9239852918387963>

Sayara Teixeira Potter da Rosa

Faculdade Integrada Brasil Amazônia

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/304148577429493>

Ana Carolina de Almeida Paiva

Faculdade Integrada Brasil Amazônia

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3041485774294936>

Arley Henrique Rocha das Neves

Faculdade Integrada Brasil Amazônia

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3041485774294936>

Renata di Karla Diniz Aires

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

ORCID: 0000-0003-4150-0549

Karla Corrêa Lima Miranda

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

ORCID: <http://lattes.cnpq.br/6324444734722026>

Beatriz Maia Vasconcelos

Faculdade Integrada Brasil Amazônia

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0803162982901375>

Samara Janice de Albuquerque Santos

Faculdade Integrada Brasil Amazônia

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7662341201786861>

Wanessa de Nazaré Rodrigues de Moraes

Faculdade Integrada Brasil Amazônia

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3304297704129128>

Samara de Castro Martins

Faculdade Integrada Brasil Amazônia

Belém – Pará

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5635569001515005>

Flávia Maclina da Silva Picanço

Faculdade Integrada Brasil Amazônia

RESUMO: Pressupondo-se que o ensino clássico da Obstetrícia tenha sido pautado em um modelo onde prevalecem relações verticais de poder, as quais podem refletir no público de mulheres assistidas por estes profissionais em formação, bem como corroborar na

disseminação de práticas intervencionistas e, talvez, até iatrogênicas, este ensaio reflexivo visa refletir sobre o uso das tecnologias educacionais como possibilidade de transformação da formação em obstetrícia. Portanto, trata-se de um trabalho instigado pela disciplina de Tópicos de Filosofia para o Cuidado em Enfermagem e Saúde, do curso de mestrado da Universidade Estadual do Ceará, a partir de um levantamento teórico de literaturas pertinentes associados às inquietações pessoas provenientes da práxis de docência em obstetrícia. Deste modo, revisitamos as perspectivas filosóficas de teóricos como Paulo Freire e Heidegger a fim de incorporar suas contribuições quanto à construção do conhecimento e o uso de tecnologias para fins educacionais às possibilidades de transformação do modelo de ensino e formação em obstetrícia. Acredita-se que o desenvolvimento de tecnologias educacionais atreladas à uma reflexão filosófica, pode contribuir grandemente para o processo de ensino e formação, estimulando o pensamento crítico e a libertador, corroborando em profissionais obstetras cada vez mais éticos e capacitados.

PALAVRAS-CHAVE: Filosofia do cuidado; Tecnologias educacionais; Enfermagem.

THE USE OF EDUCATIONAL TECHNOLOGIES FOR THE TRANSFORMATION OF OBSTETRIC TRAINING: PHILOSOPHICAL PERSPECTIVES

ABSTRACT: Assuming that the classical teaching of Obstetrics has been based on a model where vertical relations of power prevail, which may reflect on the women assisted by these professionals in formation, as well as corroborate in the dissemination of interventionist practices and, perhaps, until iatrogenic. This reflexive essay aims to reflect on the use of educational technologies as a possibility for the transformation of the training in sustained obstetrics. Therefore, it is a work instigated by the discipline of Philosophy Topics for Nursing and Health Care, of the master's degree course of the State University of Ceará, based on a theoretical survey of pertinent literature associated with the restlessness of people from the praxis of teaching in obstetrics. Thus, we revisit the philosophical perspectives of theorists such as Paulo Freire and Heidegger in order to incorporate their contributions in the construction of knowledge and the use of technologies for educational purposes to the possibilities of transforming the model of education and training in obstetrics. It is believed that the development of educational technologies linked to a philosophical reflection can contribute greatly to the teaching and training process, stimulating critical and liberating thinking, corroborating in more ethical and trained obstetrician professionals.

KEYWORDS: Philosophy of care; Educational technologies; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Classicamente, o ensino da obstetrícia nos cursos de graduação da área da

saúde, prioriza a aprendizagem padronizada, dividida entre fisiologia e assistência ao ciclo gravídico fisiológico e posteriormente o patológico, transmitido de forma passiva em aulas expositivas.

Trata-se de um modelo de ensino onde prevalecem as relações verticais, nas quais o professor representa o detentor do conhecimento, e os alunos os receptores subordinados a ele. A passagem do conhecimento é fundamentalmente cientificista, e não cabe a construção individual de conhecimento (SÁ, 2017).

Entretanto, compartimentar o conhecimento acerca dos processos reprodutivos força os alunos à mera repetição, desprovidos de autonomia e capacidade crítico-reflexiva. Este modelo educacional desconsidera as transformações sociais, psicológicas e coletivas da sociedade e as novas formas de acesso à informação (SÁ, 2017). Tal visão reducionista, não comporta as objetividades da prática obstétrica.

O campo da assistência ao parto e nascimento, com grande contribuição dos movimentos sociais e do ciberativismo, já não é capaz de comportar este paradigma de ensino. Neste sentido, desde a década de 1950, vem sendo criados e ampliados grupos e movimentos que buscam colocar no centro do debate a forma como o ensino clássico de obstetrícia resulta em “circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência”(DINIZ et. al., 2016, p.253), a chamada “violência obstétrica”.

Para Diniz et. al.(2016, p.255),o ensino das técnicas obstétricas deveriam estar ancorados em valores éticos e morais, entretanto, vários autores mostram que o ensino clássico em obstetrícia tem se baseado, em grande parte, “no uso não informado e não consentido das vaginas das parturientes para fins de treinamento de habilidades”, ao passo que em outros países, este ensino já ocorre com apoio de modelos sintéticos e tecnologias educacionais para treinamentos de habilidades.

Deste modo, podemos perceber que o ensino clássico da obstetrícia nos remete ao aspecto trabalho-intervenção-produção, fundamentado na visão positivista de que a ciência precisa ser quantificada, provada, controlada. Este desejo constante de controlar os fenômenos, com forte influência da revolução industrial e da supervalorização das máquinas, se estende à formação em obstetrícia, refletindo no ensino da assistência ao parto e nascimento como uma “produção em série”.

Pressupondo-se que a tecnologia consiste em aumentar a eficiência da atividade humana, compreende-se que possa ser entendida como algo além do maquinário, mas como a habilidade em si, como o modo de fazer, onde o conhecimento, associado à criatividade, busca soluções para os problemas que surgem (KOERICH et. al, 2006, p.179).

O uso de tecnologias educacionais, em substituição à prática abusiva em corpos femininos, como estratégia de transformação do modelo de formação em obstetrícia, parece favorecer não apenas o empoderamento do profissional em formação, como

estimular a criação de estratégias inovadoras no sentido de minimizar modos de assistir as gestantes orientadas por práticas obsoletas e desrespeitosas.

Portanto, questiona-se: é possível colaborar para a transformação do modelo de formação em obstetrícia através do uso de tecnologias ancoradas em uma reflexão filosófica sobre a ética de seu uso?

Esta reflexão emergiu a partir dos conhecimentos construídos durante a disciplina Tópicos de Filosofia para o Cuidado em Enfermagem, do curso de Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, associados às inquietações acerca do modelo de ensino e assistência em obstetrícia, vivenciado durante a práxis como enfermeira assistencial e docente, ancorados em leituras de materiais científicos capazes de fundamentar a reflexão acerca da temática.

Trata-se de um estudo que tem como objetivo refletir sobre o uso das tecnologias educacionais como possibilidade de transformação da formação em obstetrícia. Não se pretende neste ensaio, esgotar todas variáveis acerca do tema em foco, nem tampouco alcançar uma resposta definitiva à questão levantada, mas explorar as possibilidades que possam emergir, e confrontá-las com a prática de ensino vigente.

2 | A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO E A TRANSFORMAÇÃO DO ENSINO

Bourdieu e Passeron (2011, p.05) nos apresentam a ideia de que a educação é um instrumento que reproduz o poder de uma classe sobre a outra, impondo hegemonicamente que um pequeno grupo detém o poder, e, por conseguinte, a grande maioria continua alienada.

Diante disso, vários filósofos têm contribuído com reflexões para solucionar o problema do desequilíbrio de poderes, que refletem na construção do conhecimento acadêmico e na formação dos profissionais obstetras. Marx sugere a modificação da sociedade, para um ambiente sem classes sociais, que rompam com o paradigma do acúmulo de poder pela classe dominante, donde se encontram inseridos os espaços de formação.

Por sua vez, Paulo Freire propõe que o processo de educação não deve ser um depósito de conhecimento, e sim, o educador deve ser um facilitador do processo de construção de conhecimento, onde o educando exerce sua autonomia e cidadania, colaborando para a reestruturação não apenas do sistema educacional, mas de toda a sociedade (PEREIRA; BATISTA, 2016, p.02).

O saber mantém profunda relação com a liberdade, portanto, a educação teria a possibilidade de tornar as pessoas autônomas em suas escolhas e donas de sua própria vida. Para Freire (2015, p.24), a educação libertadora deve ser “dialógica,

problematizadora e propiciar ao educando o ato de refletir, de criticar, de idealizar, de questionar e de ser autônomo”, não havendo espaço para ensinamentos monótonos e inquestionáveis.

Sendo assim, para formar sujeitos livres não só em pensamento, mas na ação, deve-se fomentar que o aprendiz seja capaz de pensar por ele mesmo, refletindo sobre alternativas e soluções e sendo capaz de argumentar suas decisões, rompendo com o paradigma da transmissão de conceitos e técnicas, que são reproduzidos mecanicamente, sem avaliação crítica e sem responsabilização ética e moral com o resultado.

A ineficiência de reflexão crítica nas práticas obstétricas tem imposto um grande desafio ao conhecimento científico, convidando a filosofia a fundamentar caminhos que conduzam ao desenvolvimento responsável de tecnologias educacionais, para a formação de indivíduos críticos, reflexivos, autônomos e éticos.

Nesta perspectiva, a filosofia busca interpretar os fenômenos, neste caso, relacionados ao campo reprodutivo, à luz da reflexão das implicações morais e éticas, que norteiam o uso da tecnologia como mais do que um instrumento neutro (SCHWONKE, 2011).

Considerando o que afirma o filósofo Heidegger, quando diz que “a tecnologia não é um instrumento”, compreendemos que a tecnologia não deve ser vista como um instrumento neutro, mas como uma forma de pensar, um meio para atender um fim. As tecnologias educacionais constituem mais do que meros maquinários e instrumentais, e sim um novo entendimento sobre o processo de formação do conhecimento, e reflete na interação entre a universidade e o mundo (HEIDEGGER, 2002).

No que tange ao uso de tecnologias educacionais para a formação em obstetrícia, Heidegger possibilita esclarecer que, apesar de estarmos vivendo uma intensa imersão na era da tecnologia maquinística, precisamos estabelecer uma nova relação com este tipo de saber. Para ele, devemos nos abrir para a possibilidade de confiar nas tecnologias, sem, com isso, tornarmos-nos escravos dela, mas usá-las como uma forma de compreensão dos fenômenos. Apesar das críticas que Heidegger faz à tecnologia, ele também deixa a entender que a tecnologia tem potencialidades libertadoras, quando nos abrimos à sua essência.

3 | O USO DE TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS E A FORMAÇÃO EM OBSTETRÍCIA

O conceito “tecnologia” pode ser compreendido como um fenômeno que envolve desde os medicamentos e procedimentos, até a escuta ativa, sendo ao mesmo tempo, processo e produto. Ou seja, não deve ser vista apenas como

algo palpável, mas, também, como um conjunto de ações abstratas com vista em contribuir para a construção do saber.

Para Merhy (2002), as tecnologias em saúde podem ser classificadas em Tecnologias Leves, Leve-Duras e Duras. As tecnologias leves advêm das interações e relacionamentos, do vínculo, do acolhimento, das relações interpessoais, da escuta ativa. Por sua vez, as tecnologias leve-duras envolvem os saberes estruturados através de processos de trabalho, como por exemplo, a classificação de risco em serviços de saúde. Finalmente, as tecnologias duras compreendem os maquinários, aparelhos, ferramentas, normas e estruturas organizacionais.

Apesar de uma associação errônea das tecnologias duras à excelência de assistência em saúde, acredita-se que, no atual contexto obstétrico, onde se busca a re-valorização do protagonismo feminino e do parto natural, as tecnologias leves-duras são de extrema relevância.

Nietsche (2005) classifica, ainda, as tecnologias como assistenciais, educacionais e gerenciais. Onde, as tecnologias educacionais podem ser voltadas à educação inicial, educação em saúde e educação permanente (TEIXEIRA, 2010).

A utilização de Tecnologias Educacionais - TE na enfermagem atua como facilitadora no processo de ensino-aprendizagem. Teixeira (2010) afirma que “as TE’s são quaisquer instrumentos, ferramentas ou dispositivos utilizados no processo de educação que foram concretizados a partir de experiências práticas e de pesquisa para intervir em um problema observado”. Nascimento (2018) destaca as tecnologias educacionais como técnicas de inovação para o educador a fim de facilitar o avanço educacional.

No que tange à formação em obstetrícia, percebe-se que as práticas intervencionistas, visto por muitos como “violências obstétricas”, ensinadas desde a graduação, e perpetuada através da reprodução alienada e indiscriminada, tem colaborado para a manutenção de um modelo de assistência que desafia os princípios éticos e científicos de cuidado.

DINIZ et al.(2016) explica que o ensino de obstetrícia tem feito uso de corpos de mulheres, em geral mulheres pobres e usuárias do Sistema Único de Saúde, para o ensino de técnicas e procedimentos, comumente sem informação e consentimento da usuário, transformando seus respectivos corpos em “vaginias escola”.

Embora o termo utilizado por Diniz seja chocante à primeira vista, ele reflete a real exposição de usuárias às cascatas de intervenção dos campos de ensino prático em obstetrícia, presente, talvez de maneira mais forte, em muitos hospitais-escola.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivemos, hoje, na era da tecnologia, e podemos encontrá-la em todos os âmbitos da vida cotidiana. Entretanto, o avanço tecnológico sem uso criterioso e racional, pode transformar-nos em escravos da tecnologia. A filosofia tem contribuído, durante os séculos, na árdua tarefa de refletir sobre as implicações éticas e morais do uso indevido e indiscriminado da tecnologia, sobretudo no âmbito do cuidar.

Portanto, ao revisitar a questão que norteou esta reflexão, assumimos a resposta de que sim, é possível que o uso de tecnologias educacionais colabore para a transformação do modelo de formação clássico em obstetrícia, desde que, estejam ancoradas em reflexões filosóficas que sustentem seu uso ético.

Acredita-se que, assim, se possa contribuir grande e positivamente para o ensino e formação de profissionais obstetras, e, a partir do estímulo de modelos educacionais que estimulem o pensamento crítico e uma formação libertadora, pode-se chegar à construção de uma nova geração de profissionais, não apenas mais comprometidos com as implicações éticas e morais de sua práticas, mas também mais bem preparados nos âmbitos teóricos e práticos.

O convite à sensibilização dos profissionais em formação quanto ao uso ético e crítico das tecnologias, tem potencialidades para repercutir, inclusive, nas relações entre profissional-paciente no campo obstétrico, que tem estado no centro do debate de humanização da assistência devido o uso irracional de intervenções desnecessárias por profissionais desatualizados e/ou desalinhados das políticas de humanização do parto e nascimento.

Embora a tecnologia possa ser usada como instrumento de aperfeiçoamento prático e preparo profissional, deve-se ressaltar que o uso crítico, ético e moral das tecnologias educacionais e a educação bancária tecnológica são separados por uma linha tênue, e deve-se estar sempre alertas para, numa tentativa empenhada de promover a formação de profissionais bem preparados e humanizados, se finde no caminho contrário, e se retorne à mecanização do cuidado.

REFERÊNCIAS

BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean Claude. **A reprodução**: elementos para uma teoria do sistema de ensino. 5. Ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. **A vagina-escola**: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, [s.l.], v. 20, n. 56, p.253-259, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 50. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

HEIDEGGER, Martin. **Ensaio e conferências**. 2ªed. Petrópolis: Vozes, 2002.

KOERICH, Magda Santos et al. **Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 15, n. 22, p.178-185, abr. 2006.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

NASCIMENTO, M. H. M.: TEIXEIRA, Elizabeth. **Tecnologia educacional para mediar o acolhimento de “familiares cangurus” em unidade neonatal**. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2018; 71 (Suppl 3): 1370-7. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0156>

NIETSCHE, Elisabeta Albertina et al. **Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais**: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem, São Paulo, v. 3, n. 13, p.344-353, maio 2005. Disponível em: . Acesso em: 05 abr. 2019

PEREIRA, Aline dos Santos; BAPTISTA, Maria das Graças de Almeida. **A educação libertadora de Paulo Freire e a escola sem partido**. In: IX Colóquio Internacional Paulo Freire, 2016, Pernambuco. Anais do IX Colóquio Internacional Paulo Freire. Pernambuco: Ufpe, 2016. p. 01 - 08. Disponível em: . Acesso em: 05 abr. 2019

SÁ, Renato Augusto Moreira de. **Metodologias de Aprendizagem Ativa na Obstetrícia Básica**. 2017. 54 f. Monografia (Especialização) - Curso de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017. Cap. 1. Disponível em: . Acesso em: 02 abr. 2019.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo. **Tecnologia em Saúde – Aspectos teórico-conceituais**. In: SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; FROTA, Mirna Albuquerque; MARTINS, Aline Barbosa Teixeira. **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado**. Fortaleza: Eduece, 2016. p. 15-21. Disponível em: . Acesso em: 05 abr. 2019.

SCHWONKE, Camila Rose G. Barcelos et al . **Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva**. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 64, n. 1, p. 189-192, Feb. 2011 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100028>.

TEIXEIRA, Elizabeth. **Tecnologias em Enfermagem**: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. Revista Eletrônica De Enfermagem, 12(4), 598-600, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v12i4.12470>

OS BENEFÍCIOS DO MÉTODO MÃE CANGURU: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 20/02/2020

Aline Furtado da Rosa

Professora da Faculdade de Medicina de Petrópolis/Faculdade Arthur Sá Earp Neto/FASE. Petrópolis RJ
Enfermeira pela Faculdade Arthur Sá Earp Neto/FASE. Petrópolis RJ

Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas

Professora Associada II do Departamento de Metodologia da Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN - UFRJ). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem, Curso de Licenciatura em Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (EEAN - UFRJ). Rio de Janeiro RJ

Ana Beatriz Azevedo Queiroz

Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN - UFRJ). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem.

Thamires Ramos Raibolt

Enfermeira pela Faculdade Arthur Sá Earp Neto/FASE. Petrópolis RJ

Isamara Carvalho da Silva

Enfermeira pela Faculdade Arthur Sá Earp Neto/FASE. Petrópolis RJ

Renata Leal Zacher

Graduanda da Faculdade Arthur Sá Earp Neto FASE. Petrópolis RJ

THE BENEFITS OF MOTHER KANGAROO METHOD: AN INTEGRATIVE REVIEW

INTRODUÇÃO

Cerca de quinze milhões de bebês prematuros nascem anualmente, havendo grande aumento nas taxas de óbitos antes de alcançar a idade gestacional adequada. A prematuridade foi a principal complicação que causou aproximadamente um milhão de óbitos em menores de cinco anos em 2015. Sendo assim, um problema mundial de mortalidade de crianças desta faixa etária. Acredita-se que uma parcela importante desses casos poderiam ter sido impedidos com intervenções, pois, ocorreram pela falta dos cuidados básicos relacionados à temperatura corporal adequada, suporte à amamentação e cuidados de prevenção à infecções e complicações respiratórias. Nessa perspectiva, é considerado prematuro todo recém-nascido vivo com idade gestacional inferior à 37 semanas de gestação, e bebês com peso corporal inferior à 2.500g passou a ser nomeado de baixo peso (OMS, 2017).

Pode-se afirmar que, um causador

de internações na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é a maturidade fisiológica insuficiente, e com isso o recém-nascido (RN) necessita de cuidado integral durante a adaptação da vida uterina para a extrauterina (WONG, 2014).

Para melhor compreensão da prematuridade, a seguir é descrito de acordo com a idade gestacional: nascidos antes de 33 semanas e 6 dias considera-se prematuridade precoce. Para os nascimentos entre 20 a 27 semanas e 6 dias denomina-se de prematuridade extrema, vale ressaltar que, esse é o grupo de maior morbidade neonatal. Existe também, a prematuridade tardia, nascimentos no período de 34 a 36 semanas e 6 dias, correspondem a 70% dos casos prematuros (ZUGAIB, 2016).

Nesse contexto, o programa mãe canguru foi criado na Colômbia por Edgar Rey Sanabria e Héctor Martínez no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, com objetivo de diminuir os casos de bebês abandonados por seus pais, por conta do sistema restrito que ocorre na unidade intensiva neonatal. A partir da segunda edição do manual do ministério da saúde foi acrescentada a palavra mãe ao método para que fosse adotada uma nomenclatura com denominação própria brasileira, valorizando a figura materna já que o método proporciona o vínculo familiar. Podendo então, ser chamado de método canguru ou método mãe canguru. (CARVALHO, TAVARES, 2010).

Vale destacar que, os maiores problemas à época eram superlotação e infecção hospitalar. Diante desta afirmação, estes médicos ficavam muito apreensivos com a grande quantidade de bebês em uma mesma incubadora. Após visualizar a forma que o animal canguru ampara o filhote prematuro em sua bolsa, perceberam maior qualidade na sobrevivência durante o período pré-termo até alcançar a idade gestacional adequada. Na ocasião, decidiram criar um método que pudesse contribuir para a redução da mortalidade neonatal, com isso a experiência e o comportamento do canguru enriqueceu a ideia do contato entre a mãe e o bebê durante a adaptação extrauterina, uma maneira simples, eficaz e de baixo custo para a assistência neonatal (COREN, 2011).

Desta forma, identifica-se o método canguru, como um cuidado humanizado que tem início na UTIN, que proporciona qualidade na assistência para o recém-nascido pré-termo (RNPT) e sua família (SANTOS et al, 2012).

O método mãe canguru (MMC) apresenta vantagem econômica, já que não demanda aparelhos tecnológicos. Podendo então proporcionar o cuidado humanizado ao recém-nascido e sua família com acessibilidade simples conservando sua eficácia (ENTRINGER et al, 2013).

Desta forma, favorece o contato pele a pele com a mãe, apresenta benefício para criação do vínculo com maior participação dos pais, evita um tempo longo de separação da mãe e filho, tendo como resultado, benefícios evidentes e redução do

tempo de internação (COREN, 2011).

O Método Canguru é, portanto, uma tecnologia de saúde que vem mudando o paradigma da assistência neonatal no Brasil, pois amplia os cuidados prestados ao bebê para além de suas necessidades biológicas na perspectiva da clínica ampliada. Essa abrangência deriva da compreensão de que o sucesso do tratamento de um recém-nascido internado em UTI Neonatal não é determinado apenas pela sua sobrevivência e alta hospitalar, mas que para cada bebê deve ser construído um projeto de cuidado singular envolvendo pais, irmãos, avós e redes de apoio familiar e social (BRASIL, 2018).

O principal recurso para implantação é o afeto entre os pais e o bebê, onde o contato fornecido pelo método é essencial para a construção do vínculo. Este método compreende três etapas: a primeira etapa relacionada ao período de internação na UTIN, onde a família passa pela capacitação da implantação do MC (Método Canguru) de forma moderada; a segunda etapa ocorre quando o bebê apresenta-se clinicamente estável, com peso corporal superior à 1.250g, podendo permanecer com a mãe no alojamento conjunto na posição canguru; na terceira etapa ocorre o tratamento ambulatorial para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê, com possibilidade de detecção precoce de situações de risco (MAIA; et al, 2011).

Com esse entendimento, diante da teoria de vínculo entre pais e bebês de Klaus e Kenner é necessário executar o contato precoce do bebê com os pais nas primeiras horas após o parto, necessitando-se de um período maior de tempo para que seja feita uma ligação emocional entre eles, por se tratar de um período sensível para que seja aprimorado o desenvolvimento imediato do bebê (KLAUS e KENNER apud Lowdermilk et al, 2012).

Na UTIN da maternidade pública de Roraima é realizado o MMC em bebês prematuros com dificuldades de sucção. O método incentiva a prática da amamentação para a mãe e estimula o bebê, a fim de evitar o uso de fórmulas artificiais. Além disso, contribui na redução do tempo de internação e os pais permanecem presentes no acompanhamento das intervenções, favorecendo o vínculo afetivo (RADIS, 2018).

O apego é um processo em que ocorre a aceitação e o encantamento entre os pais e o RN, e este processo ocorre por meio do vínculo. É fortalecido através do contato e permanece pela relação familiar, sendo recíproco o sentimento. Desta forma, o toque é considerado fundamental para a familiarização entre os pais e o RN. Quando a mãe aconchega o bebê em seu colo, acariciando seu tronco como medida de conforto após a alimentação, assim como o bebê acaricia os seios da mãe durante a amamentação (LOWDERMILK, 2012).

QUESTÃO NORTEADORA

Qual o conhecimento produzido sobre os benefícios do método mãe canguru sobre a tríade familiar: mãe, pai e bebê?

OBJETIVO

Analisar a produção científica sobre os benefícios do método mãe canguru sobre a tríade familiar: mãe, pai e bebê.

MÉTODO

O presente estudo consiste em uma revisão integrativa com abordagem qualitativa. Vale destacar que, para Mendes; Silveira E Galvão, 2008, pág. 761-763:

O método de revisão integrativa é composto por seis etapas (1) identificação do tema e a elaboração da questão norteadora; (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (5) interpretação dos resultados e (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p.761-763).

A fonte da coleta de dados deste estudo foram constituída de artigos científicos. Foi realizada no período de julho de 2018 a setembro de 2018. Os dados foram coletados por meio de um instrumento elaborado pela própria autora, contendo as seguintes informações: número do artigo (identificação); título; autor; ano de publicação; base de dados; tipo de estudo; amostra; cenário da pesquisa; localidade da publicação; idioma; objetivo e principais resultados (APÊNDICE A).

Os artigos serão coletados através do portal de pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), a Base de Dados em Enfermagem (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Desta forma, foram utilizados como critérios de inclusão produções científicas publicadas nos últimos dez anos (2008 a 2018), na íntegra, disponíveis gratuitamente, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol. Serão excluídos materiais que não atenderem ao objetivo desse estudo, além de teses, dissertações e artigos de revisão.

Os descritores em Ciência da Saúde (DeCs) utilizados na BVS foram: método canguru, assistência neonatal, relação familiar, apego, utilizando o boleador “and”. Os artigos selecionados foram organizados por meio de um instrumento na forma de quadro e discutidos à luz da literatura.

Com esta busca não foram encontrados artigos, desta forma optou-se em

reorganizar os descritores da seguinte forma: método canguru, assistência neonatal e apego, onde foram encontrados três artigos, sendo excluído um por estar no idioma alemão. Em uma terceira busca utilizou-se os descritores método canguru e assistência neonatal, onde foram encontrados noventa e nove artigos, sendo que após a aplicação dos critérios de elegibilidade restaram trinta e nove, após a leitura dos artigos na íntegra, concluiu-se que apenas treze artigos abordam a temática do estudo.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Desta forma, optou-se por classificar a organização dos artigos encontrados em duas categorias, sendo elas: Categoria I- Contribuição dos profissionais de saúde para implementação do método mãe canguru e Categoria II- Método mãe canguru como estratégia de promoção para aleitamento materno.

Categoria I- Contribuição dos profissionais de saúde para implementação do método mãe canguru

Fazem parte desta categoria os artigos 01, 02, 04, 07, 08, 09, 10, 11, 12 e 13. Esses artigos apresentam a atuação da equipe de saúde, em especial da enfermagem aos cuidados do método mãe canguru, com ênfase na família que age em conjunto com a equipe, em busca de bons resultados relacionados aos cuidados realizados com o bebê.

SOUZA et al (2014), em seu estudo corrobora que os profissionais de enfermagem entendem o MMC como forma de assistência humanizada proporcionada ao RN, assim como forma de incentivo à ligação entre mãe e filho, com excelentes resultados no que tange a recuperação do RN, o aumento ponderal, estabilidade nos dados vitais e estímulo ao aleitamento materno. Sendo fundamental a promoção da saúde e educação continuada pelos profissionais de saúde, tendo em vista maior segurança dos bebês, cuidado humanizado na assistência neonatal, referindo-se a educação em saúde essencial para a assistência de qualidade.

De acordo com a experiência dos profissionais, o MC proporciona uma grande mudança no comportamento do neonato, que se apresentam mais serenos e tranquilos. Foram enfatizadas modificações nas funções fisiológicas e a aproximação familiar ao bebê promovida pelo método (GESTEIRA; et al, 2016).

Portanto, além de fornecer crescimento e desenvolvimento ao RN, também foi relatado pelas profissionais entrevistadas a importância da estratégia de humanização do MC, apresentando-se como assistência que contribui para a formação de vínculo entre a tríade familiar. De acordo com os profissionais do estudo, os cuidados realizados pelo MC foram mencionados como um “seguro de

vida” para os RNPT e/ou baixo peso, significa que é uma estratégia que protege de sequelas provenientes da prematuridade. Além disso, foi relacionado com a alta referente à melhora rápida do estado clínico do bebê (STELMAK; MAZZA; FREIRE, 2017).

Em um estudo, constatou que cerca de 90% de RN's que são acompanhados pelo MC tiveram alta com 1900g, enquanto os bebês que recebiam a assistência tradicional (incubadoras) tiveram alta com 2000g. No momento das entrevistas, as mães relataram grande satisfação em relação aos cuidados ofertados pelo método, por proporcionar a elas maior segurança nos cuidados prestados ao filho, estímulo ao aleitamento materno, maior esperança pela possibilidade da alta precoce, e pela satisfação em relação ao desempenho da equipe de saúde. As mães enfatizam melhor desenvolvimento do filho neste acompanhamento, ao perceberem maior ganho ponderal que é o principal fator da internação de um bebê prematuro (GONTIJO; MALTA, 2008).

Foi identificado por profissionais de enfermagem que ao vivenciarem o MMC como assistência humanizada ao RN que, de acordo com a vivência são prestados cuidados que fazem parte da rotina dos seus trabalhos na maternidade, o que favorece para uma assistência de qualidade ao RN. A qualidade no cuidado é efetivada e mantida por profissionais de enfermagem que vivenciam o MMC como oportunidade de desenvolver educação em saúde (SOUZA; et al, 2014).

A utilização de métodos não farmacológicos possibilita à equipe de enfermagem novas ideias e experiências, modificando a maneira de pensar e agir diante das situações vividas em uma UTIN. Esta forma de cuidado proporciona à criança maior conforto e alívio da dor no momento da hospitalização, contribui para maior qualidade no atendimento prestado ao setor, reduzindo também o número de sequelas, conseqüentemente melhora a qualidade de vida do neonato (CORDEIRO; COSTA, 2014).

Desta forma, são apontadas melhoras na instabilidade clínica dos bebês com os avanços obtidos com o programa MC, quando os bebês encontram-se calmos, havendo redução do nível de estresse e choro em relação à dor (MOORE; et al, 2014).

Então, o cuidado de enfermagem deve ser realizado com humanização, passando confiança e segurança à mãe para que percebam a forma que seu filho é tratado pela equipe durante a internação. As atitudes da equipe relacionadas ao bebê devem ser feitas com carinho e diálogo para que haja redução de sentimentos de insegurança, angústia e medo, para que as mães sintam-se mais esperançosas no enfrentamento e acompanhamento do bebê (SILVA, L.J; et al, 2013).

De acordo com os profissionais entrevistados, a família possui certa insegurança diretamente ligada à interrupção da gravidez e nascimento do filho prematuro, o

qual necessita de cuidados mais específicos por conta das características físicas e neurológicas. (ARIVABENE; TYRRELL, 2010; CRUZ; et al, 2010).

No momento em que os pais entram em uma UTIN, sentem tristeza, medo, ansiosos, incertezas, dúvidas, e enfrentam dificuldades não só pelas características e nascimento prematuro. Mas também pela grande demanda de aparelhos tecnológicos e procedimentos a serem realizados com o seu bebê (FRIGO; et al, 2015).

A implementação do MC busca respeitar as especificidades e singularidades dos RN's e famílias, para que haja construção dos laços familiares com maior desenvolvimento infantil e qualidade na assistência prestada a eles. Segundo as participantes do estudo, a UTIN vem desenvolvendo melhoras no processo de hospedagem, pois, os profissionais recebem o bebê, os pais e a família de forma humanizada tornando-se atenção primária ao fortalecimento do vínculo entre eles (STELMAK; FREIRE, 2017).

A equipe deve encorajar o acompanhamento dos pais e a realização do contato pele a pele, para que se sintam participantes ativos nos momentos dos cuidados prestados ao bebê e não apenas visitantes no ambiente neonatal. Considera-se o corpo dos pais como um ambiente seguro que transmite afeto, calor e conforto para os bebês RNPT e prematuros (ZULIN; et al, 2015).

Silva, L.J; et al (2013), em seu estudo constatou que ocorre uma ligação emocional entre as mães e a equipe de saúde, em especial a enfermagem, no contexto do MC no ambiente hospitalar da UTIN. Em um primeiro momento as mães percebiam o ambiente da UTIN apenas como um local totalmente tecnológico, em contrapartida a percepção do envolvimento entre a equipe de enfermagem no momento do cuidado com a mesma e com o bebê.

Todavia, a equipe de enfermagem é considerada mediadora relacionada às interações que devem ser estabelecidas entre o RN, pais, familiares e equipe. Desta maneira, torna-se essencial a percepção e visão do profissional no momento de aproximação desta tríade familiar, para que a incubadora deixe de ser um obstáculo para a formação do vínculo, abreviando sentimentos de medo e insegurança ao tocar no filho (STELMAK; MAZZA; FREIRE, 2017).

A equipe de enfermagem também colabora para a eficácia do MMC quando é oferecida a atenção voltada para a mãe, não somente por se tratar de outra pessoa que participa do processo do cuidar, mas, como outra pessoa que necessita da assistência e cuidados, podendo ser compreendido no momento em que a equipe diminui a insegurança e preocupação ao cuidar do filho prematuro (ELEUTÉRIO et al, 2008).

Em um estudo realizado no Hospital Sofia Feldman comparando a adesão materna às orientações do método canguru no pré e pós alta percebeu-se que, a

equipe de enfermagem torna-se responsável pela mulher-mãe, torna-se relevante que a equipe entenda as dificuldades que a mãe pode se deparar na experiência do método, amparando-a nos momentos mais frágeis. Vale destacar que, a participação da mãe não é obrigatória, e de acordo com o MS é recomendado que o adulto execute o posicionamento, no entanto, o cuidado realizado pela mãe é entendido como forma particular e privilegiada, sua presença contribui para o aleitamento materno, construção do vínculo e rápida recuperação do bebê (CHAGAS; et al, 2011).

Com a inclusão dos pais no cuidado, podem ser feitas orientações pertinentes, trocas de experiências, retirada de dúvidas e curiosidades para que seja desenvolvida a autoconfiança e segurança, com intuito de reduzir sentimentos de medo e ansiedades do momento da alta. Desta forma, ao longo das três etapas do MC é resgatado o papel da equipe de enfermagem durante as intervenções no acompanhamento (SANTANA; MADEIRA, 2013).

No contexto do MC a interação entre os profissionais, os pais e o bebê tem grande relevância no que tange as práticas em saúde, pois ocorre a valorização da participação ativa dos pais no processo saúde-doença e a comunicação entre eles representa a valorização dos cuidados prestados ao bebê pela família no ambiente neonatal, relacionados também ao êxito do envolvimento psicoafetivo da família. Vale ressaltar que, a efetividade do MC também está associada a um ambiente onde as interações estejam relacionadas à valorização da expressão de pontos de vista e sentimentos das famílias pelo enfrentamento da hospitalização do bebê, possibilitando um ambiente relacional (SILVA, L.J; et al, 2013).

A realização do início do método pela equipe proporciona à mãe o primeiro contato pele a pele com o filho ainda na UTIN. Algumas destas mães apresentam dificuldades pelo fato da moradia ser distante, quando na verdade, para efetivar o método é necessário que permaneça disponível em todos os momentos dentro da instituição. Diante das entrevistas, entende-se que as mães gostam de cuidar do filho, mas permanecem preocupadas e ansiosas pela alta hospitalar por conta da distância de casa (OLIVEIRA; et al, 2015).

Esta inserção contribui para redução no impacto comumente causado pelo ambiente hospitalar, no qual os pais se deparam com diversos recursos tecnológicos que são desconhecidos pelos mesmos, sendo também o local em que a comunicação é construída entre os pais e os profissionais, que muitas das vezes apresenta-se com linguagem constituída por termos técnicos (SOUZA; FERREIRA,2008).

Com isso, também é considerada uma atribuição do enfermeiro perseverar pela família formada por mãe, pai e filho. Sendo necessário realizar o incentivo à participação familiar no processo do cuidado. O contato entre a mãe e o enfermeiro, é uma forma de aperfeiçoar o cuidado realizado pela mãe ao filho, além de reduzir

os sentimentos inconvenientes ligados à ansiedade e insegurança (ELEUTÉRIO et al, 2008).

Borck e Santos (2010) em seu estudo constatou que na terceira etapa do MC os pais não procuram isolamento. Neste momento tornam-se os atores principais, com intuito de desenvolver competências juntamente com a enfermeira nessa busca, apresentando um trabalho muito cansativo, porém muito gratificante quando podemos usufruir do feedback das etapas anteriores transmitindo maior segurança aos pais envolvidos para o acompanhamento ambulatorial.

A análise de Gesteira et al (2016), apontou a implementação do MC um desafio quando há falta de conhecimento e ausência de educação permanente à equipe, a insegurança da família na realização do MC e a falta de normatização para a aplicação do método.

Em um estudo, foi constatado que a equipe de enfermagem contém conhecimentos sobre os cuidados com RNPT e de baixo peso. Com isso, pode-se perceber uma co-responsabilidade relacionada à qualidade de vida das crianças, pois, os cuidados prestados durante a internação na UTIN estão diretamente ligados ao desenvolvimento dos órgãos no processo de maturação (STELMAK; MAZZA; FREIRE, 2017).

Em uma maternidade de um hospital da Venezuela, os profissionais optaram pela utilização do método canguru em troca das incubadoras, pois atualmente encontram-se com dificuldades pela falta destes equipamentos. Foram realizadas algumas aulas para equipe de enfermagem e mães sobre a utilização do método canguru. Por fim, perceberam que o método se apresenta como forma na redução da mortalidade infantil com melhoras dos bebês prematuros e/ou baixo peso, podendo ser utilizado até mesmo como forma de reduzir o uso de recursos escassos (SEQUERA, 2018).

Em contrapartida, Souza et al (2014) perceberam que os profissionais conhecem o MMC quase que de forma empírica, e mesmo com conhecimento dos benefícios que o método proporciona ao binômio mãe-filho, limitam seu uso como rotina do setor, deixando clara a informação de que esta forma de cuidado não está completamente assimilada por todos.

Com isso, é fundamental que a equipe de enfermagem conheça as particularidades do RNPT e/ou BP, para melhor organização dos planejamentos e efetivação das ações, com intuito de realizar o cuidado voltado ao desenvolvimento com redução dos riscos de sequelas. (OLISCHAR; et al, 2013).

Em um estudo similar, percebeu-se que 86% dos profissionais não receberam treinamentos e há falta de conhecimentos sobre as normas e rotinas propostas pelo programa MC, o que leva à escassez das práticas do método. No entanto, mesmo sem o treinamento específico, a maioria dos profissionais entrevistados

reconhecem a importância da implementação do método e as vantagens que ele proporciona para o desenvolvimento do bebê (GONTIJO; MALTA, 2008).

A efetivação das diretrizes preconizadas pelo MS pressupõe que as equipes de saúde envolvem não só habilidades de orientações em relação à prática nas unidades neonatais, mas também para lidar com especificidades que podem influenciar no cuidado em um contexto familiar (BRASIL, 2017).

Portanto, o profissional de enfermagem deve conhecer, assumir e praticar o seu papel em relação à este cuidado, para que haja o desenvolvimento adequado e eficácia do método canguru, proporcionando um ambiente com maior acolhimento afim de proporcionar o contato íntimo entre os pais e o bebê (SILVA; BARROS; NASCIMENTO, 2013).

A adesão da equipe de saúde que atua com RN prematuros é referida como uma das principais dificuldades para implementação do MC. Portanto, estão sendo implantadas uma série de medidas pelo MS relacionadas à “Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido prematuro e de baixo peso- Método canguru”. A partir da implantação, o MS continua se empenhando na tentativa de expandir o MC e realizar a capacitação dos profissionais envolvidos na assistência ao RN. No entanto, a adesão dos profissionais manifestada é insatisfatória, mas pode ser favorecida se as evidências das vantagens do MC forem consolidadas (BRASIL, 2014).

Categoria 2- Método mãe canguru como estratégia de promoção para aleitamento materno

Optou-se, por elaborar essa categoria, com uma quantidade menor de artigos comparada a primeira categoria, devido à magnitude e necessidade de abordar o tema do Aleitamento Materno.

Entende-se o contato direto entre a mãe e o bebê como incentivo proporcionado pelo MC no aleitamento materno, por fazer com que ocorra um grande reconhecimento entre a mãe e o bebê no instante em que o bebê procura o seio para se alimentar. A posição canguru contribui para o encontro do bebê com o seio materno, quando a mãe permanece despida, e o bebê só de fraldas. Realizando então o contato pele a pele entre eles (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

A utilização do MC para o aleitamento materno exclusivo para os RNBP e prematuros hospitalizados, é entendida como uma estratégia efetivada de acordo com os princípios do Ministério da Saúde, tendo vantagens para a mãe e para o bebê com incentivo do método, incluindo o contato com a mãe estimulando a amamentação afastando o uso de bicos, chupetas ou mamadeiras (BRASIL, 2014).

Compreende-se o MC como favorecedor e incentivador da amamentação por realizar grande aproximação entre a mãe e o filho no momento à adaptação a vida

extrauterina, tornando-se um excelente recurso para o aleitamento materno, já que o contato pele a pele e a posição canguru proporciona ao bebê o desejo de se alimentar com bastante frequência, garantindo o consumo das propriedades nutricionais que o leite materno apresenta e produzindo melhoras no desenvolvimento do bebê (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

A prática do método canguru em companhia à promoção do aleitamento materno exclusivo possibilita, de forma gradativa, o aumento ponderal dos recém-nascidos prematuros, sendo fundamental para a qualidade de vida e sobrevivência dos bebês após a alta hospitalar (LOPES et al, 2017).

A Campanha de Incentivo à Amamentação é realizada no mês de agosto com intuito de promover ações de promoção, proteção e apoio materno. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2018) o tema da Semana Mundial de Aleitamento Materno de 2018 foi “Amamentação: a base da vida”, promovendo conscientização sobre a importância vital do aleitamento para saúde com base sólida, sendo indispensável nos primeiros momentos de vida com consumo exclusivo até os seis meses de idade e complementado até os dois anos.

Nesse contexto, em um estudo realizado na Universidade Federal de Minas Gerais constatou, que apenas 41% das crianças no Brasil são amamentadas exclusivamente com o leite materno até os seis meses de idade como recomendado pela OMS. Os pesquisadores reconhecem a alimentação exclusiva de leite materno como diferencial no desenvolvimento do organismo da criança e os resultados do estudo mostraram que esta prática está diretamente ligada ao amadurecimento do fígado do bebê nos primeiros meses de vida. As experiências foram feitas com camundongos, os que consumiram apenas leite materno não apresentaram alterações no metabolismo, já os que consumiram leite materno com complementos apresentaram alterações no metabolismo, redução na imunidade e mudanças genéticas (GLOBO, 2018). Como pode ser observado na fala do coordenador da pesquisa:

“O fígado é como se fosse o berço de todas as células de defesa que vão funcionar a vida inteira. Nesse momento inicial da vida, quando o fígado está ainda amadurecendo, o leite materno é um alimento que já vem pronto da mãe para o filho. É como se mãe poupasse o fígado de precisar exercer funções de digestão porque ela já fez esse papel para ele através do leite materno. O que nós percebemos com a pesquisa é que se nós adiantarmos esse desmame drásticas mudanças acontecem no fígado”.

É compreendido início da amamentação antes mesmo do neonato ter condições de mamar diretamente no peito. Este processo é iniciado pelo acolhimento à família na UTIN, fornecendo condições para a mãe permanecer junto ao filho com contato precoce, realizando os cuidados com o bebê, a extração manual de leite e oferta da

alimentação. Desta maneira, aumenta a segurança para realização dos cuidados e contribuindo para o estabelecimento e progresso da amamentação, sendo necessário que toda a equipe trabalhe juntos para qualidade da amamentação. Este contato pele a pele que ocorre é constituído por diversos benefícios como: Construção do vínculo familiar, segurança na manipulação do bebê, promoção da amamentação (BRASIL, 2017).

Segundo relato das mães o contato pele a pele proporciona ao bebê uma recuperação mais rápida, ganhando peso, aproximação com o bebê de forma agradável. Além de servir como estímulo à amamentação, por conta do bebê estar tão próximo ao seio da mãe, dando assim maior eficácia ao reflexo da sucção. Dois corações batendo juntos, transmitindo tranquilidade, amor e conforto (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

CONCLUSÃO

Desta forma conclui-se que o MC apresenta impacto social, visto que ao promovê-lo não apenas a tríade recebe os benefícios, mas a equipe de enfermagem e profissionais da saúde. Além disso, ao promover o Aleitamento Materno os benefícios poderão ser considerados à longo prazo para mãe, bebê, família e planeta, pois entende-se que amamentar é um ato de amor e cuidado.

REFERÊNCIAS

Aleitamento materno e suas interfaces. Sociedade brasileira de pediatria. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/especiais/agosto-dourado/>>. Acesso em: 31 de outubro de 2018.

ARIVABENE, J.C; TYRRELL, M.A.R. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_18.pdf>. Acesso em: 31 de outubro de 2018.

BORCK, M; SANTOS, E.K.A. Terceira Etapa Método Canguru: Convergência de Práticas Investigativas e Cuidado com Famílias em Atendimento Ambulatorial. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre, dez. 2010.

BRASIL. Atenção à saúde do recém-nascido – guia para os profissionais de saúde. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf>. Acesso em: 31 de outubro de 2018.

BRASIL. Atenção humanizada ao recém-nascido- método canguru- manual técnico. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf>. Acesso em: 31 de outubro de 2018.

BRASIL. LEI Nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/L8069.HTM>. Acesso em: 02 de maio de 2018.

BRASIL. Método Canguru. 2018. Disponível em: <<http://portalmms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/metodo-canguru>>. Acesso em: 03 de maio de 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru_1ed.pdf>. Acesso em: 31 de outubro de 2018.

CARVALHO, M.R; TAVARES, L.A.M. Amamentação: Bases Científicas. 3ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2010, p. 211-213.

CHAGAS, D.O. Comparação da adesão materna às orientações do método mãe canguru no pré e pós-alta do hospital sofia feldman. Rev med minas gerais. Belo horizonte –mg, 2011. Disponível em: <[file:///c:/users/arnaldo/downloads/v21n1a02\(1\).pdf](file:///c:/users/arnaldo/downloads/v21n1a02(1).pdf)>. Acesso em: 31 de outubro de 2018.

CLOHERTY, J.P. et al. Manual de Neonatologia. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, p. 139-160.

CORDEIRO, R.A; COSTA, R. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: Uma construção coletiva da Enfermagem. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, jan-mar, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf>. Acesso em: 31 de outubro de 2018.

COREN SP. Parecer Coren SP GAB Nº 017 / 2011. Método Mãe Canguru. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2011_17.pdf>. Acesso em 12 de abril de 2018.

CRUZ, A.R.M; et al. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. Rev Eletrônica Enferm. 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a16.pdf>. Acesso em: 31 de outubro de 2018.

ELEUTÉRIO, F.R.R; et al. O Imaginário das Mães Sobre a Vivência no Método Mãe-Canguru. Cienc Cuid Saude. out/dez. 2008.

ENTRINGER, A.P. et al. Impacto Orçamentário da Utilização do Método Canguru no Cuidado Neonatal. Revista Saúde Pública. Rio de Janeiro, p. 977, jul 2013. Disponível em: <[file:///d:/projeto/pesquisas%20introdução/lilacs%20\(2\).pdf](file:///d:/projeto/pesquisas%20introdução/lilacs%20(2).pdf)>. Acesso em: 12 de abril de 2018.

FRIGO, J; et al. Percepções de pais de recém-nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Enferm UFSM. 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/arnaldo/Downloads/12900-79911-1-PB.pdf>>. Acesso em: 31 de outubro de 2018.

GESTEIRA, E.C.R. Método canguru: Benefícios e desafios experienciados por profissionais de saúde. Rev Enferm UFSM. out/dez. 2016.

GONTIJO, T.L; MALTA, D.C. Avaliação da Implantação do Método Canguru: O caso de uma maternidade em Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil. Rev Min Enferm. abr/jun, 2008.

GLOBO. Leite materno protege o fígado dos bebês, conclui estudo da ufmg. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2018/09/22/leite-materno-protege-o-figado-dos-bebes-conclui-estudo-da-ufmg.ghtml>>. Acesso em: 01 de novembro de 2018.

HOCKENBERRY, M.J; WILSON, D. WONG: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 9ª ed. Rio de Janeiro. Elsevier,2014, p. 607-608.

LOPES, T.R.G; et al. Humanização dos cuidados ao recém-nascido no método canguru: Relato de experiência. Rev enferm UFPE on line. Recife, nov. 2017.

LOWDERMILK, D.L. et al. Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, p. 503-506.

MAIA, J.A. et al. Método Canguru: a importância da família na recuperação do recém-nascido de baixo peso. Revista Enfermagem em Foco, nov. 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/190/126>>. Acesso em: 03 de maio de 2018.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto e contexto enfermagem, Florianópolis, v. 17 .n. 4 .Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018>. Acesso em: 02 de maio de 2018.

MOORE, E.R Early skin-to-skin contact for mother and their healthy newborn infants. Europe PMC Funders Group, Cochrane Database Syst Ver, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3979156/>>. Acesso em: 31 de outubro de 2018.

NEVES, P.N; RAVELLI, A.P.X; LEMOS, J.R.D. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-peso (método mãe canguru): Percepções de Puérperas. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, p. 50-52, mar. 2010.

OLISCHAR, M; et al. The early prediction of neonatal morbidity and mortality in singleton small for gestational age infants with a birthweight< 1,500g. Wien Klin Wochenschr. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23817862>>. Acesso em: 31 de outubro de 2018.

OLIVEIRA, M.C; et al. Método canguru: percepções das mães que vivenciam a segunda etapa. J. res.: fundam. care. Online. jul./set.2015.

OMS. Nacimientos Prematuros. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>>. Acesso em: 18 de abril de 2018.

OMS. OMS alerta para a importância do aleitamento materno. Revista brasil. 2015. Disponível: <<http://radios.ebc.com.br/revista-brasil/edicao/2015-08/oms-alerta-para-importancia-do-aleitamento-materno>>. Acesso em: 31 de outubro de 2018.

SANTANA, E.F.M; MADEIRA, L.M. A mãe acompanhante na unidade de terapia intensiva neonatal: desafios para a equipe assistencial. Rev enferm Centro O Min, 2013. Disponível em:<<file:///C:/Users/arnaldo/Downloads/279-1526-1-PB.pdf>>. Acesso em: 31 de outubro de 2018.

SANTOS, L.M; MORAIS, R.A. et al. Percepção Materna Sobre o Contato Pele a Pele com o Prematuro Através da Posição Canguru. Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online. Rio de Janeiro, p. 3505, set 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/5057/505750897031/>>. Acesso em: 12 de abril de 2018.

SEQUERA, V. Hospital da Venezuela ensina ‘método canguru’ a mães para economizar incubadoras. 2018. Disponível em: <<https://extra.globo.com/noticias/economia/hospital-da-venezuela-ensina-metodo-canguru-maes-para-economizar-incubadoras-23123472.html>>. Acesso em: 31 de outubro de 2018.

SILVA, L.J; SILVA, L.R; et al. O ambiente da unidade neonatal: Perspectivas para o cuidado de enfermagem no método canguru. Rev enferm UFPE on line. Recife, fev. 2013.

SILVA, R.A; BARROS, M.C; NASCIMENTO, M.H.M. Conhecimento de Técnicos de Enfermagem Sobre o Método Canguru na Unidade Neonatal. Rev Bras Promoç Saúde. Fortaleza, jan./mar. 2013

SOUZA, K.M.O; FERREIRA, S.D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2010. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a24.pdf> >. Acesso em: 31 de outubro de 2018.

SOUZA, L.P.S; et al. Método Mãe-canguru: Percepção da Equipe de Enfermagem na Promoção à Saúde do Neonato. Rev Bras Promoç Saúde. Fortaleza, jul./set. 2014.

SPEHAR, M.C; SEIDL, E.M.F. Percepções Maternas no Método Canguru: Contato Pele a Pele, Amamentação E Autoeficácia. Psicologia em Estudo. Maringá, v. 18, n. 4, p. 647-656, out./dez. 2013.

STELMAK, A.P; FREIRE, M.H.S. Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru. J. res: fundam care online. Jul/set. 2017.

STELMAK; A.P; MAZZA, V.A;FREIRE, M.H.S. O valor atribuído pelos profissionais de enfermagem aos cuidados preconizados pelo método canguru. Rev enferm UFPE on line. Recife, set. 2017.

STEVANIM, L.F. Muito mais do que a voz. Radis Comunicação e Saúde, Rio de Janeiro, jan. 2018. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/184/reportagens/muito-mais-do-que-voz>>. Acesso em: 12 de abril de 2018.

ZUGAIB, M. Obstetrícia. 3ª ed. São Paulo. Manole Ltda, 2016. p. 684. Disponível em: <<http://mpfase.bv3.digitalpages.com.br/users/publications/9788520444467/pages/-18>>. Acesso em: 12 de abril de 2018.

ZULIN, N.E. Vivência de mães de prematuros no processo de translactação. Semina: ciências biológicas e da saúde. Londrina, 2015. Disponível em: <[file:///C:/Users/arnaldo/Downloads/18504-102517-1-PB\(1\).pdf](file:///C:/Users/arnaldo/Downloads/18504-102517-1-PB(1).pdf)>. Acesso em: 31 de outubro de 2018.

PERFIL DE ÓBITOS FETAIS EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DA BAHIA

Data de aceite: 20/02/2020

Michelle Araújo Moreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus- BA

Cátia Luiza da Silva Barbosa

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus- BA

Carla Daiane Costa Dutra

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus- BA

José Carlos de Araújo Junior

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus- BA

RESUMO: Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo e retrospectivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Santa Cruz sob nº de parecer 3.803.809 e com o objetivo geral de: Avaliar os óbitos fetais no município de Una, no período entre 2010 e 2018 e correlacionar com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e Política de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) e, como objetivos específicos: Levantar os óbitos fetais no município de Una de 2010 a 2018; Identificar e categorizar as causas dos óbitos fetais no município de Una na mesma série

temporal citada. O lócus do estudo ocorreu na Vigilância Epidemiológica de Una, no interior da Bahia. A amostra foi constituída pelas fichas de investigação dos óbitos fetais de mães residentes no município, ocorridos entre 2010 e 2018, representando fonte secundária. Foram realizadas visitas à Vigilância Epidemiológica, onde sucedeu o reconhecimento do ambiente descrito e posteriormente o levantamento das fichas de investigação. Os dados coletados das fichas de investigação foram analisados quantitativamente (em frequências absolutas e/ou relativas com a apresentação em tabelas e/ou gráficos) de forma a atingir os objetivos propostos pelo estudo. Conclui-se que, a falta de atendimento adequado nos serviços de saúde, a peregrinação das gestantes no anseio de encontrar uma assistência satisfatória e um parto e nascimento sem considerar a qualidade e humanização, podem contribuir para o aumento nos índices de mortalidade fetal.

PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade Fetal. Epidemiologia. Obstetrícia.

PROFILE OF FAITHFUL DEBT IN A COUNTRY TOWN OF BAHIA

ABSTRACT: This is a quantitative, exploratory, descriptive and retrospective study, approved

by the Research Ethics Committee of the State University of Santa Cruz under opinion number 3.803.809 and with the general objective of: Assessing fetal deaths in the municipality of Una, between 2010 and 2018 and correlate with the National Policy for Comprehensive Care for Women's Health (PNAISM) and the Policy for Comprehensive Assistance to Child Health (PAISC) and, as specific objectives: Survey fetal deaths in the municipality of Una from 2010 to 2018; Identify and categorize the causes of fetal deaths in the municipality of Una in the same time series mentioned. The locus of the study occurred at the Epidemiological Surveillance of Una, in the interior of Bahia. The sample consisted of the investigation forms of fetal deaths of mothers living in the municipality, which occurred between 2010 and 2018, representing a secondary source. Visits were made to the Epidemiological Surveillance, where the recognition of the described environment took place and later the survey of the investigation files. The data collected from the research forms were analyzed quantitatively (in absolute and / or relative frequencies with the presentation in tables and / or graphs) in order to achieve the objectives proposed by the study. It is concluded that the lack of adequate care in health services, the pilgrimage of pregnant women in the desire to find satisfactory care and delivery and birth without considering quality and humanization, can contribute to the increase in fetal mortality rates.

KEYWORDS: Fetal Mortality. Epidemiology. Obstetrics.

1 | INTRODUÇÃO

A mortalidade é a fonte mais antiga e comum de dados sobre a situação de saúde da população. Estes dados representam uma fonte fundamental de informação demográfica, geográfica e de causa de morte, sendo utilizados para quantificar os problemas de saúde e determinar ou avaliar prioridades e metas em saúde, além de refletir a ocorrência e a gravidade de uma doença. O índice de mortalidade de um determinado tempo e espaço pode ser medida de várias maneiras, como números absolutos, proporções e taxas (OPAS, 2018).

Nesse sentido, o óbito fetal, alvo do estudo, é definido como a morte de um produto da concepção antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe. Destaca-se que, as taxas de mortalidade fetal (TMF), são calculadas a partir dos números de óbitos fetais (ocorridos a partir da 22^a semana completa de gestação, ou 154 dias ou fetos com peso igual ou superior a 500g ou estatura a partir de 25 cm) por mil nascimentos totais, de uma população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (BRASIL, 2009).

Além disso, os óbitos fetais podem ser classificados em quatro categorias principais: fetal, placentária, materna e não explicada, sendo estas baseadas em dados de necropsia. As causas que provocaram o óbito fetal também são

classificadas de acordo com o momento de sua ocorrência sendo estas como: anteparto, intraparto e pós-parto (CUNHA; NASCIMENTO, 2015).

Ressalta-se que, no Brasil, foram registrados 283.038 óbitos fetais, para 26.306,236 nascidos vivos compreendidos entre o período de 2010 a 2018. O Nordeste está em segundo lugar, registrando 97.303 (tendo o pico em 2015 de 11.352 óbitos fetais) com 7.474,669 nascidos vivos, atrás apenas do Sudeste. Enquanto isso, a Bahia encontra-se em primeiro lugar, estimando 28.037 mortes e 1.860,396 nascidos vivos, e o município de Una, contabilizando 47 óbitos fetais por 2.511 nascidos vivos no mesmo período de tempo (DATASUS, 2017; 2019).

Percebe-se que, os óbitos fetais, em sua grande maioria, poderiam ser potencialmente evitáveis, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Evidencia-se que, as principais causas que favorecem os índices de mortalidade fetal são relacionadas à qualidade da atenção pré-natal, diagnóstico precoce da gestação de alto risco, manejo obstétrico e atendimento do recém-nascido na sala de parto. Dessa forma, os problemas de maior relevância que conduzem ao desfecho negativo da gestação são relacionados às falhas na capacidade de prevenção e resposta frente às intercorrências durante a gestação, parto e puerpério, coincidindo com o período perinatal (BRASIL, 2016).

Dentre as iniciativas do Ministério da Saúde (MS) para reduzir tal agravo, surge a Rede Cegonha que propõe a implantação de um modelo de atenção ao parto e ao nascimento desde a década de 1980, e que dá continuidade às demais ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e da Política Nacional de Humanização (PNH). Trata-se de uma estratégia para garantir às mulheres e às crianças uma assistência que lhes permita vivenciar a experiência da maternidade e nascimento com segurança, respeito e dignidade, implementando ações que visam à ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, da garantia de vinculação da gestante aos serviços de referência para atendimento integral e da implantação de boas práticas (BRASIL, 2017a).

Posteriormente, o Ministério da Saúde criou em 1984, a Política de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), que tem como objetivo priorizar as crianças em risco, ao mesmo tempo buscar qualificar a assistência, aumentar a cobertura dos serviços de saúde e incentivar as ações de promoção da saúde de forma integral. E em 2004, instituiu-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que dentre as suas propostas destaca-se, promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada e construir em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004; BRASIL, 2018).

Ademais, o Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM), foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 1975, sendo utilizado para coletar dados sobre a

mortalidade no país. Este possui variáveis que permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde. Após doze anos da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o SIM teve a coleta de dados repassada à atribuição dos estados e municípios, por meio de suas respectivas Secretarias de Saúde com a finalidade de reunir dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos ocorridos no Brasil e se tornar uma ferramenta fundamental de gestão na área da saúde (BRASIL, 2017b).

Não obstante, a vigilância do óbito fetal é considerada uma estratégia importante para a gestão e para a clínica na saúde da mulher e da criança, contribuindo assim, para o monitoramento da mortalidade fetal, melhoria dos registros dos óbitos, orientação sobre as ações de intervenção para a prevenção de óbito e intervenções no contexto social e econômico da família (BRASIL, 2018).

Neste mesmo contexto, a morte de um filho é geralmente vista como um dos mais dolorosos acontecimentos que podem ocorrer a uma pessoa, causando-lhe um grande impacto emocional, físico e psíquico. No entanto, quando se trata de perdas de bebês intraútero observamos certas particularidades, como, por exemplo, a rede social que cerca os pais que sofreram a perda, evidenciando certas dificuldades de compreender o sofrimento dos genitores, pois para estes é como se o bebê nunca tivesse existido ou na tentativa de ajudar diminuem e até privam estes pais do sofrimento da perda de um feto (AGUIAR; ZORNIG, 2016).

Em contrapartida, a postura ativa e de aversão dos profissionais, dos serviços, do sistema de saúde e da sociedade, diante destes eventos indesejáveis e evitáveis é um caminho para a desnaturalização dos óbitos fetais, e com a conjuntura do atual nível de desenvolvimento do País, o conhecimento acumulado, as produções científicas e tecnologias disponíveis, contribuem e dispõem de grande relevância para a prevenção dos óbitos. A vigilância destes eventos, incorporada à rotina dos serviços, possibilita compreender suas circunstâncias e é instrumento de reflexão relevante para o sistema de saúde e a sociedade, apontando as várias situações passíveis de intervenção, que se constituem como causas de mortes preveníveis (BRASIL, 2018).

Sendo assim, emergiram os seguintes questionamentos: Qual o perfil dos óbitos fetais no município de Una, na série temporal de 2010 a 2018? Quais os fatores que envolvem a ocorrência dos óbitos fetais no município de Una?

Em suma, justifica-se essa pesquisa pela baixa visibilidade do tema em relação à demasiada importância que cerca a questão, evidenciada pelo levantamento feito na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre os anos de 2014 a 2019 que apontou 324 trabalhos sobre mortalidade infantil e apenas 23 estudos sobre óbitos fetais, revelando a necessidade de pesquisas sobre este assunto.

Para isso, delineou-se como objetivo geral: avaliar os óbitos fetais no município de Una nos períodos de 2010 a 2018 e correlacionar com o PNAISM e PAISC e, como objetivos específicos: levantar os óbitos fetais no município de Una de 2010 a 2018; identificar e categorizar as causas dos óbitos fetais no município de Una de 2010 a 2018.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, descritivo e retrospectivo. A pesquisa quantitativa segue com rigor de estudo a um plano previamente estabelecido, com hipóteses e variáveis definidas pelo estudioso. Ela visa enumerar e medir eventos de forma objetiva e precisa. As pesquisas quantitativas produzem a quantificação das características e da regularidade de ocorrência de um fato e atuam em níveis de realidade em que os dados são importantes e devem ser quantificados, pois indicam posições e ocorrências importantes para despertar a atenção de pesquisadores (PROETT, 2017).

Segundo Pereira e Ortigão (2016) as pesquisas quantitativas são indicadas para responder a questionamentos acerca do grau e a abrangência de determinados traços em uma população, sendo também uma forma de estar sensível aos problemas sociais.

O estudo exploratório proporciona maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou construir hipóteses e descritivo, quando objetiva descrever fatos e/ou fenômenos de determinada realidade (FANTINATO, 2015). Nos estudos retrospectivos, ou seja, não concorrentes, todas as informações sobre a exposição e o desfecho já ocorreram antes do início do estudo (OLIVEIRA; PARENTE, 2010).

Quanto ao cenário de estudo, realizou-se na Vigilância Epidemiológica do município de Una, no interior da Bahia. O município foi criado em 2 de agosto de 1890 e seu nome significa, em Tupi-Guarani, Preto, que faz uma alusão à coloração do rio que banha a cidade.

Atualmente Una, conta com uma área territorial de 1.126,733 km² e uma população estimada de 19.002 pessoas, sendo a densidade demográfica correspondida por 20,48 hab/km² e a escolarização de 96,8 % (IBGE, 2018; 2019; 2010).

Em 17 de Outubro de 2013, a Prefeitura Municipal de Una sob o Decreto nº 151, estabeleceu a implantação da Câmara Técnica Municipal para Análise de Óbitos, com o objetivo de analisar as circunstâncias da ocorrência dos óbitos infantis, fetais, de mulheres em idade fértil, maternos, e por causas mal definidas,

identificando os fatores determinantes e condicionantes da mortalidade e propondo medidas que visem à melhoria da qualidade da assistência à saúde para a redução da mortalidade infantil, fetal e materna do Município de Una. Tal iniciativa constituiu-se por representantes, titulares e suplentes, das seguintes áreas: Vigilância Epidemiológica, Vigilância de Óbitos/Informação em Saúde, Vigilância Sanitária, Atenção Básica/Saúde da Família, Atenção Hospitalar e Médico Generalista (UNA, 2013).

A amostra foi composta pelos óbitos fetais de mães residentes no município de Una/Ba, ocorridos entre 2010 a 2018. Onde se utilizou as seguintes fichas de investigação do óbito fetal: Ficha hospitalar (F2/I2), Ficha de investigação do óbito infantil e fetal – sínteses, conclusões e recomendações (IF5) e a ficha confidencial de investigação de óbito infantil e/ou fetal. A base dos dados foi constituída pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde e disponibilizados pela Vigilância Epidemiológica local.

Os critérios de inclusão foram: óbitos fetais devidamente registrados nas fichas: Ficha hospitalar (F2/I2), Ficha de investigação do óbito infantil e fetal – sínteses, conclusões e recomendações (IF5) e a ficha confidencial de investigação de óbito infantil e/ou fetal, óbitos fetais entre os anos de 2010 a 2018. Quanto aos critérios de exclusão: óbitos fetais com registro incompleto nas fichas: Ficha hospitalar (F2/I2), Ficha de investigação do óbito infantil e fetal – sínteses, conclusões e recomendações (IF5) e a ficha confidencial de investigação de óbito infantil e/ou fetal, óbitos fetais anteriores a 2010 e no ano em curso.

O instrumento e técnica de coleta dos dados se deram após aprovação plena do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESC sob número de parecer 3.803.809. Em seguida, ocorreram as visitas a Vigilância Epidemiológica do município de Una/BA, onde foi realizado o reconhecimento do ambiente descrito e posteriormente o levantamento das fichas de investigação dos óbitos fetais de mães residentes do município de Una, no período compreendido entre 2010 a 2018.

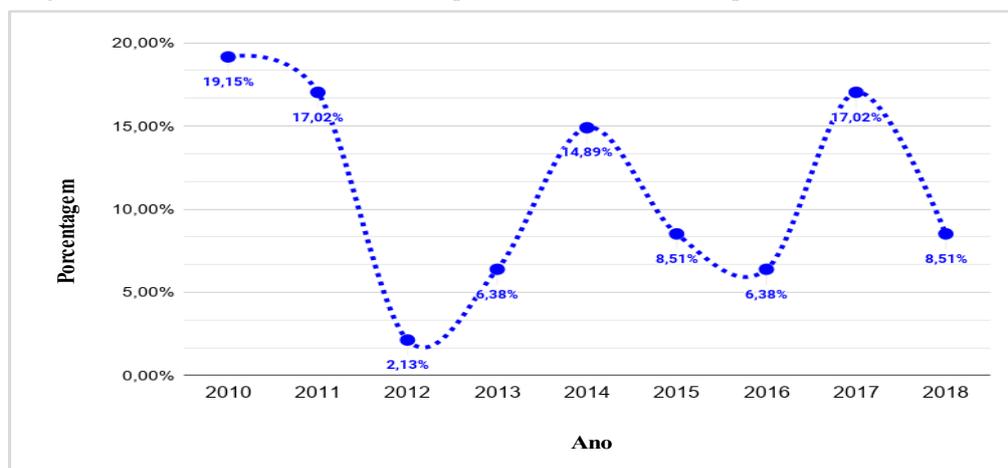
Por julgar potencial sofrimento e memórias desagradáveis causados pelos óbitos fetais, solicitou-se a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visto que o desconforto emocional gerado torna-se desnecessário em virtude da fonte ser secundária.

Os dados coletados das fichas de investigação foram avaliados através de variáveis correspondentes aos óbitos fetais. O perfil epidemiológico foi categorizado e analisado quantitativamente (em frequências absolutas e/ou relativas com a apresentação em tabelas e/ou gráficos) de forma a atingir os objetivos propostos pelo estudo.

3 | APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a investigação e enumeração dos óbitos fetais do município de Una/Bahia, foram totalizados 47 casos, sendo estes distribuídos de acordo com os anos de ocorrência, como ilustrado na Figura 1:

Figura 1- Distribuição dos óbitos no município de Una/BA na série temporal de 2010 a 2018



Fonte: Secretária de Vigilância Epidemiológica do município de Una/Ba (2019).

Diante dos dados apresentados, percebe-se que a taxa de mortalidade fetal (TMF), calculada a partir do número de óbitos fetais de mães residentes do município de Una, multiplicados por mil e dividido pelos nascimentos totais desta mesma população no período considerado (nascidos vivos mais óbitos fetais) permanece em 18,37 óbitos, desvelando um significativo problema social (BRASIL, 2014).

Entretanto, no Brasil, a determinação da TMF é um desafio que deve ser vencido, visando apresentar indicadores metodológicos comparáveis aos de países com estatísticas vitais elevadas. Embora, sendo significativo destacar que a análise da TMF do Brasil isoladamente não reflete a realidade de cada região, pois precisam ser levadas em consideração as diversas realidades sociais, que impactam diretamente nos resultados dos óbitos (BARROS, 2019).

Nesse sentido, a Cúpula das Nações Unidas, da qual faz parte o Brasil junto com mais 193 países pactuaram 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) entre os anos de 2015 e 2030, especialmente a redução das mortes evitáveis de recém-nascidos para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2018).

Além disso, o Ministério da Saúde ressalta que, as mortes ocorridas a partir de 22 semanas de gestação até o nascimento (óbito fetal), são um componente da mortalidade infantil pouco conhecido e abordado, porém apresenta um considerável potencial de redução em todo o país. O óbito neonatal precoce (inicia-se no nascimento ao 6º dia de vida) e o óbito fetal compõem a mortalidade perinatal (22 semanas de gestação até o término dos sete dias completos após o nascimento), a

qual poderia ser reduzida em até 70% pela atenção adequada à gestante, ao parto e neonato (BRASIL, 2016).

Com isso, utiliza-se a mortalidade perinatal como o indicador mais apropriado para a análise da assistência obstétrica, de modo a dar visibilidade ao problema. Ademais, a identificação das causas dos óbitos fetais é de fundamental importância, pois propiciará o planejamento das ações de redução da morte precoce (BRASIL, 2009).

Haja vista, que a partir dos dados coletados pelos serviços de saúde, é possível identificar diversos aspectos relevantes para o enfrentamento da mortalidade, bem como, as principais causas dos óbitos, a quantidade de ocorrências e seu índice de evitabilidade (BRASIL, 2009).

Dessa forma, apresentam-se as principais causas dos óbitos fetais, destacando as condições, conforme Tabela 1:

CAUSAS	2010	2011	2012	2013	2014
MATERNA	Eclampsia	Sífilis	Alteração da	Sífilis	Hemorragia
	DHEG	DST	função renal	Pré-natal não	uterina
	DM	HAS	ITU	realizado	
	HAS	Desproporção			
	Traumatismo	(Céfalo x			
	ITU	Pélvica)			
	Tabagismo/ Etilismo				
FETAL	Hipóxia/ Anóxia	Afeções não			Imperfuração
	intrauterina	especificadas			anal
	Sofrimento fetal	Prematuridade	—	—	Anencefalia
	Bracardia fetal				Anóxia
					intrauterina
PLACENTA E ANEXOS	DPP	Sofrimento de	Anomalias		Insuficiência
		circular de	placentárias	—	placentária
		cordão			DPP
INDETERMINADOS /IGNORADOS	Natimorto- indeterminado			Natimorto- indeterminado	
	Aborto não especificado- incompleto	—	—		—

MATERNA	ITU	Anemia materna	DHEG	HAS
	DM	HIV	ITU	DM
		Cardiopatia materna	Insuficiência respiratória	Sífilis
		Traumatismo	Hemorragia	
FETAL	Anóxia fetal	Anóxia	Anóxia/	Anóxia
	Sofrimento fetal agudo	intrauterina	Hipóxia intrauterina	intrauterina
			Sofrimento fetal	Sofrimento fetal agudo
PLACENTA E ANEXOS	Prolapso de cordão	—	DPP	DPP
			Circular de cordão (asfixia)	
INDETERMINADOS /IGNORADOS	Ignorado	—	—	—

Legenda:

DHEG- Doença Hipertensiva Específica da Gestação;	DST- Doença Sexualmente Transmissível;
DM- Diabetes Mellitus;	HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana;
HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica;	DPP- Descolamento Prematuro de Placenta.
ITU- Infecção do Trato Urinário;	

Tabela 1: Principais causas dos óbitos fetais em Una/Ba

Fonte: Secretaria de Vigência Epidemiológica do município de Una/Ba (2019)

Evidencia-se, a partir das causas identificadas, a extrema importância em consolidar a organização da atenção perinatal no país, compreendendo a sua ampla dimensão, desde a saúde integral da mulher, pré-concepção e planejamento familiar, à regionalização e hierarquização da assistência e integração com o pré-natal e o parto. Para tanto, torna-se necessário avançar na qualificação do cuidado à mulher e ampliar o acesso aos serviços de saúde, mantendo-se a continuidade da atenção ao recém-nascido e à puérpera. O pronto reconhecimento de vulnerabilidades permite que ações básicas possam ser desenvolvidas com vistas à qualidade de vida das mães e filho(a)s (BRASIL, 2016).

Nessa linha de pensamento, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) aponta que, a criança em risco é aquela que está exposta a situações em que há maior chance de evolução desfavorável, em qualquer aspecto biopsicossocial. A condição ou situação de risco pode estar presente já na gravidez (período fetal), no nascimento ou acontecer ao longo da vida da criança. De modo geral, a saúde da família, da gestante e da criança deve ser prontamente reconhecida pela equipe de saúde, pois demandam atenção especial, prioritária e integrada (BRASIL, 2018).

Outro aspecto importante para redução dos óbitos fetais seria a maior qualificação dos profissionais de saúde na atenção ao pré-natal, parto e puérperio,

considerando os elementos socioculturais e biológicos dos sujeitos (LANSKY et al., 2014).

Percebe-se ainda que, o mesmo óbito fetal pode ter mais de uma causa base materna, evidenciando dificuldades na classificação de risco e no acompanhamento adequado, conforme ilustra na Tabela 2 a seguir:

CAUSAS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
ECLAMPSIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DHEG	2	-	-	-	-	-	-	1	-	3
HAS	1	2	-	-	-	-	-	-	1	4
DM	1	-	-	-	-	1	-	-	1	3
TRAUMATISMO	1	-	-	-	-	-	1	-	-	2
ITU	1	-	1	-	-	1	-	1	-	4
ALTERAÇÃO DA FUNÇÃO RENAL	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
SÍFILIS	-	1	-	1	-	-	-	-	1	3
DST	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
HIV	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
TABAGISMO/ ETILISMO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DESPROPORÇÃO CÉFALO-PÉLVICA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
HEMORRAGIA UTERINA PRÉ-NATAL NÃO REALIZADO	1	-	-	1	-	1	-	-	-	3
ANEMIA MATERNA	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
CARDIOPATIA MATERNA	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
ABORTO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DPP	1	-	-	-	1	-	-	5	1	8
IGNORADOS	1	-	-	1	-	1	1	-	1	5

Tabela 2- Distribuição da ocorrência segundo as causas maternas dos óbitos fetais entre o período de 2010 a 2018

Fonte: Secretaria de Vigilância Epidemiológica do município de Una/Ba (2019)

Em primeiro lugar dos óbitos fetais em Una, está o descolamento prematuro de placenta (DPP), que ocorre em aproximadamente 1 a 2% das gestações. É das piores complicações obstétricas, com aumento muito importante da morbimortalidade materna, por maior incidência de hemorragia, de anemias, coagulopatias, hemotransfusões, cesárea, histerectomia e até morte materna (BRASIL, 2012).

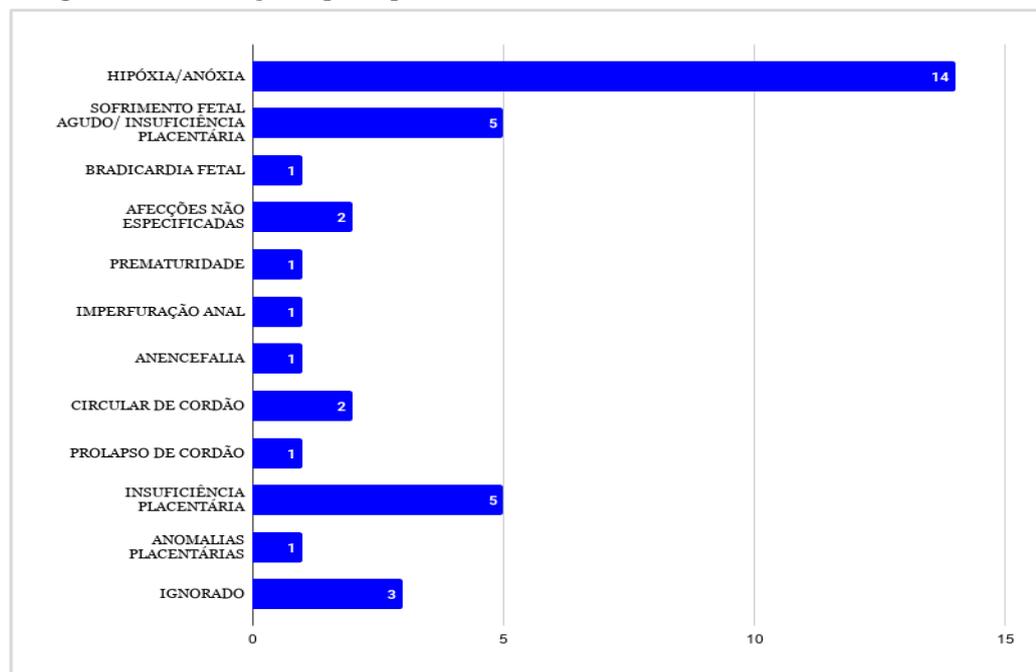
Entretanto, a hipertensão é responsável por até 50% dos casos de DPP não traumáticos. Tanto a pré-eclâmpsia quanto a hipertensão arterial crônica são fatores de risco importantes para o DPP (BRASIL, 2012).

Quanto às infecções genitais e trato urinário, a identificação precoce e o tratamento adequado tem sido de grande eficácia na prevenção e diminuição de gestações de alto risco. As consultas pré-natais devem ser mais frequentes, no

intuito da vigilância máxima ao bem-estar da mãe e dos conceitos, principalmente no que se refere à ameaça de parto prematuro (BRASIL, 2012).

Por sua vez, as causas dos óbitos fetais resultam em aumento significativo da mortalidade e demonstram a incapacidade de detecção precoce das complicações no pré-natal de modo a minimizar ou eliminar as complicações. Sendo assim, a Figura 2 aponta as principais causas de morte fetal:

Figura 2 – Ranking das principais causas de óbito fetal



Fonte: Secretária de Vigilância Epidemiológica do município de Una/Ba (2019).

Dessa maneira, evidencia-se que a hipóxia e anóxia (intrauterina e fetal), constituem as principais causas de óbito fetal em virtude das lacunas no acesso e qualidade da atenção ao parto e ao neonato que afligem as regiões com menores rendas. Como observado na Figura 2, à prematuridade e a hipóxia/ anóxia intraparto contribuem para o aumento da morte neonatal precoce (BRASIL, 2016).

Determinadas condições contribuem para o aumento da mortalidade, a exemplo da utilização rotineira e indiscriminada da ocitocina sintética para aceleração do trabalho de parto, a imobilização no leito, a posição litotômica e a manobra de Kristeller, práticas frequentemente utilizadas que podem prejudicar a liberação de ocitocina endógena materna (fundamental para a evolução no trabalho de parto), e conseqüentemente, diminuir a oxigenação placentária, provocando hipoxemia no bebê (BRASIL, 2018).

Não obstante, corroborando com Barbeiro et al (2015), o recorrente diagnóstico de “hipóxia intrauterina”, apesar de ser uma causa constante na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), pouco contribui para a compreensão do fenômeno dos

óbitos fetais.

Durante o período de avaliação dos óbitos fetais no município estudado, foram encontradas duas gestações gemelares, sendo estas consideradas de alto risco e por apresentarem agravos mais frequentes tanto a mulher quanto ao feto, sendo estes, insuficiência placentária confinada a um gêmeo, infecção congênita, malformações do trato urinário, dentre outros (BRASIL, 2012).

Para tanto, é de demasiada importância o conhecimento epidemiológico das causas e fatores que levam a mortalidade de um feto, pois o objetivo primordial de uma assistência de qualidade na cena do parto é garantir à mulher e seu concepto um parto saudável e livre de iatrogenias de qualquer tipo. A enfermagem assiste à mulher desde o pré-natal, dando início a uma conexão que deve ser continuada até o puerpério. Este profissional deve oferecer apoio físico e empático, realizando as boas práticas, colocando 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).

Além disso, identificar o momento de ocorrência do óbito fetal é fundamental para que intervenções sejam feitas pela equipe multiprofissional no intuito de salvaguardar a vida. Nesse sentido, a Tabela 3 aponta a etapa de acontecimento da morte fetal:

MOMENTO DA OCORRÊNCIA	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL (%)
ANTEPARTO	7	6	1	2	7	2	3	7	3	80,8
INTRAPARTO	1	1	-	-	-	1	-	1	1	10,7
IGNORADO	1	1	-	1	-	1	-	-	-	8,5

Tabela3- Frequência das causas dos óbitos fetais de acordo com o momento da ocorrência

Fonte: Secretária de Vigilância Epidemiológica do município de Una/Ba (2019).

Constata-se que, a maior ocorrência de óbitos fetais foram no período anteparto, que se define como óbitos que ocorreram antes do momento do parto. Esta categoria sugere maior deficiência no pré-natal, porém poucos estudos investigaram o percurso das pacientes antes de chegarem à maternidade onde foi constatado o óbito, impedindo a confirmação deste achado (BARBEIRO et al., 2015). Quanto ao momento intraparto, a quantitativa foi menor e este período indica que o óbito fetal ocorreu no momento do parto, ou seja, na expulsão do feto, evidenciando assistência inadequada e manejo obstétrico ineficaz.

Diante do cenário apresentado, ainda se faz urgente observar as causas evitáveis e não evitáveis dos óbitos fetais, mediante Figura 3:

Nota-se que, o fator de evitabilidade na mortalidade fetal é significativo no município estudado, corroborando com as estimativas do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal que afirma ter no Brasil cerca de 60% de óbitos por causas evitáveis (BRASIL, 2009).

É necessário, portanto, esforço especial e mobilização dos gestores e das equipes de saúde para a identificação do óbito fetal, qualificação das pesquisas e incorporação da avaliação dos serviços de saúde para melhoria da assistência. Com relação à mortalidade fetal, são poucos os estudos e análises disponíveis na literatura e estatísticas brasileiras, reflexo da baixa visibilidade, interesse e compreensão de que esse evento é, em grande parte, prevenível por meio de ações dos órgãos públicos e, ainda, da escassa qualidade de informação (BRASIL, 2009).

Em virtude dos fatos mencionados no decorrer do estudo, observa-se que os óbitos fetais, em sua grande maioria de caráter evitáveis, podem ser avaliados em consonância com a qualidade da assistência prestada tanto a mulher quanto ao feto. Todavia para promover a resolutividade dos óbitos fetais e diminuir os impactos por eles gerados, o PAISM contempla a promoção da saúde e as necessidades da população feminina, o controle de patologias de maior prevalência nesse grupo e a garantia do direito à assistência adequada (BRASIL, 2004).

Neste mesmo propósito, a PNAISC, traz que a atenção pré-natal, deve ser realizada com ações específicas para apoio das práticas baseadas em evidências e da legislação vigente, incentivando a disseminação de informação adequada à gestante e aos familiares, contribuindo assim para o fortalecimento do controle social, com o intuito de estimular os direitos da mulher e da criança, quanto ao acesso à atenção humanizada ao parto e ao nascimento. Contudo, salienta-se a participação da equipe multiprofissional no processo de parto e nascimento e o incentivo a formação de profissionais em particular a enfermagem obstétrica, de modo a contribuir com pesquisas e manejos pertinentes a este processo, favorecendo assim melhores estatísticas dos óbitos fetais (BRASIL, 2016).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos grandes avanços na área de ginecologia e obstetrícia, dos inúmeros protocolos e políticas públicas, ainda existem grandes lacunas na assistência materno-fetal, que influenciam diretamente no binômio mãe-filho, trazendo sérias consequências, a exemplo do óbito fetal. Nota-se ainda que, a falta de atendimento adequado nos serviços de saúde, a peregrinação das gestantes no anseio de encontrar uma assistência satisfatória e um parto e nascimento sem considerar

a qualidade e humanização, podem contribuir para o aumento nos índices de mortalidade fetal.

Por fim, salienta-se a importância de novos estudos sobre mortalidade fetal devido à sua baixa visibilidade e à insuficiência de aporte teórico atual sobre a temática, torna-se esta, de extrema carência no país como um todo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Helena Carneiro; ZORNIG, Sílvia. Luto fetal: a interrupção de uma promessa. **Estilos clín**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 264-81, 2016.

BARBEIRO, Fernanda et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, v. 49, n. 22, 2015.

BARROS, Patrícia et al. Mortalidade fetal e os desafios para a atenção à saúde da mulher no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.53, n 12, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed. Brasília (DF): MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. 2. ed. Brasília (DF): MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília (DF): MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Cadernos Humaniza SUS. 1. ed. Brasília (DF): MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde**: mortalidade perinatal. Departamento de Ciência e Tecnologia. 2. ed. Brasília (DF): MS, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde**: reduzindo a mortalidade perinatal. Departamento de Ciência e Tecnologia. 3. ed. Brasília (DF): MS, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. 1. ed. Brasília (DF): MS, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade**. 2017b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/mortalidade>>. Acesso em: 26 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed. Brasília (DF): MS, 2018.

CUNHA, Alfredo de Almeida; NASCIMENTO, Maria Isabel do. Natimorto: uma revisão dos sistemas de classificação. **FEMINA**, v. 43, n. 3, p. 125- 34, 2015.

DATASUS. **Informações de Saúde (TABNET)**. 2017; 2019. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 28 out. 2019.

FANTINATO, Marcelo. **Métodos de Pesquisa**. 2015. Disponível em: <<https://atualiza.aciaraxa.com.br/ADMArquivo/arquivos/arquivo/M%C3%A9todos-de-Pesquisa.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2017; 2018; 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 28 out. 2019.

LANSKY, Sônia et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. 192-207, 2014.

OLIVEIRA, Marco Aurélio Pinho de; PARENTE, Raphael Câmara Medeiros. Estudos de Coorte e de Caso-Controlle na Era da Medicina Baseada em Evidência. **Revista Sobrancel**, v. 3, n. 3, p. 115-25, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores de Saúde**. Elementos conceituais e práticos. Washington: OPAS, 2018.

PEREIRA, Guilherme; ORTIGÃO, Maria Isabel Ramalho. Pesquisa quantitativa em educação: algumas considerações. **Rev Periferia: Educação, Cultura e Comunicação**, v. 8, n. 1, p. 66-79, 2016.

PROETT, Sidney. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: um estudo comparativo e objetivo. **Rev Lumen**, v. 2, n. 4, 2017.

UNA, Portal da Prefeitura Municipal de. **Decreto nº 151 de 17 de outubro de 2013**. Disponível em: <<https://www.una.ba.gov.br>>. Acesso em: 28 out. 2019.

WIGGLESWORTH, Jonathan. Monitoring perinatal mortality: a pathophysiological approach. **The Lancet**, London, v. 316, n. 27, p. 684-6, 1980.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS NASCIDOS VIVOS DE UM MUNICÍPIO RURAL DO OESTE CATARINENSE

Data de aceite: 20/02/2020

Data de submissão: 29/11/2019

Maria Isabel Gonçalves da Silva

Universidade Comunitária da Região de Chapecó
Chapecó – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/8763302031386374>

Clenise Liliane Schmidt

Instituto Federal do Paraná
Palmas – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/9565282713314291>

Cássio Michelin

Universidade Comunitária da Região de Chapecó
Chapecó – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/3025701067891258>

Clodoaldo Antônio De Sá

Universidade Comunitária da Região de Chapecó
Chapecó – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/109755555213809>

Vanessa da Silva Corralo

Universidade Comunitária da Região de Chapecó
Chapecó – Santa Catarina
<http://lattes.cnpq.br/2603992707745818>

RESUMO: Objetivou-se descrever o perfil epidemiológico dos nascidos vivos e analisar a prevalência dos desfechos negativos aos neonatos, nas zonas rural e urbana de um

município rural do oeste catarinense. Trata-se de um estudo observacional, descritivo-transversal, de abordagem quantitativa. Foram analisadas as segundas vias das Declarações de Nascidos Vivos e utilizado o banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, para obter informações maternas e de todos os nascidos vivos, entre os anos de 2010 a 2016. Verificou-se que a maioria das gestantes reside na zona rural (61,23%), possui idade entre 20 e 34 anos e 12 ou mais anos de estudos. Dos 321 nascidos vivos, 96,4% eram da raça branca, 51,7% do sexo masculino e 25,85% apresentaram desfechos negativos. O índice de baixo peso global foi de 6,85%, e o de prematuridade 8,41%. O aborto foi associado significativamente ($p < 0,05$) com o local de residência, sendo mais prevalente na zona urbana. Verifica-se que o local de residência está associado com a ocorrência de abortos na população estudada. Novos estudos que incluam as gestantes que sofreram abortos espontâneos poderão ser realizados, buscando analisar os fatores etiológicos e possíveis exposições a agentes químicos como os agrotóxicos.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto; Agrotóxicos; Gestantes; Recém-nascido; Saúde Materno-infantil.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF THE NEWBORNS OF A RURAL MUNICIPAL OF THE WEST CATARINENSE

ABSTRACT: This study aimed to describe the epidemiological profile of live births and to analyze the prevalence of negative outcomes for newborns in rural and urban areas of a rural municipality in western Santa Catarina. This is an observational, descriptive and cross-sectional study with a quantitative approach. The duplicate Live Births Declarations were analyzed and the Live Births Information System database was used to obtain maternal and all live births information from 2010 to 2016. It was found that most pregnant women live in rural areas (61.23%), aged between 20 and 34 years and 12 or more years of schooling. Of 321 live births, 96.4% were white, 51.7% male and 25.85% had negative outcomes. The overall low weight index was 6.85%, and prematurity 8.41%. Abortion was significantly associated ($p < 0.05$) with the place of residence, being more prevalent in the urban area. It is verified that the place of residence is associated with the occurrence of abortions in the studied population. New studies that include pregnant women who have suffered spontaneous abortions may be performed, seeking to analyze the etiological factors and possible exposures to chemical agents such as pesticides.

KEYWORDS: Abortion; Agrochemicals; Maternal and Child Health; Newborn; Pregnant Women.

1 | INTRODUÇÃO

Frente à intensa utilização dos agrotóxicos nas lavouras do país, assim como em Santa Catarina, torna-se relevante realizar pesquisas que avaliem o perfil de nascidos vivos em municípios predominantemente rurais, nos quais prevalecem as atividades agrícolas. A partir da realização de estudos, pode-se investigar as vulnerabilidades associadas a gestantes e neonatos em relação à exposição aos agrotóxicos.

Os impactos sobre a saúde pública em decorrência da utilização de agrotóxicos são amplos, atingindo diversos grupos populacionais como os trabalhadores e moradores das zonas rurais, além de todos que estão consumindo água e alimentos contaminados com resíduos dessas substâncias (CARNEIRO *et al.*, 2015).

Algumas pesquisas atribuem os agravos à saúde humana em decorrência da atuação dos agrotóxicos como disruptores endócrinos, que ao mimetizarem ou interferirem na ação de hormônios ocasionam efeitos adversos ao organismo, inclusive ao sistema reprodutor (JENG *et al.*, 2014; PARK *et al.*, 2014). Pode-se citar, por exemplo, a influência da exposição aos agrotóxicos sobre o declínio de nascimentos masculinos (GIBSON; KOIFMAN, 2008) e sobre o aumento da incidência de abortos espontâneos (LOPEZ, 2016).

Mulheres em idade fértil, gestantes e neonatos são considerados os grupos mais vulneráveis à exposição aos agrotóxicos presentes no ambiente. Durante a gestação ocorrem processos fundamentais como o desenvolvimento do sistema nervoso central, passíveis de interferências danosas caso ocorra exposição a compostos tóxicos. Desta forma, a exposição dessas mulheres pode estar associada a desfechos negativos ao feto, como prematuridade, baixo peso ao nascer, aborto, índice de Apgar insatisfatório e anomalias congênitas (CREMONESE *et al.*, 2012; DUTRA; FERREIRA, 2019). Estes desfechos, somados a acompanhamentos pré-natais pouco efetivos, podem promover acréscimos nas taxas de mortalidade infantil.

Estudos epidemiológicos podem ser realizados para verificar a prevalência de desfechos negativos ao neonato, a partir de dados contidos no Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc), do Ministério da Saúde. O sistema reúne informações sobre os nascimentos ocorridos em todo território nacional. Cada município emite uma Declaração de Nascido Vivo (DNV), preenchida por um profissional de saúde habilitado logo após o parto, tanto para os nascimentos ocorridos nos setores públicos e privados de saúde, como para os que ocorrem em ambientes domiciliares (PAIVA, 2011).

Variáveis importantes relacionadas às características maternas, perinatais e dos recém-nascidos (RN) estão contidas nas DNV, como: faixa etária e grau de escolaridade da mãe, duração do acompanhamento pré-natal, tipo de parto, peso ao nascer, presença de anomalia congênita, entre outras.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Santa Catarina é um estado em que 40,68% dos seus municípios concentram mais da metade da população em área rural. Nova Itaberaba, município situado na região oeste do estado, possui população composta por 4.267 habitantes, sendo que 64,00% residem na zona rural. Das 2.057 mulheres residentes no município, 63% ocupam a zona rural (IBGE, 2010). Em relação à economia, 34,63% de seu território são ocupados para o desenvolvimento de atividades agrícolas (IBGE, 2014).

Considerando as evidências citadas anteriormente, objetivou-se neste estudo descrever o perfil epidemiológico dos nascidos vivos e analisar a prevalência dos desfechos negativos aos neonatos, nas zonas rural e urbana de um município rural do oeste catarinense.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-transversal, de abordagem quantitativa, realizado com base na análise das segundas vias das Declarações de Nascidos Vivos, arquivadas na Secretaria Municipal de Saúde do município de Nova Itaberaba/

SC. Também foi utilizado o banco de dados do Sinasc, disponibilizado pela Vigilância Epidemiológica da cidade de Chapecó/SC, que concentra informações sobre os municípios da região. A população estudada foi composta por todos os nascidos vivos no período compreendido entre os anos de 2010 a 2016, no referido município.

O Sinasc é um sistema de informações implantado pelo Ministério da Saúde e constitui a principal fonte de dados sobre nascidos vivos para acesso pelos profissionais da área da saúde. Ao verificar os registros provenientes das DNV e do Sinasc, os dados foram coletados por meio de formulários pré-elaborados e se referiram à zona de residência da mãe, às características socioeconômicas, ao processo gestacional e perinatal, e às características do recém-nascido.

Em relação as características do RN, classificou-se como “baixo peso global” (BPG) os valores de peso inferiores a 2,5 kg; “baixo peso ao nascer” (BPN) os valores de peso inferiores a 2,5 kg e superiores a 1,5 kg; “muito baixo peso ao nascer” (MBP), valores entre 1,5 kg e 1 kg; e “extremo baixo peso” (EBP) quando inferiores a 1 kg (BRASIL, 2014).

Consideraram-se como prematuros os neonatos nascidos anteriormente a 37^a semana de gestação, nascidos a termo os neonatos que nasceram entre a 37^a e 41^a semana gestacional e pós-termo os que possuíam idade gestacional superior a 42 semanas. A ocorrência ou não de malformações também foi verificada, e posteriormente classificadas conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (BRASIL, 2014).

Em relação ao método Apgar, foram observados os dados apresentados no 1^o e 5^o minuto de vida. Este método consiste em uma avaliação do recém-nascido em que se observam as condições fisiológicas e a capacidade de resposta, sendo possível identificar os neonatos que necessitam de cuidados especiais ou até mesmo cuidados de emergência. São atribuídas notas de zero a dois pontos aos sinais avaliados (frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor), somando um total de até 10 pontos. Índices de Apgar são considerados satisfatórios quando a nota atribuída está entre 8 e 10 pontos (BRASIL, 2014).

Após o preenchimento de formulários específicos com as informações contidas nas DNV, o banco de dados foi elaborado no programa *Microsoft Excel*[®] 2013. Posteriormente, os resultados foram transferidos para o pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS[®]), versão 20.0, onde se realizaram os cálculos estatísticos. Para análise de dados utilizou-se a estatística descritiva, média e desvio padrão, além da distribuição de frequências (%). Para a associação entre as variáveis foi utilizado o Teste de Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fischer. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

A pesquisa faz parte de um projeto intitulado “Avaliação de biomarcadores

de genotoxicidade e mutagenicidade em gestantes residentes no meio rural e urbano”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, sob parecer nº 59813516.5.0000.0116.

3 | RESULTADOS

Entre os anos de 2010 a 2016 foram contabilizados 321 nascidos vivos na cidade de Nova Itaberaba - SC, sendo que destes, 96,4% eram da raça branca, 51,7% do sexo masculino, e 48,3% do sexo feminino. Todos os nascimentos ocorreram no ambiente hospitalar.

A Tabela 1 demonstra o perfil socioeconômico das gestantes residentes no município. Percebe-se que 58,62% das mães residiam na zona rural e houve predomínio na faixa etária de 20 a 34 anos (65,83%). Em relação ao estado civil, as casadas representaram 40,13% do total das gestantes e as que possuíam união estável 37,30%. Quanto à ocupação, observou-se que 31,97% das mães eram do lar e, além disso, no que concerne ao grau de escolaridade, verificou-se que 53,29% das gestantes possuíam 12 ou mais anos de estudos e 33,55% apresentaram de 8 a 11 anos.

Características	N	%
Zona de residência		
Rural	187	58,62
Urbana	132	41,38
Idade (anos)		
< 20	65	20,38
20 – 34	210	65,83
≥ 35	44	13,79
Estado civil		
Solteira	70	21,94
Casada	128	40,13
União Estável	119	37,30
Ignorado	2	0,63
Ocupação		
Do lar	102	31,97
Agricultora	82	25,71
Outras	135	42,32
Escolaridade		
1 a 3 anos	3	0,94
4 a 7 anos	38	11,91
8 a 11 anos	107	33,55
12 anos ou mais	170	53,29
Não informado	1	0,31

Total	319	100
-------	-----	-----

Tabela 1: Perfil socioeconômico de gestantes residentes no município de Nova Itaberaba/SC, no período de 2010 a 2016

Fonte: Declarações de Nascidos Vivos de Nova Itaberaba/SC e SINASC.

Ao analisar as características perinatais, verificou-se que 57,99% das gestantes tiveram partos do tipo cesáreo e realizaram, de forma predominante, sete ou mais consultas de pré-natal (88,08%). Quanto ao histórico obstétrico das mulheres pesquisadas, 42,95% destas eram primigestas, enquanto 34,48% apresentavam história prévia de gestação. Considerando o fato de a gestação ser única ou múltipla, 99,37% delas foram únicas, havendo apenas duas gestações gemelares (0,63%).

Em relação à ocorrência de desfechos negativos ao neonato, contabilizou-se o registro de apenas uma anomalia congênita, classificada pela CID-10 como Síndrome de Down (Q90). Observou-se maior concentração de neonatos nascidos a termo (91,2%), sendo que o percentual de prematuridade apresentado foi de 8,5%. De acordo com a Tabela 2, a quantidade de recém-nascidos com peso normal representou 93,15% dos casos, enquanto 5,92% apresentaram baixo peso ao nascer. Os índices de Apgar, tanto para o 1° quanto para o 5° minuto, foram satisfatórios, com percentuais de 91,59% e 98,13%, respectivamente.

Variáveis	N	%
Peso ao nascer		
Normal (> 2,5Kg)	299	93,15
Baixo Peso: > 1,5 < 2,5 Kg	19	5,92
Muito Baixo Peso: > 1 < 1,5 Kg	2	0,62
Extremo Baixo Peso: < 1 Kg	1	0,31
Índice de Apgar		
Apgar baixo no 1° minuto	27	8,41
Satisfatório	294	91,59
Apgar baixo no 5° minuto	6	1,87
Satisfatório	315	98,13
Prematuridade		
Nascidos a termo	292	90,97
Prematuros	27	8,41
Pós-termos	1	0,31
Não informado	1	0,31
Número de Abortos		
Um	32	9,97
Dois	4	1,25
Nenhum	285	88,78
Total	321	100

Tabela 2. Informações sobre os desfechos negativos ao neonato no município de Nova Itaberaba/SC, no período de 2010 a 2016

As gestantes apresentaram taxa de aborto correspondente a 11,22% (n=36). Além disso, ao comparar a prevalência de desfechos negativos ao neonato com a zona de residência, detectou-se associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre residir na zona urbana do município com a variável aborto. Na zona urbana, 17 gestantes tiveram histórico de ocorrência de um aborto e quatro gestantes históricos de dois abortos, enquanto na zona rural totalizaram 15 mulheres com histórico de um aborto anterior. Em nove, do total dos 36 casos de abortos ocorridos, as mães possuíam as atividades agrícolas como ocupação.

4 | DISCUSSÃO

Com base nos resultados obtidos, obtém-se o perfil de nascidos vivos do município de Nova Itaberaba entre os anos estudados. Dos 321 nascidos vivos, 96,4% eram da raça branca, 51,7% do sexo masculino, sendo que todos os nascimentos ocorreram no ambiente hospitalar. Destes, 25,85% apresentaram algum desfecho negativo, como baixo peso global (6,85%) e prematuridade (8,41%).

Percentual de baixo peso semelhante (7,00%) foi observado em estudo realizado no município de Itaúna, Minas Gerais. Este resultado é positivo, visto que a média nacional de RN com baixo peso variou entre 7,60% a 8,20%, nos anos de 2001 a 2010 (NILSON *et al.*, 2015).

Destaca-se que as taxas de baixo peso ao nascer apresentam variações, sendo mais elevadas em países menos desenvolvidos, possuindo associação com condições socioeconômicas desfavoráveis. Já em países europeus desenvolvidos, o BPN possui índices que variam de 4,00 a 5,00%, inferiores à média brasileira (CARNIEL *et al.*, 2008).

A frequência de neonatos prematuros (8,41%) encontrada também foi inferior à taxa de prematuridade do Brasil (11,30%). Porém, dados do projeto “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, da Escola Nacional de Saúde Pública (coordenado pela Fiocruz), revelam que essa taxa de prematuridade é praticamente duas vezes mais elevada do que a observada também em países da Europa (LEAL; GAMA, 2014).

Ressalta-se ainda que a idade materna também está relacionada à prematuridade. Gestantes adolescentes e mães com idade superior aos 35 anos constituem populações que vem crescendo nos últimos anos, e ambas constituem fatores de risco para o surgimento de complicações ao desenvolvimento fetal (OLIVEIRA; CHIQUETTI; SANTOS, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2016a).

Observou-se também que em 91,20% da amostra não foi detectada presença

de anomalias congênitas e os índices de Apgar para o 5º minuto de vida foram considerados satisfatórios para aproximadamente 98,00%. Mesmo com o surgimento de algumas iniciativas no país para encorajar as mulheres a realizarem partos domiciliares, observou-se neste estudo que 100% dos partos ocorreram em ambiente hospitalar.

Constatou-se discreta predominância do sexo masculino na amostra (51,7%), sendo a razão de sexos ao nascer, calculada neste caso em 1,07 (ou seja, 107 nascimentos masculinos para cada 100 nascimentos femininos). Esta razão é uma medida padrão, que avalia quantitativamente a relação entre os sexos ao nascimento em determinado ano e espaço geográfico. O valor calculado encontra-se muito próximo ao valor descrito na literatura, que é 1,06 (OPAS, 2008).

Entre fatores que determinam a razão dos sexos, considera-se que as altas concentrações de estrogênio e testosterona dos pais no momento da concepção podem aumentar a probabilidade de nascimentos masculinos, assim como as elevadas concentrações de progesterona e gonadotrofina podem originar nascimentos femininos. Alguns estudos demonstram que a exposição a compostos químicos como os agrotóxicos pode interferir na ação desses hormônios, provocando prejuízo à saúde reprodutiva de homens, como alterações nas características do sêmen e, conseqüentemente, declínio no número de nascimentos masculinos (GIBSON; KOIFMAN, 2008).

Em relação à prevalência de abortos (11,20%) na amostra estudada, verificou-se que o índice está abaixo dos 25% estimados para casos de abortos espontâneos no país (DREZETT, 2013). Porém, deve-se considerar que 25,00% das gestantes que sofreram aborto trabalham como agricultoras, e entre as causas que podem levar a um abortamento espontâneo está a exposição direta aos agentes químicos como alguns pesticidas.

Em uma pesquisa realizada no México com 210 gestantes, observou-se que 66,10% das participantes referiram expor-se aos agrotóxicos, e destas, 33,00% tiveram antecedente de aborto, sendo este índice superior aos 16,70% de abortos ocorridos com gestantes não expostas. Verificaram também, por meio de análise de risco, que uma mulher exposta a agrotóxicos possui três vezes mais risco de apresentar um aborto, quando comparada às que não se expõem (LOPEZ, 2016).

Entretanto, neste estudo, houve associação estatisticamente significativa entre residir na zona urbana do município com a variável aborto. Destaca-se que em um município como Nova Itaberaba, com extensão territorial pequena, as diferenças entre residir no meio rural e urbano são tênues. Além de a distância entre os meios ser curta, muitas pessoas deslocam-se para trabalhar na zona rural, porém residem na zona urbana, e vice-versa. Torna-se difícil dividir a população entre as zonas de residência com o intuito de saber em qual meio as gestantes estariam mais

vulneráveis à exposição por agrotóxicos.

Contudo, cabe ressaltar que além da exposição ambiental, outros fatores relacionam-se à ocorrência de abortos, como as anomalias cromossômicas, presentes em pelo menos 50% dos casos, além de fatores fetais, anatômicos, imunológicos, utilização de drogas ilícitas, bem como a idade da mãe (OMS, 2013).

Além disso, gestantes residentes na zona urbana podem estar mais suscetíveis ao estresse devido ao estilo de vida que possuem, com acúmulo de atividades e jornadas mais extensas de trabalho. Soma-se a esse estresse, a instabilidade emocional, natural durante o período gestacional, decorrente do medo e ansiedade gerados pelo parto e das transformações constantes do próprio corpo (RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014). Essa exposição materna ao estresse pode elevar os níveis de alguns hormônios, como cortisol, adrenalina e noradrenalina, sendo prejudiciais à saúde tanto do feto como da gestante, podendo estar associado à ocorrência de abortos e problemas no desenvolvimento do neonato (TIAN; KANG, 2014).

Em relação ao perfil socioeconômico materno, constatou-se que em maiores proporções, as gestantes residem na zona rural, são casadas ou vivem em união estável, possuem idade entre 20 e 34 anos, 12 ou mais anos de estudos e atividades profissionais diversas. Este perfil demonstra que mesmo com as gestantes residindo na zona rural, há acesso facilitado à educação pois possuem um bom nível de escolaridade.

Condições contrárias podem ser observadas, por exemplo, ao analisar casos de gravidez precoce, que nesta pesquisa atingiu um percentual de 20,37%. Em um estudo de revisão que retratou o perfil de gestantes adolescentes (idade entre 15 e 19 anos), verificou-se que possuíam baixo grau de escolaridade, residiam em capitais e eram donas de casa. A baixa escolaridade pode ser então um agravante para a saúde das mulheres, considerada também como um fator de risco obstétrico (VIEIRA *et al.*, 2017).

Um bom nível de escolaridade, além diminuir as chances de ocorrência de uma gravidez precoce, garante uma comunicação efetiva entre as gestantes e os profissionais de saúde, e neste caso, esta comunicação é de extrema importância para a adesão ao acompanhamento pré-natal, essencial no período gestacional para a prevenção da morbimortalidade materna e infantil (ASUNDEP *et al.*, 2014).

Somado ao nível de escolaridade está o acesso facilitado à saúde no município, visto que em Nova Itaberaba o número de consultas de pré-natal foi superior a sete em quase 90,00% da população estudada. Este é um fator positivo, visto que o Ministério da Saúde recomenda um mínimo de seis consultas para o acompanhamento de cada gestante (BRASIL, 2005). Este número expressivo de consultas foi ainda superior aos 64,6% encontrados por Menetrier e Almeida (2016),

em um estudo realizado com gestantes de alto risco no sudoeste do Paraná.

Mesmo com a alta adesão às consultas de pré-natal durante o período gestacional, observa-se que a prevalência de partos cesáreos foi elevada (57,99%). De acordo com informações fornecidas pela Secretaria de Saúde do município, boa parte das cesarianas realizadas nas gestantes residentes em Nova Itaberaba ocorre em hospitais particulares situados em cidades vizinhas. Este número elevado de partos cesáreos agendado no setor privado, anteriormente ao início do trabalho de parto, pode elevar os índices de prematuridade (LEAL; GAMA, 2014). Destaca-se que no estado de Santa Catarina as taxas de cesarianas também são elevadas, a exemplo do índice de 60,7% apontado no ano de 2012 (FREITAS; FERNANDES, 2016).

Dados do Ministério da Saúde apontam que o índice de partos cesáreos no Brasil é de 56%, aproximadamente, sendo que 40% dos partos ocorrem na rede pública e alarmantes 84,6% na rede privada de serviços de saúde. A partir disso, foi lançado o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para Cesarianas, que objetiva reduzir o número de cesáreas e atingir a taxa de referência ajustada para a população brasileira (25 a 30%), bem como reduzir a morbidade e mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2016).

Estudos revelaram que o medo da dor, o tempo prolongado do processo de parturição, a desinformação, a praticidade e a indicação do procedimento pelo médico estão entre os fatores que motivam as mulheres na escolha pelo parto cesáreo (COPELLI *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2016b). Sabe-se ainda que, fatores socioeconômicos como idade e escolaridade materna possuem relação com esses índices (RATTNER; MOURA, 2016).

Ações de educação em saúde, como grupo de gestantes e rodas de conversas, possibilitam a troca de saberes e o exercício da autonomia pelas mulheres, uma vez que estas diminuem as angústias e medos em relação a gestação, ao recém-nascido e ao parto. Ações de saúde que fortaleçam o protagonismo da mulher frente à gestação e desmistifiquem conceitos equivocados sobre o parto normal devem ser realizadas nos serviços de saúde, a fim de evitar possíveis impactos negativos da intervenção cirúrgica para a mãe e para o recém-nascido.

Mesmo com acesso facilitado à saúde no município e a ocorrência de desfechos negativos ao feto alcançarem índices esperados, conforme apontado na literatura, a associação entre residir no meio urbano e o índice de aborto deve ser avaliada. Os cuidados na assistência à saúde das gestantes devem ser redobrados em relação a orientações sobre casos de abortos, visando o planejamento de estratégias ou ações que possam minimizar estas ocorrências durante todo o período gestacional, respeitando as particularidades dessa população.

O percentual de dados incompletos ou ignorados nesta pesquisa foi pequeno

0,62%), o que confere fidedignidade aos resultados, sendo possível retratar a realidade epidemiológica do município estudado. Por fim, percebe-se que a partir do Sinasc foi possível extrair informações confiáveis, tornando possível avaliar o perfil epidemiológico das gestantes e dos nascidos vivos em Nova Itaberaba durante o período analisado, bem como os desfechos negativos presentes na amostra.

5 | CONCLUSÕES

De acordo com os resultados apresentados por esta pesquisa, conclui-se que o local de residência está associado com a ocorrência de abortos na população estudada. Novos estudos que incluam as gestantes que sofreram abortos espontâneos, envolvendo avaliações dos possíveis fatores etiológicos e contato com os agrotóxicos, poderão ser realizados com o intuito de analisar biomarcadores que confirmem ou não a exposição a estes agentes químicos.

Além disso, cabe ressaltar a importância de oferecer às gestantes um acompanhamento pré-natal diferenciado, que não somente inclua consultas periódicas e exames de rotina, mas possa desenvolver ações de promoção à saúde que abordem diferentes temáticas. Versar sobre as vantagens e desvantagens do parto normal e cesáreo, assim como os cuidados gerais a serem tomados durante a gestação, enfatizando também a prevenção da exposição aos agrotóxicos, torna-se essencial para minimizar os riscos de morbimortalidade materna e fetal.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) pelo apoio financeiro concedido.

REFERÊNCIAS

ASUNDEP, N. N. *et al.* Antenatal care attendance, a surrogate for pregnancy outcome? The case of Kumasi, Ghana. *Maternal and Child Health Journal*, v. 18, n. 5, p. 1085-1094, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 194 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes de Atenção à Gestante**: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 101 p.

CARNEIRO *et al.* **Dossiê ABRASCO**: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015. 624 p.

CARNIEL, E. F. *et al.* Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das declarações de nascidos vivos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 1, p. 169-179, 2008.

COPELLI, F. H. S. *et al.* Fatores determinantes para a preferência da mulher pela cesariana. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 336-343, 2015.

CREMONESE, C. *et al.* Exposição a agrotóxicos e eventos adversos na gravidez no Sul do Brasil, 1996-2000. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 7, p.1263-1272, 2012.

DREZETT, J. Mortalidade materna no Brasil. Insucesso no cumprimento do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. **Reprodução & Climatério**, v. 28, n. 3, p. 89–91, 2013.

DUTRA, L. S.; FERREIRA, A. P. Tendência de malformações congênitas e utilização de agrotóxicos em commodities: um estudo ecológico. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 390-405, 2019.

FREITAS, P. F.; FERNANDES, T. M. B. Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 525-538, 2016.

GIBSON, G.; KOIFMAN, S. Consumo de agrotóxicos e distribuição temporal da proporção de nascimentos masculinos no Estado do Paraná, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 24, n.4, p. 240-247, 2008.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=421145&idtema=1&search=santa-catarinalnova-itaberabalcenso-demografico-2010:-sinopse->. Acesso em: 4 ago. 2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Produção Agrícola Municipal 2014**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=421145&idtema=148&search=santa-catarinalnova-itaberabalproducao-agricola-municipal-lavoura-permanente-2014>. Acesso em: 4 ago. 2016.

JENG, H. A. *et al.* Exposure to endocrine disrupting chemicals and male reproductive health. **Front Public Health**, v. 2, n. 55, jun. 2014.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, S1-S231, 2014.

LOPEZ, M. T. G *et al.* Proyecto SAELCI, GUANAJUATO. Exposición a plaguicidas y abortos espontáneos en un hospital materno infantil. **Verano de la Investigación Científica**, v. 2, n. 1, p. 1531-1535, 2016.

MENETRIER, J. V.; ALMEIDA, G. de. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco com parto prematuro em um hospital de referência. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 3, p. 433-441, 2016.

NILSON, L. G. *et al.* Proporção de baixo peso ao nascer no brasil e regiões brasileiras, segundo variáveis sócio-demográficas. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 8, n. 1, p. 69-82, 2015.

OLIVEIRA, A. S.; CHIQUETTI, E. M. S.; SANTOS, E. Caracterização do desenvolvimento motor de lactentes de mães adolescentes. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 20, n. 4, p. 349–354, 2013.

OLIVEIRA, L. L. *et al.* Fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 382-389, 2016a.

OLIVEIRA, R. R. *et al.* Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas público e privado de atenção à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 5, p. 734-741, 2016b.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Abortamento Seguro**: orientação técnica e política para os sistemas da saúde. 2 ed. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2013. 136 p.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE –. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

PAIVA, N. S. *et al.* Sistema de informações sobre nascidos vivos: um estudo de revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl.1, p. 1211-1220, 2011.

PARK, J. H. *et al.* Exposure to Dichlorodiphenyltrichloroethane and the Risk of Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. **Osong Public Health Res Perspect**, v. 5, n. 2, p. 77-84, 2014.

RATTNER, D.; MOURA, E. C. Nascimentos no Brasil: associação do tipo de parto com variáveis temporais e sociodemográficas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 1, p. 39-47, 2016.

RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 215-226, 2014.

TIAN, C. F.; KANG, M. H. Common stress and serum cortisol and IL-12 levels in missed abortion. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 34, n. 1, p. 33-35, 2014.

VIEIRA, B. D. G. *et al.* A prevenção da gravidez na adolescência: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, supl. 3, p.1504-12, 2017.

RASTREAMENTO CITOLÓGICO E MORTALIDADE POR CÂNCER DE COLO DO ÚTERO EM UM MUNICÍPIO DO NORTE DO PIAUÍ

Data de aceite: 20/02/2020

Data de submissão: 21/12/2019

Grasyele Oliveira Sousa

Cristo Faculdade do Piauí, Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

Mariana Silva Souza

Cristo Faculdade do Piauí, Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

Bruno Nascimento Sales

Cristo Faculdade do Piauí, Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

Edimilson Gomes Ribeiro Júnior

Cristo Faculdade do Piauí, Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

Edenilson Sousa Ribeiro

Enfermeiro pela Cristo Faculdade do Piauí
Piripiri – Piauí

Natália Rodrigues da Silva

Cristo Faculdade do Piauí, Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

Ana Roza Carvalho Silva

Cristo Faculdade do Piauí, Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

Ana Paula Melo Oliveira

Cristo Faculdade do Piauí, Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

Francilene Coelho Santos

Enfermeira pela Cristo Faculdade do Piauí
Piripiri – Piauí

Rônalde da Silva Leite

Cristo Faculdade do Piauí, Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

Guilherme Antônio Lopes de Oliveira

Cristo Faculdade do Piauí, Professor no Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

Carliane Maria de Araújo Souza

Cristo Faculdade do Piauí, Professora no Departamento de Enfermagem
Piripiri – Piauí

RESUMO: Introdução: Nos últimos anos o câncer vem se tornando um problema de saúde pública mundial. No Brasil dentre os tipos de câncer mais incidentes, destaca-se o Câncer de Colo do Útero, considerado o terceiro mais frequente entre as mulheres e sua quarta causa de mortalidade. O aumento da adesão ao rastreamento pelo exame de Papanicolau contribui para a redução da morbimortalidade

por esse tipo de câncer. **Objetivo:** Avaliar o rastreamento citológico e o perfil de mortalidade por câncer de colo do útero no município de Piri-piri-PI. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo, com coleta de dados secundários do site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Os resultados foram organizados em tabelas com a descrição dos achados em valores absolutos e porcentagem. **Desenvolvimento:** Foram constatadas a realização de 4.332 citologias do colo do útero no período de 2014 a 2018 e 8 mortes por câncer de colo do útero no período de 2014 a 2017. As mulheres entre 35 a 39 anos realizaram 704 (16,2%) das citologias. A maioria das mulheres (87,3%), haviam realizado citologia anteriormente e o maior motivo para a realização foi o rastreamento (99,9%). Com relação a mortalidade, a distribuição dos óbitos foi igualitária, correspondendo a 2 casos por faixa etária encontrada, a maioria da mulheres eram pardas (75%), com escolaridade de apenas 1 a 3 anos de estudo (37,5%) e não tinham escolaridade (25%). Quanto ao estado civil, eram casadas (37,5%). **Conclusão:** Diante desse cenário epidemiológico, conclui-se que as ações de prevenção e detecção do câncer de colo do útero merecem atenção dos profissionais ligados à área da saúde, especialmente os enfermeiros. Essa forma multidisciplinar de falar sobre o assunto é o caminho a trilhar para a busca da identificação das dificuldades na abordagem ao câncer de colo do útero.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de Colo do Útero. Mortalidade. Papanicolau. Epidemiologia. Prevenção.

CYTOLOGICAL SCREENING AND CERVICAL CANCER MORTALITY IN A CITY OF NORTH PIAUÍ

ABSTRACT: Introduction: In recent years cancer has become a worldwide public health problem. In Brazil, among the most common types of cancer, cervical cancer stands out, considered the third most frequent among women and its fourth cause of mortality. Increased adherence to Pap smear screening contributes to reduced morbidity and mortality from this type of cancer. **Objective:** To evaluate cytological screening and cervical cancer mortality profile in Piri-piri-PI. **Methodology:** This is a descriptive, retrospective, quantitative study, with secondary data collection from the website of the Department of Informatics of the Unified Health System. The results were organized in tables describing the findings in absolute values and percentage. **Development:** A total of 4,332 cervical cytologies were found from 2014 to 2018 and 8 cervical cancer deaths from 2014 to 2017. Women aged 35 to 39 performed 704 (16.2%). Of cytologies. Most women (87.3%) had previously had cytology and the main reason for this was screening (99.9%). Regarding mortality, the distribution of deaths was equal, corresponding to 2 cases by age group found, most women were brown (75%), with only 1 to 3 years of schooling (37.5%) and no had schooling (25%). Regarding marital

status, they were married (37.5%). **Conclusion:** Given this epidemiological scenario, it can be concluded that the prevention and detection of cervical cancer deserve attention from health professionals, especially nurses. This multidisciplinary way of talking about the subject is the way to go for the identification of the difficulties in the approach to cervical cancer.

KEYWORDS: Cervical cancer. Mortality. Pap smear. Epidemiology. Prevention.

1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o câncer vem se tornando um problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que em 2030 a incidência de câncer seja em torno de 27 milhões de casos e 17 milhões de mortes. No Brasil dentre os tipos de câncer mais incidentes, destaca-se o Câncer de Colo do Útero (CCU) (FARIAS; BARBIERI, 2016). Sendo considerado o terceiro mais frequente entre as mulheres e sua quarta causa de mortalidade (CHEHUEN NETO *et al.*, 2016).

A incidência e mortalidade por CCU sofre influência de condições clínicas, mas também de questões socioeconômicas associadas ao modo de vida das mulheres e aos cuidados ofertados pelas instituições de saúde. As baixas condições financeiras e os obstáculos no acesso aos serviços de saúde contribuem para as desigualdades e morbimortalidade nos países em desenvolvimento (RIBEIRO; ANDRADE, 2016).

O CCU pode ser caracterizado por transformações neoplásicas intraepiteliais malignas da cérvix uterina que desenvolvem-se lentamente ao longo de uma ou duas décadas até atingir o estágio invasor. Na fase inicial é silencioso e assintomático, momento em que as lesões precursoras somente são detectadas pela periodicidade da citologia oncológica. Com a evolução da doença surgem os principais sintomas, como sangramento vaginal anormal, corrimento e dor (SANTOS *et al.*, 2015).

Existem duas categorias principais na qual o CCU invasor pode ser subdividido a depender da região epitelial comprometida. O carcinoma epidermoide, afeta as células escamosas, pois desenvolve-se na ectocérvix e é o tipo mais frequente, correspondendo a 80% dos casos. Entretanto, o adenocarcinoma que compromete a endocérvix e atinge as células glandulares é menos comum, porém apresenta maior gravidade (BRASIL, 2013).

A consulta de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos possibilita a atuação do enfermeiro na realização do exame de Prevenção do Câncer de Colo do Útero (PCCU). Dessa forma, dentre as atividades desenvolvidas por esse profissional, destaca-se o empenho para minimizar os tabus, mitos e preconceitos que envolvem a realização do exame através do estabelecimento de vínculo com as usuárias (SOUZA; COSTA, 2015).

Nesse contexto, é fundamental a assistência de enfermagem qualificada com a realização de atividades educativas que tenham ênfase em medidas de promoção de saúde, prevenção e controle do câncer de colo do útero. Assim, o aumento da adesão ao rastreamento pelo exame de Papanicolau contribui para a redução da morbimortalidade por esse tipo de câncer que afeta com tanta frequência a população feminina (VALENTE *et al.*, 2016).

Diante disso, o objetivo do estudo foi avaliar o rastreamento citológico e o perfil de mortalidade por câncer de colo do útero no município de Piripiri-PI.

2 | METODOLOGIA

Esta pesquisa trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo, fundamentado no levantamento de dados secundários disponíveis no Sistema de Informações de Saúde (TABNET) do site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O cenário de estudo escolhido foi o município de Piripiri, situado no estado do Piauí, no território dos cocais, a 166 km de distância da capital Teresina ao norte da mesma. Possui uma população estimada de 63.742 habitantes (IBGE, 2019).

Foi realizada a análise do rastreamento citológico no período de 2014 a 2018 utilizando as variáveis faixa etária, citologia anterior e motivo do exame. Também avaliou-se os dados de mortalidade por câncer de colo do útero para traçar o perfil das mulheres que foram a óbito pela patologia usando as variáveis faixa etária, cor/raça, escolaridade e estado civil. Referente a mortalidade o recorte temporal foi o período de 2014 a 2017, visto que no DATASUS ainda não estão disponíveis os dados referentes ao ano de 2018.

Enfatizasse-se que por tratarem-se de dados de domínio público, o estudo dispensa a utilização de Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) e aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Os dados coletados foram tabulados em planilhas e tratados no programa Microsoft® Office Excel para a organização dos resultados em tabelas com a descrição dos achados em valores absolutos e porcentagem.

3 | DESENVOLVIMENTO

3.1 Fatores de risco e detecção precoce do Câncer de Colo do Útero

O surgimento do câncer vincula-se a múltiplas causas. Nos diversos tipos de câncer o fator genético tem papel importante, todavia, é a relação entre esta suscetibilidade com as condições decorrentes do estilo de vida e do fenótipo que

indica o risco de adoecimento por câncer de colo do útero (SÃO BENTO *et al.*, 2010).

A infecção pelo papilomavírus humano (HPV), particularmente com tipos 16, 18 e 31, é a etiologia do câncer do colo do útero, mas não é a causa suficiente. A maioria das mulheres infectadas com HPV não desenvolvem carcinoma cervical invasivo, apenas em uma proporção menor de mulheres a infecção é persistente, ou seja, são vários outros cofatores que também provocam o desenvolvimento da patologia. Vários estudos confirmam a associação do câncer de colo do útero com atividade sexual precoce, multiparidade, casamento precoce, múltiplos parceiros sexuais, analfabetismo e baixo nível socioeconômico (THAKUR *et al.*, 2015).

A fim de comprovar os fatores que estão correlacionados com desenvolvimento do câncer de colo uterino, realizou-se um estudo de caso controle em mulheres rurais de um estado da Índia. No estudo, constatou-se que os fatores de risco: analfabetismo, baixo nível socioeconômico (segundo a classificação de Prasad modificada), menarca precoce <13 anos, idade do casamento <18 anos, idade do nascimento do primeiro filho <19 anos, multiparidade >3 filhos, espaçamento entre duas crianças <2 anos, falta de higiene genital, duração da vida conjugal >20 anos, uso de contraceptivos (métodos orais e de barreira), múltiplos parceiros sexuais de ambos os sexos/cônjuges, história de tabagismo e história de infecção genital recorrente (>3 episódios/ano para o qual o tratamento teve que ser realizado) podem ser associados ao CCU (THAKUR *et al.*, 2015).

Além disso, a higienização inadequada do pênis também se relaciona ao aparecimento do câncer do colo do útero. Por exemplo, em culturas onde os homens são circuncidados, esse tipo de câncer não é tão frequente. Diante disso, salienta-se que a mulher quando é invadida por seu parceiro sujo e promíscuo, muitas vezes por não poder se proteger, nos casos de violência doméstica, não consegue manter o seu colo limpo e, conseqüentemente, torna-se mais vulnerável ao câncer de colo uterino (SÃO BENTO *et al.*, 2010).

Segundo Souza *et al.* (2015) a detecção precoce, a partir da realização do exame citológico, tem sido uma ferramenta confiável e segura para redução dos índices de morbimortalidade deste câncer, visto que o mesmo quando detectado precocemente tem garantia de até 100% de prevenção e cura. Dessa forma, quando são repassadas essas informações a usuária, ela percebe a importância e necessidade de realizar periodicamente a citologia oncológica e conscientiza-se que ao deixar de realizá-la estará comprometendo a sua saúde e diminuindo as chances do diagnóstico precoce.

Entretanto, uma situação desafiadora tanto para as mulheres quanto para os profissionais de saúde, trata-se do sentimento de insegurança e vergonha que é relatado e muito comum entre as mulheres, isso torna-se um obstáculo

para a realização do exame preventivo. Diante disso, os profissionais que estão capacitados para realizar a colpocitologia oncótica devem buscar formas para avançar no aperfeiçoamento de uma educação em saúde de qualidade, além de propagar informações sobre as soluções ofertadas na Atenção Básica (GIRIANELLI; THULER; SILVA, 2014).

3.2 Medidas de prevenção do Câncer de Colo do Útero

O aspecto mais importante e relevante para prevenir, diagnosticar precocemente e tratar o câncer de colo do útero é a educação em saúde, isso justifica ainda mais a necessidade de ações que atuem neste campo, sobretudo utilizando a estratégia de ações educativas coletivas.

A educação em saúde pode ser realizada durante a consulta de enfermagem ginecológica, visto que no decorrer da consulta o enfermeiro faz o acolhimento e a escuta das mulheres que buscam o atendimento ginecológico. Dessa forma, nota-se que além de realizar o exame preventivo, a consulta de enfermagem é o ambiente no qual a paciente pode esclarecer suas dúvidas e aflições, bem como é uma ferramenta valiosa na prevenção primária para estimular o autocuidado (SÃO BENTO *et al.*, 2010).

Assim, a prevenção primária é reconhecida por promover saúde a fim de melhorar hábitos de vida e comportamentos que reduzam o risco para o câncer de colo do útero. Essas ações devem ser promovidas pelos profissionais de saúde, principalmente pelos enfermeiros. Cabe ao enfermeiro aconselhar e orientar as mulheres e os homens a adotar estilos de vida e comportamentos sexuais seguros. Portanto, as medidas primárias para prevenir o câncer do colo do útero incluem a prevenção do tabagismo, o uso de preservativos femininos e masculinos, a vacinação, fidelidade do parceiro, bem como a detecção das lesões precursoras por meio do exame colpocitológico (CASARIN; PICCOLI, 2011).

Outra medida profilática é a vacina contra o papiloma vírus humano (HPV). Com o intuito de combater a disseminação do vírus e controlar as lesões causadas por ele, desenvolveu-se dois tipos de vacinas. Foram aprovadas duas vacinas profiláticas no Brasil, sendo a bivalente GlaxoSmithKline (2009) e a quadrivalente da Merck Sharp e Dohme (2006) (ELUF NETO, 2008).

A vacina quadrivalente além de prevenir os tipos 16 e 18, responsáveis por 70% dos casos de neoplasias cervicais, também previne infecções causadas pelos tipos 6 e 11, responsáveis por 90% das verrugas na região genital e lesões de baixo risco no colo uterino. Vale ressaltar que, a mesma ainda mostrou-se eficaz contra metade das infecções provocadas pelo HPV 31 (ZARDO *et al.*, 2014).

Diante das evidências científicas, os profissionais de saúde devem incentivar a imunização contra o HPV tanto em homens quanto em mulheres, assim, reduzirá

a incidência de infecções pelo vírus e, conseqüentemente, gastos com tratamentos. Além disso, de acordo com as pesquisas científicas, a imunização em mulheres torna-se relevante, sobretudo àquelas com vida sexual ativa com até 25 anos, visto que essas são as mais suscetíveis a novas infecções pelo HPV. Portanto, realizar medidas preventivas contra o HPV gera perspectivas notáveis na área da saúde, além de ótimos resultados na qualidade de vida da população brasileira (ZARDO *et al.*, 2014).

3.3 Dados epidemiológicos do município de Piripiri-PI

A partir da análise de dados, constatou-se que no Município de Piripiri-PI no período de 2014 a 2018 foram realizadas 4.332 citologias do colo do útero. Referente a mortalidade por câncer de colo do útero, os resultados apontaram 8 mortes no período de 2014 a 2017.

VARIÁVEL	CITOLOGIA DO COLO DO ÚTERO	
	N	%
Faixa etária		
Até 9 anos	1	0,02
Entre 10 a 14 anos	2	0,05
Entre 15 a 19 anos	34	0,8
Entre 20 a 24 anos	100	2,3
Entre 25 a 29 anos	501	11,5
Entre 30 a 34 anos	588	13,5
Entre 35 a 39 anos	704	16,2
Entre 40 a 44 anos	610	14,1
Entre 45 a 49 anos	550	12,7
Entre 50 a 54 anos	510	11,8
Entre 55 a 59 anos	403	9,3
Entre 60 a 64 anos	284	6,5
Entre 65 a 69 anos	29	0,7
Entre 70 a 74 anos	11	0,2
Entre 75 a 79 anos	2	0,05
Acima de 79 anos	3	0,1
TOTAL	4.332	100

Tabela 1. Distribuição das citologias do colo do útero segundo faixa etária em Piripiri-PI no período de 2014 a 2018.

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 2019.

De acordo com a **tabela 1**, a faixa etária mais adequada ao exame no período estudado foi a de mulheres entre 35 a 39 anos correspondendo a 704 (16,2%) das citologias. Pode-se observar, que as demais citologias realizadas com números significantes foram de mulheres com 25 a 64 anos, o que corresponde a faixa etária de rastreamento do Ministério da Saúde (MS). Notou-se ainda, que a realização

de citologias nas faixa etárias fora do que é preconizado pelo MS apresentaram números irrelevantes.

VARIÁVEL	CITOLOGIA DO COLO DO ÚTERO	
	N	%
Citologia anterior		
Sim	3.783	87,3
Não	123	2,8
Não sabe	385	8,9
Sem informação na ficha	41	1
TOTAL	4.332	100

Tabela 2. Distribuição das citologias do colo do útero segundo citologia anterior em Piripiri-PI no período de 2014 a 2018.

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 2019.

Conforme a **tabela 2**, para a maioria das mulheres 3.783 (87,3%), esta não foi a primeira citologia. Ao associar essa informação a faixa etária de realização do exame de 35 a 39 anos que foi mais frequente no estudo, considera-se como fator positivo, pois pode significar que essas mulheres aderiram ao rastreamento em tempo adequado.

VARIÁVEL	CITOLOGIA DO COLO DO ÚTERO	
	N	%
Motivo do exame		
Rastreamento	4.329	99,9
Seguimento	3	0,1
TOTAL	4.332	100

Tabela 3. Distribuição das citologias do colo do útero segundo citologia anterior em Piripiri-PI no período de 2014 a 2018.

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 2019.

Segundo a **tabela 3**, o maior motivo para a realização da citologia foi o rastreamento 4.329 (99,9%), o que pode refletir a busca da população feminina do município pela prevenção do câncer de colo do útero.

VARIÁVEIS	MORTALIDADE	
	N	%
Faixa etária	8	100
30-34 anos	2	25
45-49 anos	2	25
50-54 anos	2	25
80 anos e mais	2	25

Cor/raça	8	100
Branca	1	12,5
Parda	6	75
Ignorada	1	12,5
Escolaridade	8	100
Nenhuma	2	25
1 – 3 anos	3	37,5
8 – 11 anos	1	12,5
Ignorada	2	25
Estado civil	8	100
Solteira	1	12,5
Casada	3	37,5
Separada judicialmente	1	12,5
Ignorado	3	37,5

Tabela 4. Perfil de mortalidade por câncer de colo do útero em Piripiri-PI no período de 2014 a 2017.

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 2019.

A Tabela 4 demonstra que o perfil sociodemográfico das mulheres que morreram no município em decorrência do câncer de colo do útero. No que se refere a faixa etária, a distribuição dos óbitos foi igualitária, correspondendo a 2 casos por faixa etária encontrada. Com relação a cor/raça, 6 (75%) das mulheres eram pardas. Ao verificar a escolaridade, 3 (37,5%) possuíam apenas 1 a 3 anos de estudo, além disso, 2 (25%) não tinham escolaridade. Quanto ao estado civil, 3 (37,5%) eram casadas.

4 | CONCLUSÃO

Diante da análise dos dados epidemiológicos do município de Piripiri-PI nos anos de 2014 a 2017, verificou-se que faixa etária que mais aderiu ao exame no período estudado foi a de mulheres entre 35 a 39 anos, além disso as outras citologias realizadas com números significantes foram de mulheres com 25 a 64 anos, e isso condiz com a faixa etária de rastreamento do Ministério da Saúde (MS).

Ressalta-se que a maioria das mulheres piripirienses entre a faixa etária de 35 a 39 anos, realizaram citologia anterior, diante desse dado, considera-se fator positivo, pois é provável que essas mulheres aderiram ao rastreamento em tempo apropriado. Com relação a mortalidade, a distribuição dos óbitos foi igualitária, correspondendo a 2 casos por faixa etária encontrada, a maioria da mulheres eram pardas, com escolaridade de apenas 1 a 3 anos de estudo e não tinham escolaridade, quanto ao estado civil, eram casadas.

Diante desse cenário epidemiológico, conclui-se que as ações de prevenção e detecção do câncer de colo do útero merecem cada vez mais atenção dos

profissionais ligados à área da saúde, especialmente os enfermeiros. Essa forma multidisciplinar de falar sobre o assunto é o caminho a trilhar para a busca da identificação das dificuldades na abordagem ao câncer de colo do útero.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informação do Câncer. **Citologia do colo**. Brasília, 2019. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?SISCAN/cito_colo_residpi.def. Acesso em: 15 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Neoplasia maligna do colo do útero**. Brasília, 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 15 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2.ed. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/control_canceres_colo_uterio_2013.pdf. Acesso em: 15 nov. 2019.
- CASARIN, M. R.; PICCOLI, J.C. E. **Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS**. Ciência e saúde coletiva, v. 16, n. 9, p. 3925-3932, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000029&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 nov. 2019.
- CHEHUEN NETO, J. A. *et al.* **Atitudes dos pais diante da vacinação de suas filhas contra o HPV na prevenção do câncer de colo do útero**. Cad. Saúde Coletiva, v. 24, p. 248-251, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/7593/1/Atitudes%20dos%20pais%20diante%20da%20vacina%C3%A7%C3%A3o%20de%20suas%20filhas%20contra%20o%20HPV.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.
- ELUF NETO, J. **A vacina contra o papilomavírus humano**. Revista brasileira de epidemiologia, v. 11, n.3, p. 521-523, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000300021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 dez. 2019
- FARIAS, A. C. B.; BARBIERI, A. R. **Seguimento do câncer de colo de útero: estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde**. Escola Anna Nery, v. 20, n. 4, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000400213&script=sci_abstract&lng=es. Acesso em: 15 nov. 2019.
- GIRIANELLI, V. R.; THULER, L. C. S.; SILVA, G. A. **Adesão ao rastreamento para câncer do colo do útero entre mulheres de comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família da Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 36, n. 5, p. 198-204, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014000500198&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 nov. 2019.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2019**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pi/piripiri.html>. Acesso em: 15 nov. 2019.
- RIBEIRO, J. C.; ANDRADE, S. R. **Vigilância em saúde e a cobertura de exame citopatológico do colo do útero: revisão integrativa**. Texto & Contexto Enfermagem, v. 25, n. 4, p. 1-12, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71447791034.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.
- SANTOS, A. M. R. *et al.* **Câncer de colo uterino: conhecimento e comportamento de mulheres**

para prevenção. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 28, n. 2, p. 153-159, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3066>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SÃO BENTO, P. A. S. *et al.* **O câncer do colo do útero como fantasma resistente a prevenção primária e detecção precoce.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 2, n. 2, p. 776-786, 2010. Disponível em: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/50575081>. Acesso em: 24 nov. 2019.

SOUZA, A. F.; COSTA, L. H. R. **Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do Colo do Útero após Consulta de Enfermagem.** Revista Brasileira de Cancerologia, v. 61, n. 4, p. 343-350, 2015. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_61/v04/pdf/05-artigo-conhecimento-de-mulheres-sobre-hpv-e-cancer-do-colo-do-utero-apos-consulta-de-enfermagem.pdf. Acesso em: 15 nov. 2019.

SOUZA, K. R. *et al.* **Educação popular como instrumento participativo para a prevenção do câncer ginecológico: percepção de mulheres.** Revista CUIDARTE, v. 6, n. 1, p. 492-499, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.129>. Acesso em: 24 nov. 2019.

THAKUR, A. *et al.* **Risk factors for cancer cervix among rural women of a hilly state: a case-control study.** Indian journal of public health, v. 59, n. 1, p. 45, 2015. Disponível em: <http://www.ijph.in/text.asp?2015/59/1/45/152862>. Acesso em: 24 nov. 2019.

VALENTE, C. A. *et al.* **Atividades educativas no controle do câncer de colo do útero: relato de experiência.** Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, v. 5, n. 3, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/576>. Acesso em: 15 nov. 2019.

ZARDO, G. P. *et al.* **Vacina como agente de imunização contra o HPV.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 19, p. 3799-3808, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000903799&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2019.

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR NA ÓTICA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM: ESTAMOS PREPARADOS?

Data de aceite: 20/02/2020

Viviane de Oliveira Cunha

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Nadinne Ferreira Oliveira

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Lucineide Sousa Penha Silva

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Anádia de Moura Oliveira

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Maria Elisa Regina Benjamin de Moura

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Cicero Rafael Lopes da Silva

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

Maria Leni Alves Silva

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará

Crystianne Samara Barbosa Araújo

Faculdade de Juazeiro do Norte, Departamento de Enfermagem. Juazeiro do Norte – Ceará.

RESUMO: A reanimação cardiopulmonar é um conjunto de manobras realizadas após uma Parada Cardiorrespiratória (PCR) com o objetivo

de manter o fluxo arterial em órgãos vitais, até que ocorra o retorno da circulação espontânea. Estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa. Desenvolvido em uma Instituição de Ensino Superior da rede privada. A amostra foi composta pelos acadêmicos de enfermagem do 4º semestre que concluíram a disciplina de Primeiros Socorros. Os dados foram coletados através de um questionário autoaplicável desenvolvido pela própria pesquisadora. A coleta realizou-se entre os meses de setembro e outubro de 2019. Respeitado os princípios éticos e legais estabelecidos pela Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. Concluiu-se que dos alunos que cursaram a disciplina de Primeiros Socorros sabem fazer a verificação correta dos pulsos, reconhecem os valores corretos das compressões e os ritmos em que acontece a parada cardiorrespiratória. Concluiu-se que mesmo com todos esses conhecimentos, os discentes ainda não sentem segurança e preparação para atuarem no socorro a uma vítima que encontram-se em uma parada cardiorrespiratória.

PALAVRAS-CHAVE: Reanimação Cardiopulmonar; Parada Cardiorrespiratória; Estudantes.

ABSTRACT: Cardiopulmonary resuscitation is

a set of maneuvers performed after a cardiopulmonary arrest (CRP) with the purpose of maintaining arterial flow in vital organs until spontaneous circulation returns. Exploratory, descriptive study with quantitative approach. Study developed in a Higher Education Institution of the private network. The sample consisted of the 4th semester nursing students who completed the first aid discipline. Data were collected through a self-administered questionnaire developed by the researcher herself. The collection took place between September and October 2019. It was respectful of the ethical and legal principles established by Resolution 510/16 of the National Health Council. correct pulse checking, recognize the correct values of the compressions and the rhythms that cardiorespiratory arrest may occur. However, even with all this knowledge, students still do not feel safe and prepared to help a victim in a CRP.

KEYWORDS: Cardiopulmonary resuscitation; Cardiopulmonary arrest; Students.

1 | INTRODUÇÃO

A reanimação cardiopulmonar é um conjunto de procedimentos que se aprende durante a graduação em enfermagem, porém, não é muito aprofundado o tema durante as aulas, devido à especificidade da grade curricular, que aponta para um curso generalista(GOMES; BRÁZ, 2012). Na assistência prestada a estes pacientes é necessário que sejam utilizadas intervenções e manobras que sejam executados de maneira precisa e rápida, que muitas vezes os acadêmicos não desenvolvem (LUCENA; SILVA, 2017).

A assistência prestada ao paciente pelo enfermeiro pode refletir no sucesso das manobras de reanimação assim como no desfecho do paciente (MORAES et al.,2017). No entanto, sabemos ser um grande desafio esta capacitação, uma vez que é necessário que esse treinamento seja eficiente e efetivo, contribuindo para a melhoria das ações e possibilitando que haja menos obstáculos para um atendimento de qualidade à vítima (SILVA et al., 2017).

Cabe salientar que as capacitações referentes à RCP, devem proporcionar condições para o desenvolvimento das habilidades psicomotoras necessárias para aplicação desta técnica (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2017). Este mesmo autor ainda ressalta que é notória a pouca habilidade da maioria dos estudantes da área da saúde referente a esta temática, se tornando uma questão de preocupação .

Essas questões remetem à reflexão sobre a (des)valorização do aprendizado do SBV, em face da (im)percepção de profissionais de saúde, em geral, ao considerarem o aprendizado em suporte avançado mais importante que o suporte básico(TOBASE et al.,2017).

No âmbito hospitalar, a equipe de enfermagem, incluindo o acadêmico em seu campo de estágio, na maioria das vezes, é a primeira a presenciar uma PCR, pois

permanece maior tempo com o paciente, em sua assistência integral (MORAES, et al.,2017).

O atendimento à parada cardiorrespiratória é de competência do enfermeiro que deve possuir papel de líder e precisa ter conhecimento teórico para coordenar a equipe de enfermagem, é ele quem delegará as funções de cada membro e proporcionará agilidade ao atendimento. (VIANA; WHITAKER, 2011)

No campo de estágio, se presenciado uma parada cardiorrespiratória, se vivencia um misto de sentimentos, em que o medo, a insegurança e a sensação de despreparo para atuar diante daquela situação despertam o interesse nessa temática (GOMES; BRÁZ, 2012). Infelizmente, ainda na atualidade, o conhecimento e as habilidades sobre a RCP entre os profissionais da saúde permanecem escassos, causando detrimento aos pacientes (GOMES; BRÁZ, 2012).

O objetivo principal do estudo é avaliar o conhecimento teórico dos acadêmicos do curso de enfermagem de uma faculdade privada sobre reanimação cardiopulmonar.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória proporciona um maior conhecimento dos assuntos de que está sendo tratado e juntamente com a pesquisa descritiva irá permitir que aja uma intimidade e aprofundamento do problema, descrevendo alguns aspectos relacionados a área em estudo (GIL, 2010).

A abordagem quantitativa permite que os dados sejam expressos pela ciência exata de modo que a reprodutibilidade do estudo seja a maior possível (MARCONI; LAKATOS, 2013).

O estudo desenvolveu-se em uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada localizada na Região Metropolitana do Cariri (RCM), especificamente do complexo CRAJUBAR(localização entre as cidades do Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, todas no estado do Ceará) por se caracterizar como sendo polo universitário no interior cearense.

A coleta de dados realizou-se nos meses de setembro e outubro de 2019 seguindo as etapas de análise e finalização.

A população e amostra foi composta pelos acadêmicos do curso de graduação em enfermagem da instituição escolhida para e que se encaixarem nos critérios de inclusão e exclusão.

Como critério de inclusão: acadêmicos do curso de graduação em enfermagem do 4º semestre que já tenham cursado a cadeira de Primeiros Socorros; e como critério de exclusão: acadêmicos que não cursaram ou reprovaram esta disciplina.

Os dados foram coletados através de um questionário autoaplicável desenvolvido pela própria pesquisadora através da leitura de diversos estudos que abordaram esta temática

A coleta de dados aconteceu em dois momentos distintos, sendo eles: no primeiro momento, a pesquisadora apresentou-se aos alunos do 4º semestre e explicou a que se propõe a pesquisa e realizou o convite para a participação do estudo.

O aluno que sentiu-se interessado em responder o instrumento, combinou com a pesquisadora e o mesmo realizou-se em um local reservado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e onde foram sanadas questões relacionadas a pesquisa e aos seus objetivos.

No segundo momento, realizou-se a aplicação do instrumento, sendo ele composto por perguntas de ordem sociodemográfica e sobre a temática em questão.

Os dados obtidos foram digitados em planilhas do Microsoft Office Excel 2019 e organizados de acordo com a estruturação do formulário, depois de digitados de forma organizada e agrupados foram expostos em forma de gráficos a fim de melhor compreensão dos mesmos.

O estudo teve aprovação do CEP (Comitê de Ética e Pesquisa) da Faculdade de Juazeiro com o parecer de nº 3.623.478 e durante toda sua realização esteve de acordo com os aspectos éticos da Resolução 510/16.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Os dados foram coletados na Instituição de Ensino Superior em horários pré-estabelecidos a fim de resguardar privacidade, anonimato e as informações passadas pelos participantes. Ao todo, foram realizadas 28 entrevistas de acordo com a disponibilidade dos mesmos.

Dentre os participantes 27 com idade entre 18 e 28 anos, 01, entre 29 e 39 anos e nenhum acima de 40 anos de idade. Situação civil com maioria solteiros 24 e 04 casados, sendo que destes apenas 04 com filhos e 24 sem filhos. O local de residência dos alunos, predominantemente foi na cidade de Juazeiro do Norte, 21, 03 em Crato e 04 em cidades fora do Crajubar.

O diagnóstico clínico de parada cardíaca ocorre quando os seguintes sinais estão presentes: inconsciência, respiração agônica ou a apnéia e a ausência de pulsos. O sinal clínico essencial é a ausência de pulso. O Diagnóstico do mecanismo cardíaco da parada cardiorrespiratória (PCR) depende da monitorização do ritmo cardíaco, sendo importantíssimo o seu reconhecimento precoce, que é necessário para efetuar o tratamento e, portanto, melhorar a sobrevivência da vítima

(KNOBEL, 2006).

O pulso é uma constante vital que nos informa sobre o sistema circulatório e o funcionamento do coração. O pulso deve ser regular e rítmico e ser percebido com certa intensidade. A frequência cardíaca sabe-se contando o número de pulsações por minuto. A frequência cardíaca normal de um adulto em repouso é de 60 -80 pulsações por minuto. Um pulso fraco, rápido (mais de 120 pulsações por minuto) ou arritmico, revela que algo está a falhar no sistema circulatório. Portanto, a ausência de pulso é considerado o sinal clínico mais essencial na hora de diagnosticar uma PCR (MANUAL DE SEGURANÇA,2010).

Ao responderem sobre a verificação da frequência cardíaca nos pulsos braquial e femoral, os acadêmicos tiveram ótima resposta, sendo no total de 26 alunos que acertaram e 02 alunos não marcaram corretamente. Segue abaixo o gráfico :

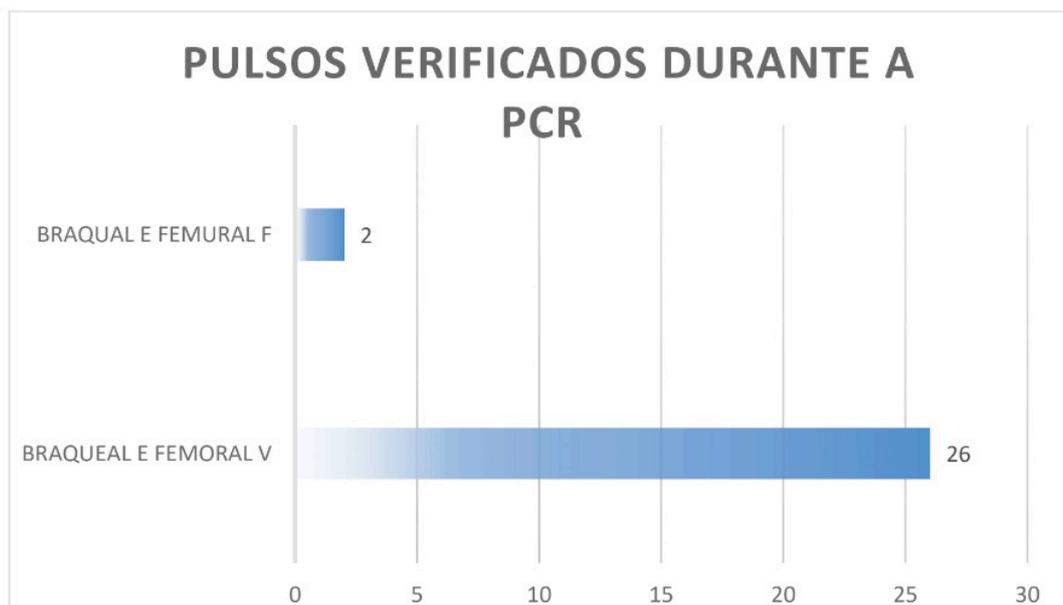


Gráfico1:Verificação de pulsos durante a parada cardiorrespiratória. Setembro de 2019.

Fonte: Dados da pesquisa, elaborado pelos pesquisadores.

A ênfase no Suporte Básico de Vida (BLS –Basic Life Suport) nas Diretrizes 2015 continua na qualidade da massagem cardíaca. Portanto, uma RCP de qualidade significa comprimir o tórax na frequência e profundidade adequadas, permitir o retorno do tórax a cada compressão, minimizer interrupções nas compressões e evitar ventilação excessiva. Houve modificação nas compressões torácicas, que agora devem ser feitas em uma frequência de 100 a 120 /min; também foi mudada a profundidade da compressão torácica em um adulto médio, que deve ser em torno de 5cm, evitando ultrapassar 6cm (AHA,2015).

Sobre as compressões, a manobra de ressuscitação cardiopulmonar deve iniciar-se com compressões torácicas em ciclos de trinta compressões para três

insuflações de ar por segundo e com acentuada elevação do tórax da vítima, os acadêmicos obtiveram respostas satisfatórias, sendo no total 26 alunos que acertaram e 02 alunos que marcaram de forma incorreta. Ainda sobre as manobras de compressão e ventilação, todos os alunos acertaram a pergunta, que são 30 compressões para 02 ventilações no paciente adulto. Segue abaixo gráfico :

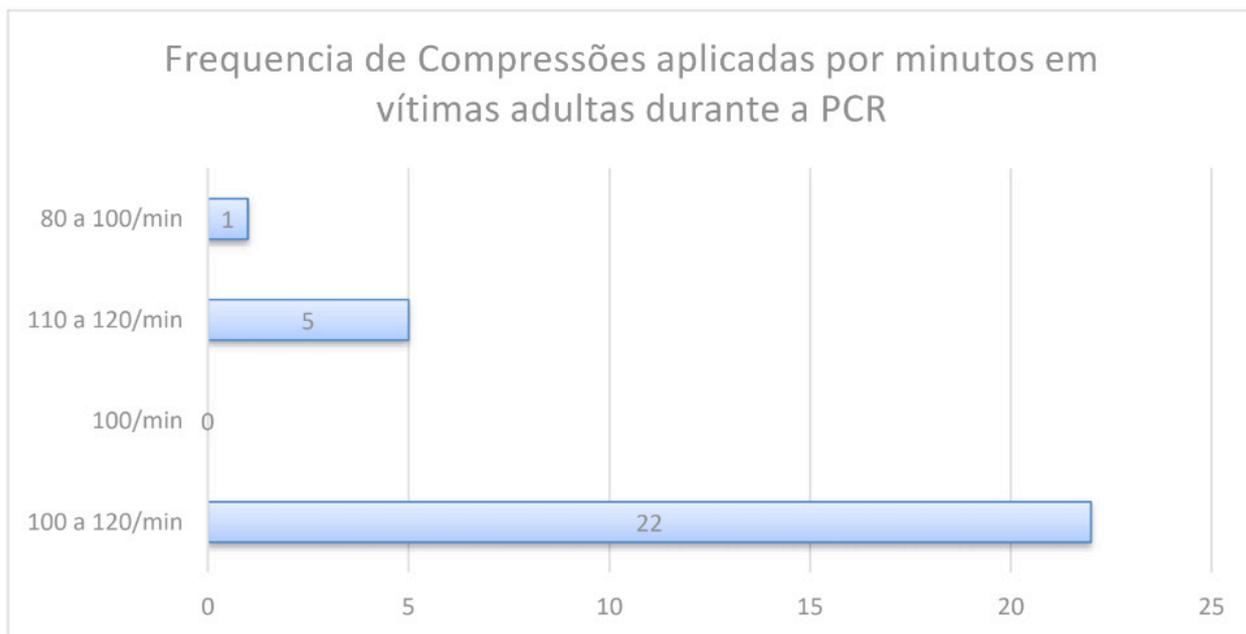


Gráfico 2: Aplicação das compressões por minutos em vítimas adultas durante a PCR. Setembro de 2019.

Fonte: dados da pesquisa, elaborado pelos pesquisadores.

Em relação aos conhecimentos dos discentes sobre os ritmos cardíacos durante uma PCR, os resultados foram timidamente satisfatórios onde apenas 15 dos participantes responderam a alternativa corretamente.

Ao serem indagados sobre estarem preparados para agirem durante uma parada, apenas 17 alunos afirmaram estarem aptos para salvar uma vítima que encontram-se em PCR, 11 disseram ainda não terem segurança para atuarem como socorrista.

O reconhecimento imediato dos sinais da PCR, como: inconsciência, respiração agônica ou apnéia e ausência de pulso; o acionamento precoce do serviço de emergência e o início rápido das manobras de ressuscitação são elos vitais da corrente de vida para garantir a eficácia do processo (ROCHA, 2011).

A causa de uma PCR é proveniente de um evento elétrico cardíaco. Quando ocorre um aumento da frequência cardíaca, como a taquicardia ventricular (TV) ou a FV, ou a diminuição da mesma, no caso da bradicardia ou o bloqueio atrioventricular; na ausência de frequência, a assistolia; e quando o coração possui atividade elétrica, mas não há contratilidade é denominada AESP (MENEZES; ROCHA, 2013).

Os ritmos cardíacos mais comumente identificados durante a ocorrência da PCR são a Fibrilação Ventricular (FV), Taquicardia Ventricular sem pulso (TV), Atividade Elétrica sem Pulso (AESP) e Assistolia (FERNANDES, 2010).

Segue abaixo os gráficos demonstrando o conhecimento dos ritmos cardíacos e da preparação dos acadêmicos para atuarem durante uma parada cardiorrespiratória.

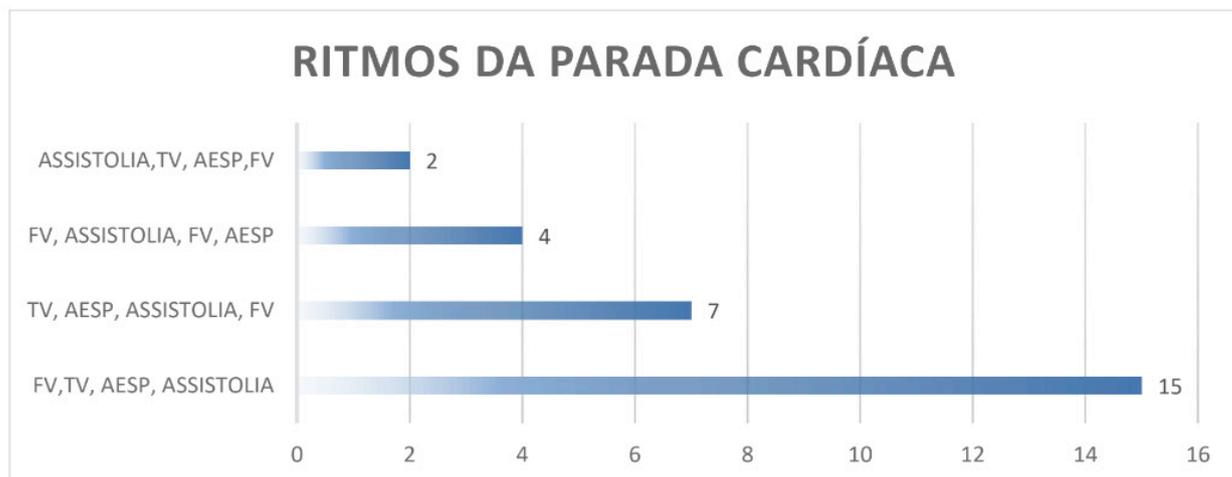


Gráfico 3: Conhecimento dos discentes sobre sequência correta dos ritmos chocáveis e não chocáveis de uma PCR, respectivamente.

Fonte: dados da pesquisa, elaborado pelos autores.

Os profissionais de enfermagem geralmente são os primeiros que respondem a uma PCR e iniciam as manobras de SBV, enquanto aguardam a equipe de suporte avançado. A aplicação imediata, competente e segura das manobras de RCP por parte da equipe que primeiro intervém são fatores que contribuem para o sucesso do atendimento (BERTOGLIO et al, 2008).

Na Parada Cardiorrespiratória (PCR) o risco de morte e lesão cerebral irreversível aumenta a cada minuto à medida que ocorre a interrupção da circulação de oxigênio para os órgãos vitais, como o coração e o cérebro. O diagnóstico de PCR deve ser dado e, posteriormente e imediatamente realizado as medidas para retomar essa circulação de oxigênio e assim retomar a atividade do coração. Para tanto é indispensável à capacitação da equipe de enfermagem, a qual nem sempre se apresenta preparada frente a essa situação (LINO, 2006).

Considera-se pertinente a exposição precoce dos estudantes a este procedimento, ou seja, promover essas habilidades logo no início do curso a serem reforçadas nos anos subsequentes. As capacitações devem inserir os alunos em contextos realísticos, o que propicia a aquisição de conhecimentos e habilidades sólidas e mais significativas (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2015).

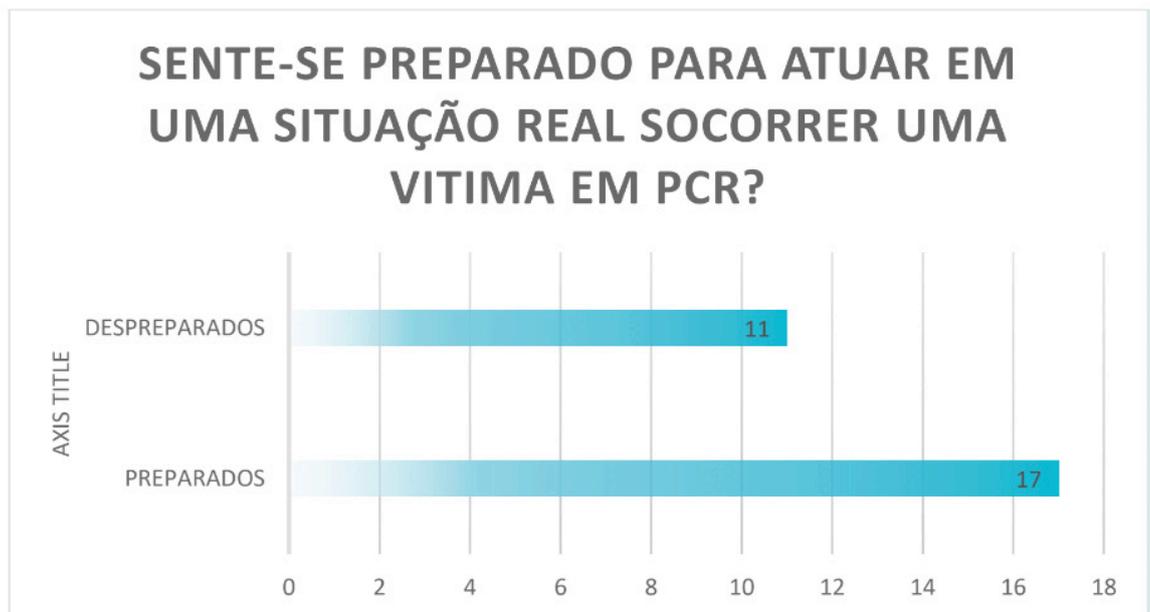


Gráfico 4: Preparação dos discentes para atuarem durante uma PCR. Setembro de 2019.

Fonte: dados da pesquisa, elaborado pelos autores.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir destes resultados concluí-se que uma pequena parcela dos alunos que pagaram a cadeira de primeiros socorros ainda não sentem-se com segurança e preparados para atuarem no Socorro a uma vítima que encontram-se em uma PCR, ou seja é necessário que sejam reforçadas as práticas necessárias para habilitação e a realização eficaz das manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar de maneira efetiva para que se possa ter êxito diante de uma situação real.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. International Consensus on Science. *Circulation*;2015.

BERTOGLIO, V.M; AZZOLIN, K; SOUZA, E.N; RABELO, E.R. Tempo decorrido do treinamento em parada cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico dos enfermeiros. **Rev Gaúcha Enferm**. [Internet]. 2008 [Acesso em: 09/12/2019];29(3):45460. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6774/4077>

FERNANDES, A. P.; et al. Qualidade das anotações de enfermagem relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar comparadas ao modelo Utstein. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 6, P.757-63.2010.

EDIÇÃO REVISTA. **Manual de Segurança**, 2010.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, J.A.P; BRÁZ, M.R. Conhecimento de acadêmicos de Enfermagem frente à parada cardiorrespiratória. **Cadernos UNIFOA**. Edição nº18, Abril/2012. Disponível em <<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/viewFile/1094/950> Acessado em 30/08/2019.

KAWAKAME, P.M.G; MIYADAHIRA, A.M.K. Avaliação do processo ensino-aprendizagem de estudantes da área da saúde: manobras de ressuscitação cardiopulmonar. **Rev Esc Enferm USP** - 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0657.pdf> Acessado em 30/08/2019

KNOBEI, E. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: **Editora Atheneu**;2006.

LAKATOS, E. Maria; MARCONI, M. de Andrade. Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa. 7 ed. – São Paulo: **Atlas**, 2010.

LINO, R.L.O. Assistência de Enfermagem à Pacientes Adultos no Suporte Básico de Vida em Parada Cardiorrespiratória. Monografia. **Batatais**: Centro Universitário Claretiano; 2006.

LUCENA, V.S; SILVA, F.L. Assistência de enfermagem frente à parada cardiorrespiratória: um desafio permanente para o enfermeiro. **Revista Científica FacMais**, Volume. XI, Número 4. Dezembro. Ano 2017/2º Semestre. Disponível em <<http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2018/01/5-ASSIST%C3%8ANCIA-DE-ENFERMAGEM-FRENTE-%C3%80-PARADA-CARDIORRESPIRAT%C3%93RIA-UM-DESAFIO-PERMANENTE-PARA-O-ENFERMEIRO.pdf>> Acessado em 30/08/2019

MENEZES, R. R; ROCHA, A, K. L. Dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem no atendimento à parada cardiorrespiratória. *Revista InterScientia*, [S.l.], v. 1, n. 3, p. 2-15, dez. 2016. ISSN 2317-7217. Disponível em:<<https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/43>>. Acesso em: 11 nov. 2019.

MORAES, C.L; VASCONCELOS, P.R; SOUZA, E.A; BELLAGUARDA, M.L.R. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre a reanimação. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2017. Disponível em < <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1779> ,Acessado em 30/08/2019>

ROCHA, M.P.S. Suporte Básico de Vida e Socorros de Emergência. **AVM Instituto**, Brasília, 2011. Disponível em http://lms.ead1.com.br/webfolio/Mod5986/mod_suporte_basico_v5.pdf . Acessado em setembro de 2019.

SILVA, K.R.S; ARAÚJO, A.S.T; ALMEIDA, W.S; PEREIRA, I.V.D.S; CARVALHO, E .A.P; ABREU,M.N.S. Parada cardiorrespiratória e o suporte básico de vida no ambiente pré-hospitalar: o saber acadêmico. **Revista de Saúde Santa Maria**. v. 43, n.1, p. 53-59, jan./abr. 2017. Disponível em < <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/22160/pdf> Acessado em 30/08/2019

TOBASE, L; PERES, H.H.C; TOMAZINI, E.A.S; TEODORO, S.V; RAMOS., M.B; POLASTRI, T.F. Suporte básico de vida: avaliação da aprendizagem com uso de simulação e dispositivos de *feedback imediato*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.25 Ribeirão Preto 2017 Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100388&lng=en&nrm=iso&tling=pt Acessado em 30/08/2019>

VIANA, A. P. P.; WHITAKER I. Y. Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências. Porto Alegre: **Artmed**, 2011.

REDES DE APOIO À AMAMENTAÇÃO: CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÀS NUTRIZES

Data de aceite: 20/02/2020

Data de submissão: 24/11/2019

Renata di Karla Diniz Aires

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

ORCID: 0000-0003-4150-0549

Vanusa Maria Gomes Napoleão Silva

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

Lattes: 7119313172540097

Amelina de Brito Belchior

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

Lattes: 5417839989115334

Francisco Clécio da Silva Dutra

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

Lattes: 2247115177455942

Juliana Valéria Assunção Pinheiro de Oliveira

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

Lattes: 9842676020224972

Juliana Pontes Nobre

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

Lattes: 0048888602111993

Francisca Josiane Barros Pereira

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

Lattes: 4421721743976144

Luana Silva de Sousa

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

Lattes: 8234576923939990

Ana Karoline Barros Bezerra

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

Lattes: 6510023580712891

Carla Siebra de Alencar

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

Lattes: 2208618700913670

Annelise Bezerra de Aguiar

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

Lattes: 4487417875691586

Ismael Briosso Bastos

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Fortaleza – Ceará

Lattes: 2493491460357573

RESUMO: *Introdução:* Existem diversas definições acerca do conceito Rede de Apoio, dentre elas, a ideia de laços entre atores de um determinado sistema social. A Enfermagem,

embora esteja inserida nesse sistema social, ainda ocupa um papel tímido na rede de apoio às nutrizes, e pouco interativa com os demais atores da rede. Sua ação, muitas vezes, limita-se aos ambientes cuidados de saúde. *Objetivo:* Refletir sobre como o Cuidado de Enfermagem às Nutrizes está inserido nas Redes de Apoio à Amamentação. *Desenvolvimento:* A rede de apoio, reúne pessoas com disponibilidade para ajudar, e que, somadas à vulnerabilidade da mulher no período puerperal, podem exercer influência no processo de lactação. Compõem a rede de apoio à amamentação a rede social primária, composta por familiares, vizinhança, companheiro(a); e a rede social secundária, onde estão inseridos os profissionais de saúde. O apoio pode ser ofertados de 5 maneiras: presencial, emocional, instrumental, informativo e auto apoio. A Enfermagem, tem-se mostrado limitada apenas ao apoio instrumental. *Conclusões:* O cuidado de enfermagem deve emergir com base nas necessidades e demandas da nutriz, auxiliando-a na adaptação ao novo papel assumido, por meio de apoio presencial, emocional, informativo e instrumental, interagindo com os demais atores que compõem a rede de apoio da nutriz.

PALAVRAS-CHAVE: Redes de apoio, Apoio social, Enfermagem, Cuidado de Enfermagem, Amamentação, Cuidado clínico.

BREASTFEEDING SUPPORT NETWORKS: NURSING CARE FOR BREASTFEADING MOTHERS

ABSTRACT: Introduction: There are several definitions about the concept Support Network, among them the idea of ties between actors of a particular social system. Nursing, although inserted in this social system, still occupies a shy role in the support network for nursing mothers, and little interaction with the other actors of the network. Its action is often limited to health care environments. Objective: Reflect on how Nursing Nursing Care is inserted in the Breastfeeding Support Networks. Development: The support network brings together people who are willing to help and who, added to the vulnerability of women in the puerperal period, can influence the lactation process. The breastfeeding support network is the primary social network, composed of family members, neighborhood, partner; and the secondary social network, where health professionals are inserted. Support can be offered in 5 ways: face-to-face, emotional, instrumental, informative, and self-support. Nursing has been limited only to instrumental support. Conclusions: Nursing care should emerge based on the needs and demands of the nursing mother, helping her to adapt to the new role assumed through face-to-face, emotional, informative and instrumental support, interacting with the other actors that make up the nursing mother's support network.

KEYWORDS: Support networks, Social support, Nursing care, Breastfeeding, Clinical care.

1 | INTRODUÇÃO

Amamentar um filho é um ato que transcende recomendações de protocolos, conceitos de fisiologia da lactação, definições de pega correta ou benefícios do leite materno. O aspecto biológico sofre influência direta do contexto sociocultural ao qual essa nutriz está inserida.

A decisão de uma mulher em amamentar não é instintiva e nem automática. É uma ação fundamentada na subjetividade e na vivência de mulheres que compõem a rede social da nutriz, sendo condicionada pela motivação, ou falta dela, dos membros dessa rede (SOUZA, 2016; MARQUES, 2010)

Entende-se que, amamentar, envolve e requer o apoio de todo um contexto social, essenciais para a superação de dificuldades durante esse processo e a existência dessa rede de apoio pode ser um fator determinante para o sucesso do aleitamento materno.

Estudos mostram que muitas mães se sentem frustradas e culpadas por não terem experiências exitosas de aleitamento, e o incentivo à amamentação deve estar associado à estruturação de redes de apoio que forneçam condições de efetivá-la (MAZZA, 2014).

Existem, na literatura, diversas definições acerca do conceito Rede de Apoio, entretanto, está intimamente atrelado à ideia representativa de laços entre atores de um determinado sistema social (PRATES, 2015).

Para a World Alliance for Breastfeeding Action, uma rede de apoio à mãe nutriz deve estar configurada como cinco círculos de apoio, que se entrelaçam, e tem como ponto focal a mulher. São eles: a rede familiar e social; o sistema de saúde; os lugares de trabalho e emprego; o governo e a legislação, e a resposta a crises e emergências (REDE BLH, 2016).

A Enfermagem, embora tenha como pressuposto o cuidado aos sujeitos, famílias e coletividades, ainda ocupa um papel tímido na rede de apoio às nutrizas, e sua ação, muitas vezes, limita-se aos ambientes de saúde (MARQUES, 2010).

A amamentação é uma das práticas mais desafiadoras da maternidade, e não deve ser entendida apenas sob os aspectos biológicos e/ou técnicos. É preciso transcender, para uma visão abrangente e contextualizada, que considere a integralidade e complexidade de suas questões.

Este ensaio teórico resulta de estudos realizados durante a disciplina Fundamentos e Práticas do Cuidado Clínico em Enfermagem e Saúde, do Programa de Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará.

Ao longo da disciplina, notou-se que havia uma necessidade de aprofundarmos nas definições do conceito Rede de Apoio, considerando sua implicação para a

Amamentação, e a inserção da Enfermagem neste contexto.

Diante disso, este ensaio tem como objetivo refletir sobre como o Cuidado de Enfermagem às Nutrizes está inserido nas Redes de Apoio à Amamentação.

2 | DESENVOLVIMENTO

Acredita-se que, ainda que de forma não intencional, todos somos conectados e dependentes socialmente, constituindo redes sociais. Ou seja, vivemos imersos em teias de relações interpessoais marcadas por interesses e afinidades comuns, temporárias ou não.

Essa rede social, também conhecida como rede de apoio, reúne pessoas com disponibilidade para ajudar, e que, somadas à vulnerabilidade da mulher no período puerperal, podem exercer influência no processo de lactação.

Diversos estudos demonstram que o apoio necessário à nutriz, envolve aspectos como a disponibilidade para a escuta com empatia, incentivo a externalizar suas aflições, encorajamento com fornecimento de informações corretas e em momento oportuno (CORDEIRO OLIVEIRA, 2016; MOIMAZ, 2013; CREMONESE, 2016).

Existe ainda, a necessidade de ajuda prática de pessoas capacitadas, que consigam dar resposta imediata e resolutiva às questões que possam impedir o estabelecimento do aleitamento materno de forma correta (MELO, 2019). A responsabilização de governos, locais de trabalho, e da sociedade como um todo, também são pontos importantes a serem considerados no que tange ao apoio à amamentação (FERNANDES, 2018).

O apoio ofertado às mulheres por familiares, amigos e vizinhos durante o período de amamentação, apoio este que pode ser considerado determinante. Entretanto, além do sistema familiar, os profissionais de saúde, dentre eles o Enfermeiro, exercem papel fundamental para o sucesso da amamentação (PRATES, 2015).

Para compreender o papel da Enfermagem dentro da rede de apoio à nutriz, precisa-se entender, primeiro, os contextos onde o cuidado e saúde acontecem. Para Gutierrez e Minayo, esses cuidados são produzidos em pelo menos dois contextos distintos: a rede oficial de serviços que incorpora o saber biomédico-científico e as tecnologias terapêuticas modernas; e a rede informal de cuidados que não conta com muito prestígio e tem na família o personagem de maior destaque (GUTIERREZ, 2010).

A rede de apoio da nutriz contaria, portanto, com dois grupos sociais: a rede social primária, composta por familiares, vizinhança, companheiro(a); e a rede social secundária, onde estão inseridos os profissionais de saúde (GUTIERREZ, 2010).

A rede social primária é aquela que está em contato direto e constante com a nutriz, o que não necessariamente assegura apoio constante. Já a rede social

secundária pode ainda ser subdividida em formal – instituições de saúde, escolas, locais de trabalho, profissionais de saúde- e informal – estabelecida por vínculos baseado em solidariedade, a saber, a sociedade como um todo (MOREIRA, 2017).

Asaber, quando tratamos de amamentação, é seguro dizer que é esperado pelas nutrizes uma valorização do tempo e do carinho nas interações entre os sujeitos. A mulher que amamenta deseja um cuidado que implica atenção e afetividade ao invés de rapidez e técnica, que muitas vezes é o que é oferecido pelos serviços de saúde (GUTIERREZ, 2010).

Por isso, o Enfermeiro acaba se tornando um ator distante da rede de apoio da nutriz, já que, considerando as relações de trabalho, o volume de atendimentos, e muitas vezes a própria inabilidade no manejo da amamentação, a responsabilização por acolher esta nutriz acaba por recair sobre a rede social primária.

De acordo com Moreira, o apoio à amamentação pode ser ofertado de cinco maneiras: presencial, emocional, instrumental, informativo e auto apoio. Estas formas de apoio são ofertadas à mulher pelos atores que compõem sua rede de apoio, podendo serem ofertados simultaneamente dois ou mais formas de apoio pelo mesmo ator (MOREIRA, 2017).

Em geral, o apoio ofertado pela Enfermagem é prioritariamente instrumental, ou seja, por meio do qual a nutriz recebe ajuda de natureza prática frente a uma demanda posta (BONILHA, 2010). Isto acontece tanto no cuidado pré-natal, através da repetição de recomendações prontas (posição, pega, intervalo entre mamadas, duração do aleitamento), quando após o parto (onde, as vezes, esse apoio só é ofertado quando os problemas relacionados à amamentação começam a surgir).

Embora o apoio instrumental tenha sua devida relevância, não se pode deixar de lado as outras formas de oferecer apoio à nutriz: no apoio emocional, temos a expressão de empatia, carinho, preocupação, valorização dos sentimentos; no apoio presencial, temos a disponibilidade de estar junto, dedicar um tempo à nutriz; no apoio informativo, temos a oferta de sugestões, direcionamentos, acompanhamento de como a nutriz está se saindo; e, no auto apoio, temos a própria nutriz se apoiando (MOREIRA, 2017).

Acredita-se, entretanto, que para que o auto apoio ocorra, a nutriz precisa contar com as demais formas de apoio, para que a mesma tenha subsídios para se sentir segura de si, e empoderada no processo de aleitar.

Desta forma, o ambiente, as informações e a qualidade da relação com os profissionais de saúde favorecem com que as mulheres se sintam atendidas em suas necessidades e apoiadas. A interação com a equipe de enfermagem precisa ser apoiada por elementos afetivos que estabeleçam um vínculo e favoreçam continuidade de interação.

Faz-se necessário, portanto, que a Enfermagem aproprie-se de novas formas

de oferecer apoio à nutriz, de forma que interaja de fato com outros elos da rede de apoio à amamentação.

3 | CONCLUSÕES

Este estudo permitiu identificar os atores que compõem a rede de apoio de mães nutrizes, representados, primariamente pelos companheiros, familiares e amigos, e secundariamente, por profissionais de saúde, dentre eles, os profissionais de enfermagem.

Percebemos que, sem dúvida, a rede de apoio pode influenciar a mulher frente à decisão de amamentar, visto que, esta escolha reflete não apenas seu desejo, mas também representações adquiridas de seu contexto sociocultural, as experiências pregressas vividas por ela e/ou por seus familiares, as interferências midiáticas e econômicas, entre outros.

As redes formais de apoio são importantes no cuidado à nutriz, porém devem ampliar as visões sobre a mulher e sobre as formas de oferecer apoio e interagir com outros elos da rede social da mulher. Tomando ainda o cuidado de não tomar a amamentação como um evento puramente fisiológico.

Assim, conclui-se que o cuidado de enfermagem deve emergir com base nas necessidades e demandas da nutriz, auxiliando-a na adaptação ao novo papel assumido por meio de apoio presencial, emocional, informativo e instrumental.

REFERÊNCIAS

Souza M, Nespoli A, Zeitoune RCG. **Influência da rede social no processo de amamentação: um estudo fenomenológico**. Escola Anna Nery. 2016;20.

Marques ES. **Rede social: desvendando a teia de relações interpessoais da nutriz**. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2010;20(1):261-82.

Mazza V, Nunes RCT, Tararthuch RZP, Alexandre AMC, Patel JV. **Influência das redes sociais de apoio para nutrizes adolescentes no processo de amamentação**. Cogitare Enfermagem. 2014;19(2):254-60.

Prates LA, Schmalfluss JM, Lipinski JM. **Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação**. Escola Anna Nery. 2015;19(2):310-5.

REDE BLH **Círculo de apoio: Apoio para que as mães possam oferecer o melhor começo de vida para seu filho**. Rede BLH. 2016.

Oliveira A. **Aleitamento materno exclusivo: causas da interrupção na percepção de mães adolescentes**. Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE. 2016;10(4):1256-64.

Adas Saliba Moimaz S. **Desmame Precoce: Falta de Conhecimento ou de Acompanhamento?** Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. 2013;13(1):53-60.

Cremonese L. **O processo da amamentação na adolescência: vivências rememoradas por mulheres.** Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE. 2016;10(9):3284-93.

Melo LC. **Atributos da atenção primária à saúde na atenção ao aleitamento materno.** Texto & Contexto Enfermagem. 2019;28:1-12.

Fernandes VM. **Condutas de gestores relacionadas ao apoio ao aleitamento materno nos locais de trabalho.** Texto & Contexto Enfermagem. 2018;27(3):1-13.

Prates LA, Schmalfluss JM, Lipinski JM. **Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação.** Escola Anna Nery. 2015;19:310-5.

Gutierrez DMD, Minayo MCdS. **Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família.** Ciência & Saúde Coletiva. 2010;15:1497-508.

Alves Moreira L. **Apoios à mulher/nutriz nas peças publicitárias da Semana Mundial da Amamentação.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2017;70(1):61-71.

Bonilha ALdL, Schmalfluss JM, Moretto VL, Lipinski JM, Porciuncula MB. **Capacitação participativa de pré-natalistas para a promoção do aleitamento materno.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2010;63:811-6.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GESTANTES DE ALTO RISCO SOBRE A EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE

Data de aceite: 20/02/2020

Michelle Araújo Moreira

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus- BA

Taã Pereira da Cruz Santos

Universidade Estadual de Santa Cruz
Ilhéus- BA

RESUMO: O diagnóstico de gestação de alto risco pode influenciar nas representações sociais das mulheres que experienciam a maternidade visto que sentimentos como medo, insegurança e incapacidade podem permear esse universo, implicando em obstáculos a serem superados durante o período gravídico. O objetivo geral desta pesquisa consistiu em: Apreender as representações sociais sobre a experiência da maternidade em gestantes de alto risco acompanhadas no Centro Municipal de Atendimento Especializado (CMAE), e como objetivos específicos: Traçar o perfil biopsicossocial das gestantes de alto risco acompanhadas no CMAE; Elencar e categorizar as principais causas identificadas nas gestantes de alto risco acompanhadas pelo CMAE. Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, com lócus no CMAE, localizado no município de Ilhéus

- Bahia. Os dados foram coletados mediante levantamento em prontuários, bem como através de entrevista semiestruturada com as depoentes. Procedeu-se a análise estatística simples dos dados em prontuário e as entrevistas foram processadas pela técnica de conteúdo temática proposta por Bardin. Constatou-se que, as gestantes de alto risco representam a experiência da maternidade como um ato de abnegação, vocação e sacrifício, momento em que desvelam felicidade e amor, mesmo diante de situações que geram temor e preocupação. Ademais, percebe-se que o acompanhamento no pré-natal de alto risco é vislumbrado pelas gestantes na dimensão biológica, ancorados nos moldes do modelo biomédico. Conclui-se que, a maternidade ainda é representada pelas gestantes de alto risco como um ideário social de abnegação independente da condição de risco em que se encontram.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez de alto risco, Saúde da mulher, Enfermagem.

SOCIAL REPRESENTATIONS OF HIGH RISK MANAGERS ABOUT MATERNITY EXPERIENCE

ABSTRACT: The diagnosis of high risk

pregnancy may influence the social representations of women who experience motherhood, as feelings such as fear, insecurity and disability may permeate this universe, implying obstacles to be overcome during the pregnancy period. The general objective of this research was to: Understand the social representations about the experience of motherhood in high-risk pregnant women followed at the Municipal Specialized Care Center (CMAE), and as specific objectives: To draw the biopsychosocial profile of high-risk pregnant women followed at the CMAE ; List and categorize the main causes identified in high-risk pregnant women followed by CMAE. This is a quantitative and qualitative study with locus in CMAE, located in the municipality of Ilhéus - Bahia. Data were collected through medical records, as well as through semi-structured interviews with the interviewees. Statistical and tabular analysis of the data in medical records was performed and the interviews were processed by the thematic content technique proposed by Bardin. It was found that high-risk pregnant women represent the experience of motherhood as an act of selflessness, vocation and sacrifice, when they reveal happiness, love, but also feelings of despair, fear, worry. Moreover, it is clear that high-risk prenatal care is seen by pregnant women in the biological dimension, anchored in the mold of the biomedical model. It is concluded that motherhood is still seen by women endowed with a social symbolism, linked to popular acquiescence of women when exercising pregnancy.

KEYWORDS: High-risk pregnancy, Women's health, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A gestação produz efeitos fisiológicos no corpo feminino, modificando suas características em virtude da formação de uma nova vida. Nesse sentido, consultas de pré-natal devem ser realizadas pela gestante para que haja um acompanhamento satisfatório, através da promoção de ações que evitem futuras complicações e ampliem a qualidade de vida da mulher, do conceito e, conseqüentemente, da família (PIO; CAPEL, 2015).

De acordo com o Ministério de Saúde e amparado na Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, o(a) enfermeiro(a) pode acompanhar inteiramente o pré-natal de risco habitual na rede básica de saúde. Porém existem situações em que se faz necessário uma atenção especial, como nos casos de grávidas, principalmente as adolescentes, portadoras de algumas doenças pregressas, tais como hipertensão crônica, diabetes gestacional, cardiopatias, tireoidopatias, trombofilia, que podem se agravar com a gestação ou até mesmo aquelas que vierem a apresentar problemas devido ao ciclo gravídico, conhecidas como “gestantes de alto risco” ou que possuem “gravidez de alto risco” (AZEVEDO et al., 2015; BRASIL, 1987).

A gestação de alto risco é assim denominada pela alta probabilidade de

comprometimento da vida tanto da gestante quanto do feto. Para tanto, esta classificação alerta que houve um aumento do risco que a gestação em si traz inculcida. Sendo assim, há uma peculiar exigência de cuidados na assistência inerentes a condição apresentada. Deve-se ressaltar que os fatores de risco existentes antes da gestação, como é o caso da história reprodutiva anterior com abortamentos, patologias clínicas preexistentes, induzem para um desfecho desfavorável a uma gestação tranquila, porém à equipe cabe uma assistência esmerada no empenho (FERNANDES; CAMPOS; FRANCISCO, 2019).

De tal modo, é importante considerar ainda que uma gestação que venha se desenvolvendo bem pode tornar-se de alto risco a qualquer momento, sendo fundamental reclassificar o risco a cada consulta pré-natal, visto que as mulheres podem necessitar de procedimentos mais complexos nas redes secundárias e terciárias de atenção. A adequada assistência no pré-natal de alto risco evita consequências negativas como morbidade grave, aborto, morte materna ou perinatal (BRASIL, 2012a).

Sendo assim, a necessidade de monitoramento da gestante é condição *sine qua non* para reduzir os índices de morbimortalidade que continuam elevados no país, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), através de um pré-natal eficiente e eficaz, ofertado pela equipe de saúde, com amplos subsídios à mulher no período gravídico (BRASIL, 2017).

Desse modo, o cuidado pré-natal prestado às gestantes de alto risco deve ser pautado nas especificidades e subjetividades de cada mulher, no modo particular de experienciar a maternidade e também no contexto sociocultural e representações que estas mulheres elaboram durante o processo.

Com isso, surgiram as seguintes questões norteadoras: Qual o perfil biopsicossocial das gestantes de alto risco acompanhadas no Centro Municipal de Atendimento Especializado (CMAE)? Quais as principais causas que levam à classificação da gestação de alto risco no CMAE? Quais as representações sociais sobre a experiência da maternidade em gestantes de alto risco acompanhadas pelo CMAE?.

Para responder tais questões, definiu-se como objetivo geral: Apreender as representações sociais sobre a experiência da maternidade em gestantes de alto risco acompanhadas no CMAE, e como objetivos específicos: Traçar o perfil biopsicossocial das gestantes de alto risco acompanhadas no CMAE; Elencar e categorizar as principais causas identificadas nas gestantes de alto risco acompanhadas pelo CMAE.

Essa pesquisa justifica-se pelo número insuficiente de estudos envolvendo gestação de alto risco que considerem as representações das mulheres que as experienciam com destaque para a caracterização do perfil biopsicossocial e das

causas que possibilitam o aumento das vulnerabilidades durante e após a gestação. Majoritariamente, as produções tratam dos modelos biomédicos, identificando os fatores de risco, as causas da gestação de alto risco, porém poucos estudos apreendem acerca das significações por estas mulheres que receberam diagnósticos de gestação de alto risco. Sendo assim, se faz necessário a abordagem desta temática para além da anatomofisiologia, revelando as emoções vivenciadas.

Em relação às publicações que versam sobre as principais complicações obstétricas, foram encontrados 20 artigos e 01 manual de gestação de alto risco. Especificamente sobre a temática do perfil das mulheres classificadas como gestação de alto risco foram encontrados mais 10 artigos. No entanto, poucos foram os estudos que influem sobre as representações de gestantes de alto risco sobre a experiência da maternidade.

Por fim, a relevância científica e social do estudo ancora-se no entendimento de que a equipe de saúde, especialmente as(os) enfermeiras(os), podem direcionar suas estratégias de atuação no pré-natal de alto risco com base na realidade vivida pelas gestantes, propondo ações educativas individualizadas que venham a favorecer o bem-estar da mulher no período gravídico. Além disso, a pesquisa fornecerá ferramentas para que gestores de saúde possam implementar estratégias que reduzam a morbimortalidade materna em virtude da precariedade no acompanhamento das gestantes de alto risco, contribuindo para o nascimento seguro e a experiência positiva da maternidade.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo ancorado na Teoria das Representações Sociais (TRS). Segundo KNECHTEL (2014), os pesquisadores que utilizam o modelo de pesquisa qualitativa são marcados pela necessidade de entender os fenômenos humanos, com observações detalhadas, visando descrever as interações sociais, a partir de uma análise científica. Conforme Gil (2019), os estudos quantitativos abarcam tudo que pode ser quantificável, com seleção de amostras, elaboração do instrumento, coleta e a análise dos dados e os resultados, por sua vez, são analisados mediante a adoção de procedimentos estatísticos.

Por sua vez, a Teoria das Representações Sociais proposta por Serge Moscovici produz aporte teórico na compreensão da mobilidade e estrutura das representações das pessoas e como coletivamente se constroem (KRUTZMANN; NETO, 2019). A teoria é capaz de interpretar o real, pois a partir das experiências coletivas se faz possível a percepção do senso comum, sendo o produto das ações em sociedade transformado em identidades algumas vezes apenas individuais outras enquanto grupo.

O lócus do estudo foi o Centro Municipal de Atendimento Especializado (CMAE), localizado no município de Ilhéus-Bahia. O CMAE corresponde à atenção secundária, escolhida por ser uma unidade de referência à saúde da mulher, onde se realiza atendimento especializado às gestantes de alto risco por enfermeiras e médicos, como ginecologistas e obstetras, e por ser um veículo de encaminhamento à atenção terciária.

As participantes do estudo foram 15 gestantes de alto risco, usuárias do serviço, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar em acompanhamento no CMAE; ter participado de, no mínimo, 1 consulta de enfermagem ou médica; ter idade igual ou superior a 18 anos; que possuíssem doenças pré-existentes que agravaram com a gestação ou adquiridas durante a gestação. Por outro lado, os critérios de exclusão utilizados foram: gestantes de alto risco com transtorno mental e em situação de desorientação, gestantes que evoluíram para aborto durante o acompanhamento desta pesquisa.

A coleta dos dados nos prontuários bem como as entrevistas foram realizadas nas dependências do CMAE e somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), sob parecer nº 3.708.535, no período de novembro de 2019 a janeiro de 2020. Na etapa das entrevistas garantiu-se um ambiente exclusivo, assegurando a tranquilidade, sigilo e conforto das participantes. Deve-se ressaltar ainda que a coleta foi iniciada após a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas participantes, sendo a entrevista gravada em áudio, por intermédio de aparelho digital, permanecendo armazenada por um período de 5 anos e, posteriormente, sendo incinerada. Em consonância com a Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012b), foi garantido o anonimato das participantes e para ratificar tais circunstâncias, as depoentes escolheram nomes fictícios de mulheres, sem qualquer alusão ao seu próprio nome ao proceder com a entrevista.

Os dados contidos nos prontuários foram tratados a partir de análises estatísticas simples, através de porcentagem e/ou realização de cálculos de frequências. As entrevistas foram analisadas pela perspectiva de Bardin, constituindo a análise temática de conteúdo. A teoria de Bardin sustentou a análise dos dados a partir dos conceitos seguindo as seguintes fases para sua condução: organização da análise; codificação; categorização; tratamento dos resultados e, por fim, inferência e a interpretação dos resultados (BARDIN, 1977; URQUIZA; MARQUES, 2016;).

3 | APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes da pesquisa vivenciavam diferentes realidades. Por este motivo, se fez imprescindível, pormenorizar as características sociodemográficas

das gestantes de alto risco, revelando a importância de tais elementos no acompanhamento de pré-natal e, conseqüentemente, na relação entre risco e a experiência de uma maternidade positiva.

Deve-se ressaltar que, o acesso às informações de cunho biológico e social das gestantes atrelado ao conhecimento sobre a maternidade é fundamental para o desenvolvimento de ações estratégicas visando à melhoria do pré-natal, diminuição da morbimortalidade materna e infantil e contribuição na autonomia e no autocuidado das próprias mulheres (OLIVEIRA; MANDÚ, 2015).

Sendo assim, de posse dos prontuários, procedeu-se a um levantamento atento do perfil biopsicossocial das gestantes de alto risco, devidamente apresentados na **Tabela 1**:

VARIÁVEIS	N	%
Faixa Etária		
Até 20 anos	1	6,66
21 a 30 anos	10	66,67
≥31 anos	4	26,67
Cor/etnia		
Negra	10	66,67
Não negra	5	33,33
Escolaridade		
Analfabeta	-	-
Ensino Fundamental Incompleto	1	6,66
Ensino Fundamental Completo	3	20
Ensino Médio Incompleto	4	26,68
Ensino Médio Completo	6	40
Ensino Superior em andamento	-	-
Ensino Superior Completo	1	6,66
Estado Civil		
Solteira	5	33,3
Casada	5	33,3
União estável	1	6,7
Divorciada	4	26,7
Viúva	-	-
Ocupação ou Profissão		
Caixa de supermercado	1	6,66
Manicure	1	6,66
Doméstica	8	53,38
Auxiliar de limpeza	1	6,66
Confeiteira	1	6,66
Empresária	1	6,66
Enfermeira	1	6,66
Desempregada	1	6,66
Religião		
Católica	6	40
Evangélica	5	33,3
Espírita	-	-
Matriz Africana	-	-
Outros	4	26,7
Quantidade de Gestações		
Primigesta	4	26,7
Secundigesta	4	26,7
Tercigesta	2	13,3
Multigesta	5	33,3
Tipificação do último parto		
Vaginal	4	26,65
Cesáreo	7	46,7
Nenhum	4	26,65
Idade Gestacional		
1º trimestre	3	20
2º trimestre	5	33,3
3º trimestre	7	46,7
TOTAL	15	100

Tabela 1. Perfil biopsicossocial das gestantes de alto risco acompanhadas no CMAE. Ilhéus/BA, 2019-2020.

Fonte: CMAE, Ilhéus-BA.

Nesse sentido, percebe-se que a pesquisa coaduna-se com os resultados

dos estudos encontrados na cidade de Francisco Beltrão, Paraná, ano de 2015, que afirmou que a maior porcentagem de gestantes eram multíparas e possuíam faixa etária compreendida entre 15 e 35 anos, a ocupação majoritariamente de domésticas, com segundo grau completo e casadas. Sendo assim, nota-se a importância da criação de políticas públicas que amparem as mulheres quanto ao acesso aos serviços de saúde, seja este para um acompanhamento no intuito de tornar-se mãe, ou seja, para a escolha de métodos eficientes e eficazes de planejamento reprodutivo.

Destaca-se ainda que, as causas mais prováveis na identificação de uma gestação de alto risco relacionam-se as síndromes hipertensivas na gravidez (hipertensão crônica, pré-eclâmpsia/eclâmpsia), síndromes hemorrágicas (abortamento, descolamento corioamniótico, placenta prévia, rotura uterina, descolamento prematura da placenta, vasa prévia, gravidez ectópica, mola hidatiforme), desvios de crescimento fetal (restrição de crescimento fetal, macrossomia fetal), alterações da duração da gestação (gestação prolongada, trabalho de parto prematuro) e/ou alterações do volume de líquido amniótico (oligodrâmnio, polihidrâmnio) (BRASIL, 2012a), conforme achados na **Tabela 2**:

CAUSAS	N	%
Doenças Hipertensivas	7	46,7
Síndromes Hemorrágicas	3	20
Cardiopatia	1	6,66
Infecções Sexualmente Transmissíveis	1	6,66
Toxoplasmose	1	6,66
Gemelaridade	1	6,66
Mioma	1	6,66
TOTAL	15	100

Tabela 2. Causas identificadas nas gestantes de alto risco acompanhadas pelo CMAE. Ilhéus/BA, 2019-2020.

Fonte: CMAE, Ilhéus-BA.

No decorrer dos anos, as urgências e emergências envolvendo gestantes de alto risco veio ganhando frequências expressivas e muitas são as causas que levaram a mulher a confrontar-se em situações delicadas, pondo em risco a vida. Conforme exposto, as doenças hipertensivas lideram o ranking das causas que simbolizam os quadros de morbidades e até mortalidades entre as gestantes. Estas

causas precisam ser investigadas pela equipe multidisciplinar, reavaliando a mulher a cada consulta, favorecendo a identificação precoce de determinados agravos e evitando possíveis complicações (COSTA, 2016).

Posteriormente, seguiram-se as etapas de análise do conteúdo temático das entrevistas ancoradas em Bardin, sendo definidas duas categorias, a saber:

3.1 A experiência da maternidade na gestação de alto risco: abnegação, sacrifício e vocação

A maternidade se constituiu como uma experiência milenar repleta de sentimentos e dotada de uma simbologia socialmente construída. No decorrer das décadas, a gestação veio trazendo consigo valores opíparos e marcantes através das múltiplas gerações (RESENDE, 2017). Dessa forma, os contextos histórico, político e econômico podiam até influenciar discretas mudanças nas relações existentes entre mãe e filho, porém jamais erradicaram completamente as visões da maternidade como parte integral da natureza feminina, marcados pela representação do amor materno.

O amor materno envolve uma absoluta relação acerca das práticas sociais impositivas à figura da mulher. Assim, principalmente no século XVIII, devido às conformações da família, dos valores sociais, das visões da criança como potencial produtivo e riqueza econômica, principalmente na Europa, inaugurava-se o mito do amor natural e instantâneo de toda mãe para o filho (BADINTER, 2011).

No Brasil, as interpretações do cuidado à criança acresce a linha de pensamento onde a mulher é aquela dotada a prover ajuda, conforto e confiança para desenvolver a autonomia do bebê. Neste ínterim, as relações vão sendo revigoradas nas atitudes de apego e de doação materna (ROECKER et al., 2012).

Nesse sentido, ainda hoje, para ser socialmente aceita, a mulher precisa ser mãe diante de qualquer dificuldade, a exemplo da gestação de alto risco. O cenário de configuração social que permeia até a atualidade, demonstra que as gestantes devem se comportar ou representar a maternidade como sacrifício, abnegação, vocação mesmo diante de medos, incerteza e temor, como demonstrado nas falas a seguir:

[...] eu fiquei doida porque eu não queria a gravidez. Era uma vida que estava ali dentro, aí fui me apaixonando cada vez, vendo crescendo, mas no primeiro momento foi raiva, raiva do meu marido [...]. Aí, eu agora vejo, quando eu olho para barriga, que vejo uma vidinha aqui dentro, estou tranquila [...] **(Michelle)**.

No início eu tive medo, mas depois passou, a gente tem que se conformar né?! [...] **(Milena)**.

Eu não sonhava em ser mãe de novo! Não queria mais! Eu estou no meu segundo

casamento, eu já tenho uma filha de 5 anos, mas ele não é pai, e ele tem o sonho de ser pai, então foi por isso que eu acabei descuidando um pouco, mas eu não queria! **(Suelen)**.

Não pensava em ser mãe de novo, nem queria *(risos de nervoso)*. Nem idealizava em ser mãe de novo. Olha, no começo, quando soube da gravidez, foi desesperador, passava várias coisas na minha cabeça, tipo aborto, eu não aceitava de jeito nenhum, até que minha família foi me acalmando [...] **(Analu)**.

Percebe-se que, aquilo que era temido e certas vezes indesejado, acaba sendo aceito pelas mulheres que é a ideia de ser mãe. Tal fato ocorre especialmente quando esta vontade vem atrelada ao sentimento de satisfazer aos desejos do companheiro ou aos desejos da sociedade, aqui incluindo os parentes próximos. Assim, a mulher abnega dos desejos pessoais em decorrência da pressão ideológica e social quanto ao desejo de ser mãe e exerce a maternidade (PATIAS; BUAES, 2012).

Através deste ideal de identidade e aceitação social feminina, a figura da mulher encontra-se intimamente correlacionada com a imagem de Maria Imaculada, a mãe de Jesus, rememorando a divinização, o embelezamento social, aumentando a comoção e os sentimentos populares. É tipificada como aquela que a tudo suporta, que está sempre apta a auxiliar, uma mulher doce e serena, tendo assim o dever de ser uma boa mãe aos olhos de todos (SILES, 2018), conforme evidenciado abaixo:

Mas é uma coisa inexplicável... só quem passa, que sente, que sabe! É diferente, é um amor que não é obrigação, é amor! Que você sente por um alguém que precisa de você! Então, estou gostando da experiência, apesar dos sustos, estou amando ser mãe! **(Vitória)**.

[...] assim que eu parir vai ser a coisa mais linda, uma das coisas mais lindas que aconteceu! Porque mesmo sem a gente esperar, Deus sabe de todas as coisas, é presente de Deus [...] Que seja feita sua vontade senhor! Que o senhor proteja minha filha de todo mal. Ao mesmo tempo fico preocupada, eu não fico porque eu sei que tem um Deus que vai abençoar que vai dar tudo certo! **(Alice)**.

Não tenho nenhum medo! Aprendi a confiar em Deus, deixar nas mãos de Deus todas as coisas **(Karine)**.

Desse modo, ressalta-se a importância dos profissionais de saúde, especialmente as(os) enfermeiras(os), que assistem a gestante de alto risco, na tentativa de identificar além da avaliação clínica e obstétrica, o modo como as mulheres representam a maternidade, pois isto repercute nas condições clínicas e emocionais da relação mãe, filho(a) e família. A(o) enfermeira(o) cabe sistematizar a assistência, orientando a gestante acerca de seu autocuidado, promoção da saúde e empoderamento para o enfrentamento dos riscos a que se encontram expostas (COSTA, 2016).

3.2 Acompanhamento na gestação de alto risco centrado no modelo biomédico

A Organização das Nações Unidas (ONU) criou, em 2000, um pacote de medidas

para transformar o mundo (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável) e dentre estes, um dos objetivos é a redução da mortalidade feminina que se encontrava em um patamar elevado a nível mundial. Estas altas taxas de mortalidade feminina ocorreram devido aos indicadores de saúde atrelados à gestação de alto risco. Em 2015, foi estimada a ocorrência de 303 mil óbitos maternos, 2,6 milhões de óbitos fetais e 2,7 milhões de óbitos neonatais no mundo (MOURA et al., 2018).

No entanto, para além dos cuidados efetivos relacionados às causas e motivos que elevam as estatísticas de óbitos maternos, se torna importante realizar um cuidado integral a estas mulheres que sofrem ou desenvolveram alguma patologia durante a gestação. Dessa maneira, o atendimento deve ultrapassar o modelo puramente biomédico, onde a saúde é vista de forma cartesiana, manipulada, fragmentada e com o foco voltado para a doença (TERRA; CAMPOS, 2019), como percebido nos depoimentos abaixo:

O médico passou uma requisição. Aí o pessoal da SESAB marcou e depois me encaminharam para aqui. Não sei direito porque fui encaminhada para aqui, eu acho que minha gravidez é de risco [...] **(Vitória)**.

Eu tenho muito medo dos profissionais, da equipe. Fico com medo de chegar na hora dar uma intercorrência, a equipe não souber manejar ou então for uma equipe que não se importa, que não seja humana e aí deixe você sofrer mais ou queira fazer uma indução, um parto induzido demais. Eu queria que fosse uma coisa tranquila, mas depende muito da equipe que estiver de plantão. Eu só fico preocupada com isso! **(Bianca)**.

Entende-se, portanto, a necessidade da integralidade do cuidado humanizado para superar as mazelas e barreiras com vistas à redução efetiva da mortalidade materna nas gestantes de alto risco. Assim, é imprescindível ofertar serviços públicos de qualidade às gestantes, especialmente na atenção pré-natal, porém incentivando sempre a mulher a lidar com o autocuidado e a realização plena das necessidades sejam estas do bem estar-físico, emocional e espiritual, saindo apenas do preconizado no modelo assistencial biomédico que muitas vezes leva a alienação do ciclo do processo de cura e doença e a medicalização (BORTOLI; KOVALESKI; PIRES, 2019), superando a realidade vivenciada como nas demonstrações abaixo:

Eu fico na expectativa que seja cesáreo também! Não imagino a dor não, viu! Não senti dor do primeiro. Então, desse também não quero não! Eu tenho medo da pressão subir! **(Manuela)**.

[...] tudo você tem medo, do que você vai comer, do que você vai fazer, se vai atingir ou prejudicar a criança. Tudo me preocupa, já pensei em ficar de regime, não comer mais nada, pesquiso sobre o que comer, evito frutos do mar. Mas vai dar tudo certo **(Marielle)**.

[...] eu me senti muito surpresa, com muito medo, porque eu tinha tomado antibiótico, remédio para dor, febre, usava anticoncepcional, então fiquei com medo da criança nascer com algum problema [...] **(Alana)**.

[...] a falta de respeito porque muitas vezes o hospital tem médico mas aquele médico não atende a paciente porque está no parto particular, aí ele deixa de atender uma que é pelo SUS, que também não é de graça, mas para uns é como se fosse, então as pessoas que estão pelo SUS, me desculpe dizer, mas parece que são “cachorros !” [...] **(Maria)**.

Nesse sentido, nota-se a indispensabilidade em atender-se ao lado sentimental das gestantes, observando as sensações vivenciadas, levando a equipe a perceber a necessidade do atendimento multiprofissional, pautado em estratégias com base na realidade vivida pelas mulheres, incluindo seus modos de pensar, agir e ultrapassando a barreira imposta pelos modelos centralizadores de poder com ampliação na qualidade dos atendimentos. Com isso, a maternidade pode ser vista como uma fase na vida da mulher para além dos aspectos fisiológicos do gestar, como apresentado abaixo:

Estou muito, muito, muito, muito estressada! Não sei se é por conta que eu já tenho um filho em casa, então eu fico mais agitada, tudo me tira a paciência, eu fico nervosa, você não tem noção, estou muito, muito estressada! **(Analu)**.

Agora estou muito exausta! (*respiração profunda*). Devido o peso, a ansiedade, vai chegando mais próximo, a gente vai ficando mais receosa [...]. Passa coisa pela minha cabeça, porque pelo fato de eu já ter passado por um momento muito turbulento, vem tudo de novo na mente. Fico mais a ansiosa, aquela expectativa, aquela coisa que só quem passa pra saber **(Sthefany)**.

Dessa forma, o acompanhamento psicológico fica a desejar diante de sentimentos como angústia, cansaço, nervosismo, especialmente diante do diagnóstico de alto risco. Por fim, evidencia-se a importância de atrelar os princípios do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento ao atendimento no intuito de ofertar a toda gestante o direito a um atendimento digno e de qualidade no pré-natal, de forma humanizada e segura, incluindo os períodos do parto, puerpério e neonatal. A Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000 prevê inclusive a necessidade de progredir no aprimoramento do sistema de assistência à saúde da gestante nos diversos níveis, seja este, ambulatorial, básico e/ou especializado (BRASIL, 2000).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que, o pré-natal atua como uma ferramenta imprescindível ao adequado desenvolvimento do bebê e a manutenção da qualidade de vida da mulher durante a gestação. A importância de uma equipe multiprofissional é mais do que necessária para o pleno e satisfatório cumprimento de um atendimento humanizado e responsável, reduzindo os riscos e positivando a experiência da gestação.

Observa-se ainda, que a gestação de alto risco, é representada por muitas mulheres como algo que envolve abnegação, sacrifício e vocação, coadunando com as significações sociais sobre a maternidade no decorrer da evolução humana.

Além disso, o acompanhamento na gestação de alto risco ancora-se na dimensão biológica, sendo fundamental avaliar e/ou reavaliar a mulher quanto aos demais aspectos da sua existência, a exemplo da satisfação emocional e social, permitindo a integralidade no cuidado e na assistência.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Walter Fernando de et al. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 618-25, out/dez. 2015.

BADINTER, Elisabeth. **O conflito: a mulher e a mãe**. Rio de Janeiro: Record, 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BORTOLI, Franciele Regina; KOVALESKI, Douglas Francisco; PIRES, Rodrigo Otávio Moretti. Medicalização Social e Bucalidade: a busca pela superação da técnica. **Cad Saúde Colet.**, volume 27, número 1, página 67-72, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 94.406/87**. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem e da outras providências. Regulamentação da lei nº 7.498, publicado em 09 de junho de 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, portaria nº 569**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5. ed. Brasília: MS, 2012a.

BRASIL. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012b**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, n. 12, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha. 2017**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-cegonha/sobre-o-programa/>. Acesso em: 07 out. 2019.

COSTA, Juliana Ferreira Condeixa. **Cuidados de Enfermagem a Gestantes de Alto Risco: Revisão Integrativa**. 2016. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.

COSTA, Lediane Dalla et al. Perfil Epidemiológico de Gestantes de Alto Risco. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 1-8, 2016.

FERNANDES, Juliana Azevedo; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo. Perfil das gestantes de alto risco e a cogestão da decisão sobre a via de parto entre médico e gestante. **Saúde em debate**, v. 43, n. 121, p. 406-16, abr-jun./2019.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

KNECHTEL, Maria do Rosário. **Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada**. Curitiba: Intersaberes, 2014.

KRUTZMANN, Fábio Luis; NETO, Luiz Caldeira Brant de Tolentino. Representações sociais de estudantes de biologia sobre as futuras atividades profissionais. **Rev Ensaio**, v. 21, jul./ 2019.

MOURA, Barbara Laisa Alves et al. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, fev. 2018.

OLIVEIRA, Daniela do Carmo; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Mulheres com Gravidez de Maior Risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. **Escola Anna Nery**. Cuiabá, v. 19, n. 1, 2015.

PATIAS, Naiana Dapieve; BUAES, Caroline Stumpf. “Tem que ser uma escolha da mulher!” Representações de Maternidade em Mulheres não-mães por opção. **Psicol & Soc**, v. 24, n. 2, p. 300-6, 2012.

PIO, Danielle Abdel Massih; CAPEL, Mariana da Silva. Os significados do cuidado na gestação. **Rev Psicologia e Saúde**. Campo Grande, v. 7, n. 1, p. 74-81, jan./ jun. 2015.

RESENDE, Deborah Kople. Maternidade: Uma construção histórica e social. **Pretextos - Rev Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 2, n. 4, jul./dez. 2017.

ROECKER, Simone et al. Binômio mãe e filho sustentado na Teoria do Apego: Significados e Percepções sobre Centro de Educação Infantil. **Rev Enferm UERJ**, v. 20, n. 1, p. 27-32, 2012.

SILES, Alexandre Augusto. **Reflexão sobre os Méritos de Maria em Vista de sua Maternidade Divina**. 2018. 147 f. Dissertação (Mestrado em Teologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

TERRA, Lílian Soares Vidal; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Alienação do Trabalho Médico: Tensões sobre o Modelo Biomédico e o Gerencialismo na Atenção Primária. **Educ. Saúde**, v. 17, n. 2, p. 19, 2019.

URQUIZA, Marconi de Albuquerque; MARQUES, Denilson Bezerra. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. **Entretextos**, v. 16, n. 1, p. 115-44, jan./jun. 2016.

USO DA ESCALA DE CRIES NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA ORTOPÉDICA

Data de aceite: 20/02/2020

Maiane da Silva Fernandes

Enfermeira Residente - pós-graduação na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), especialização lato sensu em clínica médica e cirúrgica com ênfase em pediatria. Rio de Janeiro. <http://lattes.cnpq.br/8901443332600443>

Tamires Camara Souza

Enfermeira Residente – pós-graduação na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), especialização lato sensu em clínica médica e cirúrgica com ênfase em ortopedia. Rio de Janeiro. <http://lattes.cnpq.br/5001284387524753>

RESUMO: Justificativa e objetivos: o objetivo deste estudo foi relatar a experiência como residente de enfermagem sobre a utilização de um instrumento de avaliação de dor, utilizado no período do pós-operatório de cirurgia ortopédica pediátrica. Metodologia: trata-se de um estudo descritivo com relato de experiência, em um hospital cirúrgico ortopédico da cidade do Rio de Janeiro. Conclusão: a utilização e padronização de instrumento para avaliação de dor no pós-operatório imediato trazem benefícios para a criança hospitalizada, criando condutas para o alívio da dor proporcionando um ambiente

facilitador para recuperação do cliente.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem; Avaliação da dor; Enfermagem ortopédica; Cuidados Pós-Operatórios; Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT: Background and objectives: The objective of this study was to report the experience as a nursing resident about the use of a pain assessment instrument used in the postoperative period of pediatric orthopedic surgery. Methodology: This is a descriptive study with experience report in an orthopedic surgical hospital in the city of Rio de Janeiro. Conclusion: the use and standardization of an instrument for pain assessment in the immediate postoperative period brings benefits to the hospitalized child, creating pain relief conducts providing a facilitating environment for client recovery.

KEYWORDS: nursing care; pain measurement; orthopedic nursing; postoperative care; pediatric nursing

INTRODUÇÃO

A dor é um mecanismo de proteção do corpo, ocorre sempre que qualquer tecido

esteja sendo lesado e faz com que o indivíduo reaja para cessar esse estímulo dolorosos. A mesma é um sintoma subjetivo, mas de extrema relevância que deve ser tratada, ela indica que alterações de ordem emocionais, funcionais e fisiológicas estejam ocorrendo influenciadas por uma ou diversas causas (CRESCÊNCIO, ZANELATO, LEVENTHAL, 2009). É na vida fetal e nos primeiros meses de vida que o desenvolvimento das vias anatômicas primordiais para a transmissão da dor ocorre. A terminação nervosa nociceptiva cutânea do recém-nascido, a partir da 20 semanas de gestação, por exemplo, é igual ou maior que um adulto (MACHADO, BARBOSA, SILVA 2006; PARRAS, 2002). Os neonatos possuem capacidade neurológica para perceber a dor, mesmo os pré-termo. Os recém-nascidos (RN) podem perceber a dor mais intensamente do que as crianças mais velhas e os adultos porque os mecanismos de controle inibitório são imaturos, e assim limitando sua capacidade para modular a experiência dolorosa (MACHADO, BARBOSA, SILVA 2006; PARRAS, 2002).

OBJETIVO

O objetivo é relatar a experiência de residentes de enfermagem na realização e a avaliação de dor em recém-nascidos de 0 a 28 dias no pós-operatório imediato de cirurgia ortopédico, ressaltando a importância da utilização de uma escala para diagnóstico de dor em recém-nascidos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, com o intuito de relatar a experiência como enfermeiras residentes no diagnóstico do sinal de dor em recém nascidos de 0 a 28 dias que foram submetidos a tratamento cirúrgico e encontra-se no pós- operatório imediato. O relato de experiência aconteceu no mês julho de 2019 em um setor pediátrico de um hospital ortopédico da cidade do Rio de Janeiro.

RESULTADOS

A dor é um sinal primordial para a avaliação de recém nascidos em pós operatório imediato, faz-se necessário a avaliação detalhada e diagnóstica do RN em situação de dor para possível conduta, com finalidade de diminuir o estresse do cliente e da sua família gerando melhor conforto durante a internação. Diante disso, a escala mais efetiva e usada na avaliação de dor em RN nesse hospital em questão

é a escala de CRIES. (Crying Requires O2 for saturation above 90% Increased vital Signs, Expression and Sleeplessness- CRIES) possui cinco indicadores: choro, saturação de oxigênio, frequência cardíaca, pressão sanguínea, expressão facial e sono. Esses indicadores são aplicados a cada duas horas nas primeiras 24 horas após o procedimento doloroso e a cada quatro horas por pelo menos 48 horas. Quando o escore for superior ou igual a cinco, é administrado medicações para o alívio da dor.

AVALIAR	0 pontos	1 pontos	2 pontos
Choro	Ausente	Alta Tonalidade	Inconsolável
SpO2 > 95%	0,21	0,21 a 0,30	>0,30
FC e/ou PA (comparar com o pré Operatório)	Sem aumento	Aumento de até 20 %	≥ 20%
Expressão Facial	Relaxada	Careta esporádica	Contraída
Sono	Normal	Intervalos curtos	Ausente

Figura 1 – Escala de CRIES.

Se a pontuação for igual ou maior que 5 deve ser administrada medicação para alívio de dor. A escala deve ser aplicada a cada duas horas nas primeiras 24 horas após o procedimento doloroso e depois a cada 4 horas por pelo menos 48 horas.

FC: frequência cardíaca; PA: pressão arterial

Fonte: Krechel SM, Bildner J.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, percebe-se a necessidade da utilização dessa escala em instituições hospitalares que recebem recém nascidos em pós operatório, visto que a escala em questão é um instrumento auxiliar ao exame físico do enfermeiro para diagnosticar a presença da dor e a partir disso criar condutas para o alívio da mesma e assim proporcionar um ambiente facilitador para recuperação do cliente.

REFERÊNCIA

- 1- CRESCÊNCIO EP, ZANELATO S, LEVENTHAL LC. **Avaliação e alívio da dor no recém-nascido**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(1):64-9. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a08.htm>.
2. MACHADO MGP, BARBOSA RFB, SILVA YP. **A dor em neonatologia**. In: Silva YP, Silva JF Dor em Pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.105-15.
3. PARRAS C. **Dor no recém-nascido**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; 2002.

VISITA A MATERNIDADE: ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UM CURSO PARA GESTANTES

Data de aceite: 20/02/2020

Aline Furtado da Rosa

Professora da Faculdade de Medicina de Petrópolis/Faculdade Arthur Sá Earp Neto/FASE. Petrópolis RJ

Maria Eduarda da Silva Possato

Enfermeira pela Faculdade Arthur Sá Earp Neto/FASE. Petrópolis RJ

Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas

Professora Associada II do Departamento de Metodologia da Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN - UFRJ). Professora do Curso de Graduação em Enfermagem, Curso de Licenciatura em Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (EEAN - UFRJ). Rio de Janeiro RJ

Ana Beatriz Azevedo Queiroz

Professora Associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Enfermeira especialista em Saúde da Mulher

Tatiana Starck do Amaral Diniz

Administradora do Ambulatório Escola da Faculdade de Medicina de Petrópolis/ Faculdade Arthur Sá Earp Neto FMP/FASE. Petrópolis RJ

Samara Belisa Vieira Lobo

Enfermeira Residente em Enfermagem Obstétrica Faculdade Arthur Sá Earp Neto e Prefeitura Municipal de Petrópolis. Petrópolis RJ

VISIT TO MATERNITY: HEALTH EDUCATION ACTIVITY IN A COURSE FOR PREGNANT WOMEN

INTRODUÇÃO

Visitar e estabelecer vínculo com a maternidade na qual será realizado o parto e atendimentos nos casos de intercorrências durante o pré-natal, é um direito de todas as gestantes que recebem a assistência do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme preconiza a Lei Federal nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, Art. 1º itens I e II. Nesse sentido, a vinculação da gestante com a maternidade, também faz parte da Rede Cegonha, estratégia do Ministério da Saúde, instituída no âmbito do (SUS) pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho em 2011, que apresenta como objetivo: coordenar uma rede de cuidados para assegurar os direitos reprodutivos, atenção humanizada a gravidez, parto e puerpério bem como para as crianças, assegurar direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2013).

Em uma breve retrospectiva, destaca-se

que, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi implementado pelo Ministério da Saúde em 1984, em resposta às reivindicações de movimentos sociais e de mulheres. Influenciado pelas características da nova política de saúde, o programa incluía “ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, abrangendo a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama” (BRASIL, 2011, p.17).

O posicionamento do movimento feminista era à época contra ao olhar limitado dos programas que enxergavam a mulher apenas sob a ótica da concepção no período gravídico-puerperal. Esse movimento viabilizou algumas questões para serem agregadas à agenda da política nacional, a exemplo, a discussão das desigualdades de condições de vida e relações de gênero, problemas de sexualidade e questões trabalhistas, dentre outros. A discussão das políticas então passou a se assentar na perspectiva das mudanças nas relações de gênero (BRASIL, 2011).

Sendo assim, a saúde da mulher tornou-se prioridade para o governo em 1998. Intervenções realizadas entre 1998 e 2002 foram avaliadas para buscar avanços e soluções de problemas, porém se priorizava ainda a saúde reprodutiva e a redução de mortalidade materna. Uma análise pós-estruturalista de gênero e sexualidade, o movimento feminista das últimas décadas do século XX passou a requerer a integração de outras questões, como gênero, trabalho, desigualdade e sexualidade nas políticas de saúde da mulher e, com isso, a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM), teve início em 2003, possibilitando um avanço nestas políticas. (GALVÃO; DÍAZ, 1999; FREITAS et al., 2009, BRASIL, 2011).

Em resposta às protestações para o melhor atendimento, o Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) objetivou o cuidado do gênero feminino a partir dos princípios doutrinários do SUS, mediante ações de promoção, prevenção e tratamento da saúde, priorizando dessa forma, os direitos sexuais e reprodutivos, o combate à violência doméstica e sexual, o tratamento de HIV/AIDS e doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2011, MACHADO, 2016).

Diante disso, entende-se que, as mudanças para a maternidade constituem-se uma área de grande valor da intervenção dos enfermeiros. Uma alteração para que a pessoa associe um novo conhecimento, modifique um comportamento e também a definição de si no seu contexto social. Gera, frequentemente, uma mudança e, conseqüentemente, uma adaptação a uma nova realidade. Sendo assim, os cuidados de enfermagem devem centrar-se no ser humano que, durante o seu ciclo de vida, é confrontado com a vivência de transições que o colocam em situações de maior vulnerabilidade e risco para a saúde (Meleis, 2010).

A transição para a maternidade oferece oportunidades únicas de intervenção do enfermeiro. Estas devem ser compreendidas como fundamentais para que

esta transição ocorra de forma saudável, contribuindo para um ajustamento mais adequado à maternidade e atitudes mais positivas (GRAÇA; FIGUEIREDO; CONCEIÇÃO, 2011).

Desta forma, por acreditar que as ações de Educação em Saúde são ferramentas eficazes durante o pré-natal, o Curso para Gestantes do Ambulatório Escola da Faculdade Arthur Sá Earp Neto tem organizado as visitas a maternidade. Vale destacar que o Curso para Gestantes é realizado semanalmente conta com a participação de uma enfermeira professora do cenário e os acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem, apresenta em seu bojo os seguintes temas: cuidados higiênicos com recém-nascido; amamentação; parto; planejamento familiar; sinais de alerta com recém-nascido prevenção de acidentes doméstico; visita a maternidade; ensaio fotográfico. Esses assuntos são distribuídos em cinco encontros, que podem ser realizados ao longo do pré-natal. É aberto a todas gestantes e acompanhantes independente se recebem a assistência ao pré-natal no Ambulatório Escola.

O presente estudo apresenta o seguinte **objetivo**: Descrever o resultado da prática de ensino aprendizagem da visita a maternidade escola por um grupo de gestantes e acompanhantes no município de Petrópolis/RJ.

A **metodologia** do estudo: trata do relato de experiência da prática de ensino aprendizagem da visita a maternidade escola por um grupo de gestantes e acompanhantes no município de Petrópolis/RJ. Esse estudo faz parte de um projeto de pesquisa intitulado: "Maternidade e seus significados: a construção de uma nova fase na vida da mulher". Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Arthur Sá Earp Neto no dia 25 de maio de 2018 com número do parecer 2.765.790 e CAAE: 90479318.3.0000.5245, respeitando os princípios da Resolução 466/12 que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Os dados foram coletados entre os meses de agosto e setembro de 2018.

Para realização dessa atividade que como foi descrito anteriormente ocorre dentro do Curso para Gestantes, foi acordado com elas uma data para ida a maternidade, onde a enfermeira chefe do setor juntamente com os residentes de enfermagem obstétrica realizam todo percurso pela maternidade.

Nesse sentido, gestantes e acompanhantes recebem orientações importantes sobre a dinâmica de funcionamento do serviço, desde o balcão onde serão recepcionadas até o local do parto e pós-parto.

Esse momento é válido também para os acadêmicos de Enfermagem que de acordo com a matriz curricular ainda não passaram por essa etapa do estágio supervisionado. Com isso, tem a possibilidade de já se ambientarem com o futuro setor que receberão treinamento.

Após a visita, além de fotos e lanches os visitantes tem a oportunidade de retirar as dúvidas e registrar ansiedades e medos. É momento oportuno para desconstruir

conceitos errôneos sobre o momento tão esperado do nascimento. Além disso, o vínculo com a equipe que as recebe é estabelecido nesse momento.

As visitas a maternidade acontecem desde de 2017 a cada mês um novo grupo de gestantes tem a oportunidade de conhecer o local do nascimento do filho. Em média o percurso dura 30 minutos. O fato de poder levar o acompanhante também tem sido proveitoso, pois orientações importantes são oferecidas a esse grupo que auxiliam bastante apoiando a parturiente.

Como **resultados**: Nota-se que, a proposta de vinculação por meio da visita a maternidade trouxe benefícios para as gestantes e acompanhantes e momento de aprendizagem aos discentes. Ao conhecerem os espaços e os profissionais que as receberão estabeleceu-se aproximação e acolhimento. Destaca-se que durante a visita, ao dar voz as mulheres medos e ansiedades são desconstruídas. Conhecer a sala de parto, os dispositivos que auxiliam no trabalho de parto tais como: bola suíça, banquetas, massagem, banho de aspersão, barras entre outros mostram que o que viram durante os encontros do Curso de Gestantes de fato são estratégias utilizadas

Durante o processo do trabalho de parto, mostra-se relevante a atuação do Enfermeiro em oferecer à parturiente atenção necessária, estimulando o autocuidado. Além disso, um cuidado que o profissional deve se ater para auxiliar na dilatação é incentivar que a gestante deambule, seja no corredor do hospital, ou até no próprio quarto da maternidade. Vale destacar que, quanto mais esta puder deambular, mais contribuirá para o progresso de sua atividade uterina, amenizando, com isso, o desconforto. O auxílio do profissional ou de algum familiar para ajudá-la, segurando sua mão é fundamental para ela (CARVALHO, 2015).

A utilização de cremes ou óleos corporais para a massagem corporal, também é considerado um método não farmacológico significativo, pois servem como auxílio para melhor deslizar as mãos, sendo de grande valia fazê-lo em toda região escapular e lombar. Na barriga, pode ser realizado em direcionamento pélvico ou circular, de forma leve ou firme, realizando pressão ou vibração, proporcionando relaxamento. É necessário que a gestante permaneça sentada, com a melhor posição que encontrar, de modo que fique ereta (ROCHA; FONSECA, 2010).

Outra opção de técnica não farmacológica é o banho quente, o qual provoca relaxamento muscular devido à vasodilatação periférica. A gestante pode permanecer sentada, deixando no primeiro momento a água cair-lhe nas costas, aliviando a tensão. E no segundo momento, massageando a barriga, deixando a água cair sobre ela (RITTER, 2012).

A barra de acessibilidade com o auxílio profissional, segurando na barra, possibilita que esta fique agachada, realizando a posição de cócoras, deixando também que a água caia sobre suas costas, promovendo assim o relaxamento

e alívio de sua dor, além de possibilitar a amplitude de movimentos, auxiliando o encaixe do bebê na região pélvica. Ainda, sobre a questão do posicionamento, deve-se respeitar a escolha de posicionamento da parturiente, explicando-lhe, entretanto, que deve evitar a posição dorsal. Em relação aos momentos em que esta estiver ou desejar permanecer no leito, deve-se orientá-la a se lateralizar para o lado esquerdo, em posição de Sims, a fim de melhorar o aporte respiratório (CARNEIRO et al., 2015).

A visita a maternidade é uma atividade de Educação em Saúde valiosa durante o pré-natal, pois as mulheres são orientadas sobre as boas práticas para o parto e nascimento E, para tal, a Residência de Enfermagem Obstétrica, possui participação fundamental para a conquista dessas práticas no cenário desse estudo.

Diante dessa experiência, a conclusão é que ao realizar uma atividade extramuros com as gestantes e acompanhante e os acadêmicos de enfermagem foi estabelecido vínculo com a maternidade e a equipe profissional. Essa estratégia é relevante, pois um canal de comunicação foi estabelecido favorecendo uma relação linear entre quem aprende e quem ensina. E nesse processo foi notório que todos podem aprender e ensinar de forma descontraída e acolhedora.

REFERENCIAS

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2017/07/ANPPS.pdf>. Acesso em: 07 mar.2019.

CARVALHO, E. M. P.; GÖTTEMS, L. B. D.; PIRES, M. R G. M. Adesão às boas práticas de atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. Revista de Enfermagem da USP, São Paulo, v.49, n.6, p.890-898, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342015000600889&script=sci_arttext&lng=pp>. Acesso em: 12 mar.2019

CARNEIRO, L.M.D.A. et al. Parto natural X parto cirúrgico: percepções de mulheres que vivenciaram os dois momentos. RECOM – Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, Minas Gerais, v. 2, n. 5, p. 1574-1585, mai./ago. 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/>. Acesso em: 11 mar.2019.

GALVÃO, L.; DÍAZ, J. (Orgs.). Saúde sexual e saúde reprodutiva no Brasil: Dilemas e Desafios. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

GRAÇA, L. C. C; FIGUEIREDO, M. C. B.; CONCEIÇÃO, M.T.C.C. Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para o aleitamento materno. Rev latinoam.enferm, Ribeirão Preto, v. 19, n.2: [aprox..9 telas], mar.-abr.2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_27.pdf. Acesso em: 18 mar.2018.

MACHADO, J.S.A. Narrativas de mulheres e maternidade: questões para as políticas de saúde da mulher. 2006. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MELEIS, A. I. Transitions theory: middle-range and situation-specific theories. New York: Springer Publishing Company, 2010.

ROCHA, C. R.; FONSECA, L. C. Assistência do enfermeiro obstetra à mulher parturiente: em busca do respeito à natureza. Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online), Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 807-816, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&ba se=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22096&indexSearch=ID> . Acesso em: 10 mar.2019.

RITTER, K. M. Manejo não Farmacológico da dor em mulheres durante o trabalho de parto em um hospital escola. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/69750>>. Acesso em: 05 nov.2018.

SOBRE A ORGANIZADORA

MARILANDE CARVALHO DE ANDRADE SILVA - Mestre em Ergonomia pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE (2018). Especialista em Clínica Cirúrgica, Sala de Recuperação Pós-Anestésica e Central de Materiais e Esterilização pelo Instituto de Ensino Superior Santa Cecília (2010). Especialista em Unidade de Terapia Intensiva pelo Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e extensão (2007). Especialista em Programa de Saúde da Família pelo Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (2006) e Graduada em Enfermagem pela Fundação de Ensino Superior de Olinda - FUNESO (2004). Atualmente trabalha no Hospital das Clínicas da UFPE, na Central de Materiais e Esterilização. Concursada pela UFPE desde 1992. Atuou como Enfermeira na Urgência/Emergência do HSE pela COOPSERSA (2005- 2007). Atuou como Coordenadora de Enfermagem do Centro Cirúrgico e CME no Hospital Prontolinda (2007-2010). Atuou como Enfermeira de Central de Materiais e Esterilização do HSE (2012).

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aborto 135, 137, 141, 142, 144, 177, 179, 184

Agrotóxicos 135, 136, 137, 142, 143, 145, 146

Amamentação 11, 67, 70, 74, 87, 105, 107, 114, 115, 116, 117, 119, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 194

Apego 69, 107, 108, 109, 183, 188

Apoio Social 169, 173, 174

Assistência Neonatal 11, 106, 107, 108, 109

Atenção Primária à Saúde 34, 35, 36, 37, 40, 43, 52, 62, 150, 174

Avaliação da dor 13, 75, 189

C

Câncer de Colo do Útero 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158

Classe Hospitalar 92, 93, 95

Cuidado Clínico 169, 170

Cuidados de Enfermagem 5, 75, 168, 187, 189, 193

Cuidados Pós-operatórios 75, 189

D

Dor 5, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 67, 75, 76, 77, 78, 81, 85, 86, 110, 117, 144, 150, 185, 189, 190, 191, 196, 197

E

Educação 1, 12, 13, 17, 26, 28, 40, 47, 48, 52, 56, 58, 59, 61, 62, 64, 65, 68, 73, 92, 93, 94, 95, 96, 100, 102, 103, 104, 109, 110, 113, 134, 143, 144, 153, 157, 158, 187, 188, 192, 194, 196

Educação em Saúde 12, 13, 64, 65, 68, 73, 102, 104, 109, 110, 144, 153, 157, 192, 194, 196

Enfermagem 1, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 33, 34, 37, 42, 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 88, 89, 90, 92, 98, 100, 102, 104, 105, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 131, 132, 146, 147, 148, 150, 151, 153, 157, 158, 159, 160, 161, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 179, 187, 189, 190, 192, 193, 194, 196, 197, 198

Enfermagem Ortopédica 75, 189

Enfermagem Pediátrica 15, 25, 75, 117, 189

Epidemiologia 120, 146, 149, 157

Esterilização 1, 2, 3, 198

Estratégia Saúde da Família 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 157

F

Filosofia do cuidado 98

Formação de Conceito 27

G

Gestantes 90, 100, 120, 132, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 192, 194, 195, 196

Gestão em Saúde 35, 36, 37, 50, 51, 61, 123

Gravidez de alto risco 175, 176

H

Hospitalização 15, 16, 17, 67, 70, 71, 79, 81, 110, 112

I

Infecção 1, 2, 3, 106, 131, 152

J

Jogos e Brinquedos 15

M

Medicalização 79, 80, 81, 82, 87, 88, 185, 187

Método Canguru 11, 65, 66, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 106, 107, 108, 109, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119

Mortalidade 6, 66, 105, 106, 113, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 130, 131, 132, 133, 134, 137, 144, 146, 148, 149, 150, 151, 154, 155, 156, 157, 185, 193

O

Organização e Administração 46, 47, 49, 51, 52

P

Papanicolau 148, 149, 151

Parto 66, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 99, 102, 103, 107, 117, 120, 122, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 137, 141, 143, 144, 145, 146, 147, 172, 182, 185, 186, 187, 192, 193, 194, 195, 196, 197

Pré-escolar 15, 16, 17, 18, 22, 25, 93

Prevenção 1, 2, 3, 30, 35, 105, 122, 123, 129, 132, 133, 143, 145, 147, 149, 150, 151, 152, 153, 155, 156, 157, 158, 193, 194

Profissionais de Enfermagem 3, 13, 19, 24, 27, 53, 88, 109, 110, 119, 165, 173

R

Recém-nascido 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 69, 70, 73, 74, 87, 105, 106, 107, 114, 116, 117, 118, 122, 128, 131, 134, 135, 138, 144, 145, 190, 191, 194

Redes de apoio 107, 168, 169, 170, 171

Relação Familiar 107, 108

S

Saúde 1, 2, 3, 5, 7, 8, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 96, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 182, 184, 185, 186, 187, 188, 192, 193, 194, 196, 197, 198

Saúde da mulher 82, 83, 118, 120, 122, 123, 133, 175, 179, 192, 193, 196, 197

Saúde Materno-infantil 83, 135

Segurança do Paciente 1, 2

Serviços de Neonatologia 5

Supervisão de Enfermagem 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 55, 58, 60, 61, 62

T

Tecnologias 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 55, 90, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 123, 171

Tecnologias Educacionais 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104

U

Unidade de Terapia Intensiva 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 67, 73, 106, 117, 118, 198

V

Violência Obstétrica 79, 80, 82, 84, 85, 87, 88, 89, 99

 **Atena**
Editora

2 0 2 0