



Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Diário da Teoria e Prática na Enfermagem 5

 **Atena**
Editora
Ano 2020



Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Diário da Teoria e Prática na Enfermagem 5

 **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 de Azevedo

Edição de Arte: Luiza Batista

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

Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

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

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

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de 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

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernando da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

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
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
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
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
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
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
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 Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
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
Prof^a Dr^a 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^a Dr^a Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof^a Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco

Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
 Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
 Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
 Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
 Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
D539	<p>Diário da teoria e prática na enfermagem 5 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia. ISBN 978-65-5706-147-3 DOI 10.22533/at.ed.473203006</p> <p>1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermagem – Prática. I.Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa.</p> <p style="text-align: right;">CDD 610.73</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

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

APRESENTAÇÃO

As obras “*Diário da Teoria e Prática de Enfermagem 5 e 6*” abordam uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 2 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 20 capítulos, o volume V aborda estudos relacionados à formação em Enfermagem, bem como sua atuação na saúde materno-infantil, na assistência ginecológica e obstétrica, além da saúde da criança e do adolescente, trazendo abordagens específicas e voltadas para cada público de uma forma especial.

Colaborando com as mais diversas transformações no contexto da saúde, este volume I é dedicado ao conhecimento sobre a atuação da enfermagem na saúde da criança e saúde da mulher, com enfoque nas vertentes materno-infantil e oncologia. As publicações tratam sobre a assistência de enfermagem à criança hospitalizada e crianças com câncer, além de estudos sobre a atuação do enfermeiro no cuidado à paciente com neoplasia mamária, no processo de aleitamento materno, durante o trabalho de parto, abortamento, dentre outros. Além disso, as publicações também oferecem suporte com evidências relacionadas formação em enfermagem.

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

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA NEOPLASIA MALIGNA MAMÁRIA GESTACIONAL	
Veruska Sandim Vilela	
Sarah de Souza Araújo	
Lídia Batista de Môra	
Martinho Alves da Cunha Neto	
Natália Hoefle	
Priscila de Souza Araújo	
Cristiane Nava Duarte	
Karine Akemi Tomigawa Okama	
Alessandra de Cássia Leite	
Ariane Calixto de Oliveira	
Denize Cristina de Souza Ramos	
Suellem Luzia Costa Borges	
DOI 10.22533/at.ed.4732030061	
CAPÍTULO 2	14
A BRINCADEIRA NO PROCESSO DE CUIDAR EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO	
Thaís Emanuele da Conceição	
Claudia Regina Menezes da Rocha Pôças	
Antônia da Conceição Cylindro Machado	
DOI 10.22533/at.ed.4732030062	
CAPÍTULO 3	21
ABORDAGEM E IMPLICAÇÕES TERAPÊUTICAS DO CÂNCER MAMÁRIO GESTACIONAL	
Veruska Sandim Vilela	
Sarah de Souza Araújo	
Lídia Batista de Môra	
Martinho Alves da Cunha Neto	
Natália Hoefle	
Cristhiane Rossi Gemelli	
Josiane Ribeiro dos Santos Santana	
Mirele Aparecida Schwengber	
Alessandra de Cássia Leite	
Denize Cristina de Souza Ramos	
Suellem Luzia Costa Borges	
DOI 10.22533/at.ed.4732030063	
CAPÍTULO 4	33
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: UMA RODA DE CONVERSA COM CRIANÇAS EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	
Iasmin Cezaria da Silva	
Inês Pereira de Oliveira	
Ingrydy Maria da Silva	
Victor Hugo Martins Santos	
Closeny Maria Soares Modesto	
Hosana Glória da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.4732030064	
CAPÍTULO 5	45
ALTERAÇÕES FETAIS EM RATAS WISTAR, INDUZIDAS PELO USO DO PARACETAMOL DURANTE A	

GESTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO

Ana Rosa Crisci
Paola Correa
Laessa Ferreira de Oliveira
Barbara Cristina Penha de Sousa
Wilson Roberto Malfará
Lucila Costa Zini Angelotti

DOI 10.22533/at.ed.4732030065

CAPÍTULO 6 54

ASPECTOS DETERMINANTES PARA O ABANDONO PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Camila Cristina Lima Nascimento
Rosany Casado de Freitas Silva
Camila Firmino Bezerra
Talita Costa Soares Silva
Victor Kennedy Almeida Barros
Josefa Jaqueline de Sousa
Raquel Cristina de Mendonça Jordão
Juliana Alves Borges Macena
Allanna Stephany Cordeiro de Oliveira
Thalys Maynard Costa Ferreira
Josefa Danielma Lopes Ferreira
Shirley Antas de Lima

DOI 10.22533/at.ed.4732030066

CAPÍTULO 7 66

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO PROVOCADO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Izabel Cristina Leite
Taís Caroline Pereira dos Santos
Juliana Ferreira Magalhães
Gabrielle Nathallie Cardoso Batista
Isamara Maisa da Silva
Angela Mara Brugnago Ayala
Letícia Gomes de Moura
Micaelly Lube dos Santos
Daniela Luzia Zagoto Agulhó
Cláudia Moreira de Lima

DOI 10.22533/at.ed.4732030067

CAPÍTULO 8 74

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA À CRIANÇA ONCOLÓGICA E SUA FAMÍLIA

Jéferson William Fraga
Maristela Cassia de Oliveira Peixoto

DOI 10.22533/at.ed.4732030068

CAPÍTULO 9 85

ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) JUNTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA E A QUESTÃO DA INCLUSÃO ESCOLAR

Giulliany De Freitas Biscassi
Luciane Sá de Andrade
Bruna Domingos dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.4732030069

CAPÍTULO 10 100

CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTE EM TRABALHO DE PARTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Geyslane Pereira Melo de Albuquerque
Luciana Marques Andreto
Viviane Rolim de Holanda
Viviane Maria Gomes de Araújo
Aurélio Molina da Costa
Fátima Maria da Silva Abrão
Daniela de Aquino Freire
Rommel Candeia de Albuquerque
Karla da Silva Ramos
Maria Inês Bezerra de Melo
Heverton Valentim Colaço da Silva

DOI 10.22533/at.ed.47320300610

CAPÍTULO 11 107

CUIDADOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Gislene Alves de Araújo
Renata Barbosa da Silva
Tainan Fabrício da Silva
Vivian Susi de Assis Canizares

DOI 10.22533/at.ed.47320300611

CAPÍTULO 12 119

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS PARA MULHERES LÉSBICAS: UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO BRASIL

Renata Kelly dos Santos e Silva
Gabriela Araújo Rocha
Francisco João de Carvalho Neto
Maria Mileny Alves da Silva
Raissy Alves Bernardes
Denival Nascimento Vieira Júnior
Maurilo de Sousa Franco
Maria Luziene de Sousa Gomes
Luis Eduardo Soares dos Santos
Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos
Maria Sauanna Sany de Moura
Francisco Gilberto Fernandes Pereira

DOI 10.22533/at.ed.47320300612

CAPÍTULO 13 131

FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS NA ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO A MULHER (GRAM)

Patricia Pereira Tavares de Alcantara
Zuleide Fernandes de Queiroz
Verônica Salgueiro do Nascimento
Antonio Germane Alves Pinto
Maria Rosilene Candido Moreira

DOI 10.22533/at.ed.47320300613

CAPÍTULO 14 142

OCORRÊNCIA DE VULVOVAGINITES EM GESTANTES ATENDIDAS NO PRÉ-NATAL

Rhanye de Moura Cardoso

Ana Carla Marque da Costa
Bentinelis Braga da Conceição
Fernanda Lima de Araújo
Monyka Brito Lima dos Santos
Antônia Rodrigues de Araújo
Luzia Maria Rodrigues de Carvalho
Mariana Teixeira da Silva
Annielson de Souza Costa
Janete Brasil Torres
Barbara Maria Rodrigues dos Santos
Rosa Alves de Macêdo
Rosalina Ribeiro Pinto

DOI 10.22533/at.ed.47320300614

CAPÍTULO 15 156

TÓPICOS SOBRE SARAMPO

Mariana de Almeida Pinto Borges
Fátima Cristiane Pinho de Almeida Di Maio Ferreira
Laura Johanson da Silva
Catia Rustichelli Mourão
Cinthia Torres Leite
Edson Ferreira Liberal
Cláudio José de Almeida Tortori
Nebia Maria Almeida de Figueiredo
Emanuel Pereira dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.47320300615

CAPÍTULO 16 167

AValiação da Qualidade de Vida de Gestantes Internadas com Infecções e/ou Incontinência do Trato Urinário em uma Maternidade Pública de Teresina

Thalita de Moraes Lima

DOI 10.22533/at.ed.47320300616

CAPÍTULO 17 185

AS PERSPECTIVAS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM FRENTE AO MERCADO DE TRABALHO

Kamille Regina Costa de Carvalho
Adaliany Kelly Rosa
Bruna Furtado Sena de Queiroz
Francileuza Ciriaco da Cruz
Josane Carvalho Maia da Silva
Joseane Lima de Oliveira
Kamila Cristiane de Oliveira Silva
Letícia Soares de Lacerda
Sabrina Andrade da Silva
Raquel Gomes Gonzalez Aleluia

DOI 10.22533/at.ed.47320300617

CAPÍTULO 18 198

CONTRIBUIÇÕES DA GRADUAÇÃO PARA TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM NA BUSCA DA TRANSIÇÃO PROFISSIONAL

Annelise Barbosa Silva Almeida
Cristiane dos Santos
Kelbia Côrrea dos Santos
Aline Aparecida Bianchi Cavichioli
Michelly Kim de Oliveira Rosa Guimarães

Carina Pires Vidal da Silva

DOI 10.22533/at.ed.47320300618

CAPÍTULO 19 212

O CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM FRENTE À MORTE NO CAMPO DE PRÁTICA

Tayrine Nercya Torres

Samuel Lopes dos Santos

Kamila Cristiane de Oliveira Silva

Maria Idalina Rodrigues

Leidiana Nunes Silva

Lizandra Fernandes do Nascimento

Wemerson Gomes Silva

Maria Auxiliadora Lima Ferreira

Mateus Lopes dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.47320300619

CAPÍTULO 20 222

O ENSINO DA SAE NO CURRÍCULO INTEGRADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luanne Gomes Araújo

Sthefani Souza Settani

Thamires Iasmim de Sousa Bezerra

Vanessa Juvino de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.47320300620

SOBRE A ORGANIZADORA..... 229

ÍNDICE REMISSIVO..... 230

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA NEOPLASIA MALIGNA MAMÁRIA GESTACIONAL

Data de aceite: 05/06/2020

Veruska Sandim Vilela

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil – Dourados/MS

Sarah de Souza Araújo

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil – Dourados/MS

Lídia Batista de Môra

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Dourados/MS

Martinho Alves da Cunha Neto

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Dourados/MS

Natália Hoefle

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Dourados/MS

Priscila de Souza Araújo

Universidade Federal da Grande Dourados, Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologia de Alimentos da Faculdade de Engenharia – Dourados/MS

Cristiane Nava Duarte

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Dourados/MS

Karine Akemi Tomigawa Okama

Hospital Universitário da Universidade Federal

de São Paulo, Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência – São Paulo/SP

Alessandra de Cássia Leite

Faculdade Anhanguera – Dourados/MS

Ariane Calixto de Oliveira

Universidade Anhanguera Uniderp Agrárias – Campo Grande/MS

Denize Cristina de Souza Ramos

Universidade Anhanguera Uniderp Agrárias – Campo Grande/MS

Suellem Luzia Costa Borges

Universidade Anhanguera Uniderp – Campo Grande/MS

RESUMO: Este estudo aborda a atuação do enfermeiro diante a neoplasia maligna mamária gestacional, ao qual possui como objetivo identificar a importância e o papel do enfermeiro na atuação das atividades de promoção e proteção das gestantes que apresentam câncer de mama, abordando a importância do diagnóstico precoce; o estadiamento da doença; a atuação da assistência de enfermagem, envolvendo respectivos diagnósticos e intervenções; e o autoexame das mamas. O método abordado foi a revisão simples de literatura nas bases de dados LILACS, BIBLIOMED, BIREME, SCIELO, BVS, BDEF, NCBI e Ministério da Saúde, com

a busca em artigos e publicações do ano de 2005 a 2016, sendo evidenciado a escassez de textos científicos referentes ao assunto. Foram selecionados artigos em português e inglês, e excluído as referências duplicadas. Frente aos resultados, observa-se que é um tema não muito discutido, sendo assim, há falta de preparo por parte de alguns profissionais enfermeiros ao lidar com a situação. Assim, destaca-se o quanto é importante esses profissionais possuírem uma compreensão acerca do assunto e transporem a necessidade da gestante valorizar a prevenção através de um autocuidado para o rastreamento e possível diagnóstico precoce. Junto a isso, é preciso também fornecer ações educativas e consultas qualificadas com destaque ao exame físico de modo minucioso e humanizado.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer; Mama; Gravidez; Enfermeiro; Diagnóstico Precoce.

THE NURSE'S PERFORMANCE IN GESTATIONAL MALIGNANT BREAST NEOPLASIA

ABSTRACT: This study addresses the role of nurses in the face of gestational breast malignancy, which aims to identify the importance and role of nurses in the activities of promotion and protection of pregnant women who have breast cancer, addressing the importance of early diagnosis; disease staging; the performance of nursing care, involving respective diagnoses and interventions; and breast self-examination. The approached method was a simple literature review in the LILACS, BIBLIOMED, BIREME, SCIELO, BVS, BDNF, NCBI and Ministry of Health databases, with a search for articles and publications from 2005 to 2016, evidencing the scarcity of scientific texts on the subject. Articles in Portuguese and English were selected, and duplicate references were excluded. In view of the results, it is observed that it is a topic that is not much discussed, therefore, there is a lack of preparation on the part of some professional nurses when dealing with the situation. Thus, it is highlighted how important it is for these professionals to have an understanding of the subject and overcome the need for pregnant women to value prevention through self-care for screening and possible early diagnosis. Along with this, it is also necessary to provide educational actions and qualified consultations with emphasis on physical examination in a detailed and humanized way.

KEYWORDS: Cancer; Mama; Pregnancy; Nurse; Early Diagnosis.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer ou neoplasia maligna é uma doença crônica degenerativa, a ocorrência varia de acordo com a região, e seu surgimento pode estar associado ao tabagismo, excesso de peso, inatividade física, mudanças nos padrões reprodutivos associados à urbanização e desenvolvimento econômico (TORRE et al., 2015), uso de bebida alcoólica, hábitos alimentares, exposição à luz solar, além da influência do nível de escolaridade, faixa etária, expectativa de vida, entre outros (CARVALHO; TONANI; BARBOSA, 2005).

O câncer de mama associado à gravidez é definido como câncer de mama

diagnosticado durante a gravidez ou um ano após o parto, sendo uma apresentação clínica relativamente rara (SULEMAN et al., 2019). Aponta-se o câncer de mama como a segunda causa de neoplasia gestacional, ficando após o câncer de colo uterino, porém, em alguns países essas colocações estão sendo invertidas entre si (MOTTOLA JUNIOR et al., 2005). Segundo o Ministério da Saúde (2010), a incidência do câncer de mama na gestação é de 1 caso para 3.000 partos e a maioria dos tumores é carcinoma ductal invasivo, correspondendo de 80 a 100% dos casos.

A gestação é um ensejo para diagnosticar neoplasia maligna em mulheres que não possuíam o hábito de ir ao médico e realizar exames de rotina, porém, é de grande necessidade que a mesma tenha uma atenção detalhada e minuciosa, tendo em vista que a gravidez é sinônimo de vida e o câncer está relacionado ao adoecimento e até mesmo ao medo da morte.

O que mais desestabiliza a mulher é o diagnóstico de um câncer, especialmente pelo fato do medo que de algum modo a prejudica. O tema foi escolhido por ser um acontecimento relativamente raro, como também por ser escasso a literatura frente ao assunto e por gerar dúvidas e opiniões distintas entre os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros.

Com isso, o enfermeiro tem uma importância significativa na detecção precoce das neoplasias malignas, pois é de sua competência realizar o exame físico, orientar sobre o autocuidado durante as consultas de enfermagem, estabelecer uma assistência adequada e humanizada que permita minimizar o sofrimento da paciente e dos familiares.

Além disso, é essencial que o enfermeiro esclareça todas as dúvidas sobre a neoplasia maligna mamária gestacional, oferecendo incentivo e encorajamento ao propiciar um relacionamento de confiança e respeito mútuo. E é de grande valor essa mulher ter como base não só bons profissionais ao seu lado, mas literaturas que ajudem a acreditar e dar forças para seguir com a gestação, e tirar os pensamentos negativos de impotência que por muitas vezes chega a atormentá-la.

Frente aos obstáculos que essa gestante e seus familiares terão através da neoplasia maligna diagnosticada, qual a atuação da equipe de enfermagem e principalmente do enfermeiro em estabelecer uma assistência adequada?

O presente estudo teve como objetivo identificar a importância e o papel do enfermeiro na atuação das atividades de promoção e proteção das gestantes que apresentam câncer de mama, abordando a importância do diagnóstico precoce; o estadiamento da doença; a atuação da assistência de enfermagem, envolvendo respectivos diagnósticos e intervenções; e o autoexame das mamas

2 | MÉTODOS

Trata-se uma revisão literária simples utilizando as bases de dados LILACS, BIBLIOMED, BIREME, SCIELO, BVS, BDEF, NCBI e Ministério da Saúde, com as palavras-chave: câncer; mama; gravidez; enfermeiro; diagnóstico precoce, com a busca em artigos e publicações do ano de 2005 a 2016. Foram selecionados artigos em português e inglês, e excluído as referências duplicadas.

A análise dos dados coletados, tiveram fundamentação nos estudos sobre a atuação do enfermeiro diante a neoplasia maligna mamária na gestante. O estudo baseou-se em identificar a importância do enfermeiro diante o tema abordado, englobando principalmente as condutas a serem adotadas, como principalmente envolver o conhecimento da prevenção através do autocuidado e o acompanhamento no pré-natal.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico do câncer de mama gestacional é assustador para a mãe, principalmente quando o mesmo já está avançado. Assim, para a obtenção do diagnóstico precoce diante essa patologia, são fundamentais três estratégias: exame clínico anualmente das mamas, especialmente nas mulheres com 40 anos ou mais; autoexame realizado mensalmente; e exame mamográfico, que de preferência toda mulher entre 50 e 69 anos precisaria fazer a cada dois anos (BRASIL, 2016).

Segundo Bonfim et al. (2009), o único método capaz de identificar precocemente o câncer é através da mamografia, pois pode detectar uma neoplasia de baixo milímetro e que geralmente não seja palpável. É necessário que seja feita aproximadamente uma semana após a menstruação. Em casos de pessoas na família com câncer de mama, o rastreamento é iniciado a partir dos 35 anos. E durante a gravidez, ao contrário do que muitas literaturas dizem, a mamografia com proteção abdominal pode ser realizada, porém, após o primeiro trimestre de gravidez.

A hiperplasia, a secreção láctea, a vascularização aumentada e o edema acentuam a densidade do parênquima, complicam o exame físico, diminuem o contraste do tecido adiposo e afetam a interpretação da ultrassonografia e da mamografia (POSSETTE; MARTINS; NASTRI, 2009).

O diagnóstico do câncer de mama pode ser dado antes mesmo de ocorrer a gestação, ou ainda, a mulher descobre que está grávida no decorrer da doença. Na maioria das vezes que o diagnóstico é descoberto durante a gravidez, isso ocorre entre 17 e 25 semanas. Os sinais e sintomas muitas vezes são confundidos com os da gestação, sendo assim, o que mascara em mais de 50% o diagnóstico durante a gravidez (BRASIL, 2012).

Após identificado um nódulo suspeito através do exame clínico minucioso, é necessário que esse também seja investigado por exame de imagem e se preciso realizar

a biópsia, para então, ter a possível confirmação (MONTEIRO et al., 2014). Os principais exames de imagem são:

- USG (Ultrassonografia) mamária: É o exame destacado como o mais propício para este período, pelo fato de ter maior sensibilidade ao detectar a maioria das lesões no câncer de mama gestacional do que a mamografia, além de provocar menor risco ao feto (BRASIL, 2012);
- Mamografia: Com proteção abdominal pode ser feita durante a gravidez com riscos mínimos ao feto, já que é submetido a baixa radiação (0,04 cGy). Normalmente a não indicação está relacionada ao aumento da densidade, do tamanho e da vascularização glandular da mama na gestação, o que inibe a interpretação do resultado (KETTELHUT; MODENA, 2008);
- Punção aspirativa: A PAAF (Punção Aspirativa com Agulha Fina) ou a biópsia é para verificar se há malignidade, mas durante a gravidez não é um método aconselhável, pois já houve frequentemente vários resultados falso-positivos, portanto é dificultada a interpretação em virtude das alterações histológicas (BRASIL, 2012);
- Core biópsia: É o método mais apropriado para investigar a possível malignidade. Deve ser feito com cuidado, visto que possui o risco de formação de fístula de leite, hematoma e infecção, mas como prevenção a amamentação deve ser interrompida (se preciso) antes do procedimento (BRASIL, 2012). Para Monteiro et al. (2014), esse procedimento é apropriado para o diagnóstico definitivo de câncer invasivo, enquanto a PAAF é para diagnosticar a massa mamária.

Após a confirmação de malignidade, é importante dar atenção ao estadiamento, limitando técnicas que não irão afetar o feto. O raio X de tórax com proteção abdominal é classificado como seguro, expondo o feto somente a 0,01 cGy. Já a TC (Tomografia Computadorizada) deve ser evitada, pois exhibe o feto a 8,9 cGy, sendo considerada uma dose muito elevada. E a RNM (Ressonância Nuclear Magnética) poderá ser uma alternativa para o diagnóstico, mas é recomendado evitar durante o primeiro trimestre de gestação e esperar para que as informações de seus efeitos sejam mais conhecidas e divulgadas (KETTELHUT; MODENA, 2008).

Para Figueiredo (2016), conforme a gravidade em que apresenta, a doença é dividida em 5 estágios:

- Estágio 0: É quase sempre curável, pois as células cancerosas ainda estão compostas nos ductos. É considerado como não-invasivo;
- Estágio 1: Quando o tumor dá início à invasão nos tecidos vizinhos. Mede até 2cm;
- Estágio 2: Pode ou não se espalhar para a axila e ainda ser considerado um câncer invasivo. Mede de 2 a 5cm;
- Estágio 3: Quando o tumor é espalhado no seio e pode gerar raízes nas axilas, sendo assim, é considerado invasivo. Mede mais de 5cm;
- Estágio 4: Há a presença de metástases em outros órgãos, como por exemplo, os ossos, cérebro, fígado e pulmões.

Durante todo processo e dificuldade de aceitação, a gestante e seus familiares passam a ter preocupações, especialmente quando se refere ao câncer, a ponto de pensar

se realmente estão com um bom profissional, ou seja, se estão em boas mãos, pois muitos não estão preparados para enfrentar essa situação, tendo uma gama de preocupações tanto com o decorrer da gravidez, quanto o impacto de incertezas sobre a vida da mãe com o feto. E, com isso, é importante que os profissionais de saúde, preferencialmente os enfermeiros, estejam preparados para tomarem decisões com sua equipe a respeito ético, científico, legal e religioso. O diagnóstico de um câncer na gestação para quem vivencia é definido como um caso traumático (LIMA et al., 2009).

Ao longo do pré-natal e após a abordagem do autoexame das mamas, qualquer alteração encontrada deve ser submetida à tríade, à qual envolve e aborda o exame físico, o estudo histopatológico e o estudo por imagem (BRASIL, 2012).

O exame físico é respaldado em medida relevante durante o pré-natal e após o parto, porém, a questão do enfermeiro estar preparado, contribui para a detecção precoce. E a prevenção é importante nesse processo, em que abrangem-se ações de educação em saúde, onde o profissional de enfermagem estimula de alguma forma a gestante a participar do serviço de saúde, essencialmente voltados ao autocuidado (FERNANDES et al., 2011).

Como forma de prevenção é necessário o envolvimento de todos os profissionais, principalmente do enfermeiro, onde devem conhecer os fatores de risco, a epidemiologia e os sintomas voltados aos cânceres, como também é de grande relevância dar continuidade de modo qualitativo aos cuidados prestados no processo de reabilitação e tratamento (CARVALHO; TONANI; BARBOSA, 2005).

A gestação é um dos principais motivos que leva a mulher a ir em busca dos serviços de saúde para acompanhar o pré-natal, então, é uma oportunidade para que os enfermeiros possam rastrear o acometimento do câncer, pois os sinais e sintomas podem ser mascarados ou confundidos durante a gravidez, onde algumas podem apresentar nódulos indolores fixos ou até mesmo de pequeno tamanho nas axilas e/ou pescoço que por um simples descuido podem passar despercebidos por conta do ingurgitamento e do aumento de volume das mamas, fadiga, falta de apetite, mal-estar, dor na mama, dispneia, alterações nos mamilos (lesões e secreções), pele da mama avermelhada e até mesmo com retração e característica às vezes parecida com casca de laranja (LIMA et al., 2009).

Para esses autores, as mulheres, principalmente as gestantes, normalmente não possuem um absoluto e profundo conhecimento sobre o câncer mamário. A maioria apresenta déficit de conhecimento do autoexame das mamas, o que desfavorece o diagnóstico e terapia precoces e mostra a necessidade da assistência de enfermagem qualificada.

Além disso, é importante envolver as mulheres nas ações educativas, incentivar o autocuidado, ensinar a técnica do autoexame e principalmente mostrá-la durante a consulta de enfermagem, fornecendo orientações corretas para que a paciente não faça errado em casa. E o enfermeiro durante o procedimento fornecido, tem o papel de dar o

foco no seu trabalho de modo humanizado e acolhedor, deixando claro sobre a prevenção e a promoção da saúde, para diminuir as taxas de morbimortalidade pelo câncer de mama (THUM et al., 2008).

O enfermeiro é o profissional que possui um papel imprescindível na prevenção e detecção do câncer, ao qual poderá diminuir perdas de vidas ou permanece-las em melhores situações de sobrevivência, pela questão de passar à população feminina o conhecimento dos fatores voltados ao câncer de mama, bem como realizar ações preventivas e orientar frente ao diagnóstico precoce. Então, é importante que o profissional enfermeiro esteja atualizado acerca do assunto (LIMA et al., 2009).

Todo profissional de saúde deveria valorizar a história de cada paciente gestante com câncer mamário, com o pensamento de não colocar limite somente em investigá-la de modo clínico ou priorizar apenas a doença, mas sim envolver essa gestante de uma maneira geral, principalmente em atribuir a total importância com o psicológico da mesma e aproximar os membros da família com o intuito de ajudá-la no enfrentamento, para então, tornar-se mais autoconfiante (FARINHAS; WENDLING; ZANON, 2013).

É no período de gestação que gera mais dúvidas e questionamentos, ainda mais se essa gestante possui uma neoplasia maligna mamária, pois o desespero e o medo de não conseguir enfrentar a situação são prevaletidos, e são através desses questionamentos que todas as informações devem ser repassadas e todas as dúvidas sanadas, ainda assim, mesmo que no começo essa não absorva totalmente as respostas e orientações. É necessário que o atendimento seja valorizado, fornecendo atenção e uma escuta qualificada (CAPELOZZA et al., 2014).

Nessa perspectiva a assistência prestada deve ser de qualidade para a saúde materna e neonatal, compreendendo a paciente de forma geral (corpo e mente) e considerar o ambiente em que vive de maneira social, cultural, física e econômica. Para isso, é de suma importância ter como implementação a disposição multidisciplinar e integral à essas mulheres e favorecer que a avaliação seja contínua e individualizada por conta de conceitos éticos ao decorrer do pré-natal. Porém, é preciso também que o enfermeiro veja não apenas as decisões por parte da gestante, mas que inclua a sua família com ênfase aos aspectos éticos, legais, psicológicos e religiosos (BRASIL, 2005).

Nas unidades básicas de saúde o atendimento domiciliar (visita domiciliar) é representado por uma estratégia de atenção à saúde, ou seja, sendo relevante e capaz de individualizar a assistência prestada com privacidade e segurança na casa da paciente, envolvendo a família nas metas estabelecidas no planejamento e principalmente na execução dos cuidados que serão concedidos (CARVALHO; TONANI; BARBOSA, 2005).

Ainda segundo esses autores, o enfermeiro deve ter autonomia de modo correto para cada procedimento realizado ou informação fornecida, identificando estratégias para proporcionar a prevenção e detecção precoce do câncer de mama e, dependendo da necessidade, desenvolver novos planos; analisar as condições e recursos para colocar

em prática essas estratégias; e avaliar o custo de cada ação de saúde perante uma forma efetiva de intervir em cada uma. E nas ações, abordar assuntos como: medidas de prevenção; fatores de risco; detecção precoce do câncer de mama principalmente frente à gestação; tratamento; reabilitação; e recidiva.

Um dos medos e desafios enfrentados pelas gestantes que possuem câncer e por suas famílias é a ausência de profissionais devidamente capacitados. Então, é indispensável que todo enfermeiro seja habilitado e qualificado para enfrentar qualquer situação, tanto de maneira teórica quanto prática, para orientar principalmente sobre o tratamento (efeito) e sintomas. Não só o enfermeiro, mas a equipe de enfermagem precisa ter postura ética e acolher a paciente, sendo capazes de realizar a comunicação e demonstrar respeito perante cada instante, especialmente ao longo e após o tratamento, com o principal papel de acompanhá-la, a fim de evitar recidivas (VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

Durante a assistência na atuação de enfermagem, essa mulher deve ser orientada sobre todas as medidas, como para a higiene oral, os riscos de infecções, e principalmente referente ao abortamento, onde muitas vezes podem ocorrer pela falta de conhecimento ao tratamento ou pelo próprio abalo emocional ao pensar em tirar a sua própria vida como a do filho (MOTTOLA JUNIOR et al., 2005). Portanto, ao decorrer do processo, aumenta o risco mãe-feto, onde a ansiedade toma conta de si. Em vista disso, quanto mais essa gestante ser informada e orientada, mais confiança passará a ter e possuirá mais chances de superar o momento (COSTA et al., 2006).

Para a obtenção de uma melhor atuação da enfermagem, a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) é um método privativo do enfermeiro que irá fornecer segurança e qualidade na assistência prestada, sendo um processo para identificar estratégias para as situações de saúde/doença. A SAE é constituída por cinco etapas, sendo elas: histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de Enfermagem; implementação de enfermagem; e avaliação ou evolução de enfermagem (COFEN, 2009; CRESPO, 2012).

Diante a sistematização no processo saúde/doença do câncer mamário gestacional, foram levantados alguns dos principais diagnósticos e intervenções de enfermagem, sendo abordados desde a negação (normalmente por conta do impacto do diagnóstico), até a aceitação (quando começa a enfrentar a situação) dessa gestante frente ao câncer, conforme mostrados nos Quadros 1 e 2.

Os Quadros 1 e 2 mostram os diagnósticos e as intervenções de enfermagem frente a paciente gestante com câncer mamário.

Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, relacionado a fatores psicológicos, caracterizado pela falta de interesse na comida.
Padrão respiratório ineficaz, relacionado à dor e ansiedade, caracterizado pela dispneia.
Insônia, relacionado à ansiedade e desconforto físico, caracterizado pelo relato de dificuldade de adormecer e estado de saúde diminuída.
Conhecimento deficiente, relacionado à falta de exposição às informações, caracterizado pela verbalização do problema.
Desesperança, relacionado ao estresse prolongado, caracterizado por indicações verbais com a gestação e o câncer.
Baixa autoestima crônica, relacionado à situação traumática, caracterizado pela avalia a si mesmo como incapaz de lidar com os acontecimentos.
Amamentação interrompida, relacionado a contra-indicações à amamentação, caracterizado pelo uso de citostáticos no processo de quimioterapia ou por conta da mastectomia.
Processos familiares disfuncionais, relacionado às habilidades de enfrentamento inadequadas, caracterizado pelo relato de sentimento de incompreensão.
Isolamento social, relacionado a alterações na aparência física, caracterizado pela doença (consequência do tratamento) por conta da mastectomia e queda de cabelo.
Risco de binômio mãe-feto perturbado, relacionado às complicações da gestação.
Disposição para enfrentamento melhorado, caracterizado por procurar suporte social e utilizar recursos espirituais.
Risco de infecção, relacionado à doença crônica.
Ansiedade relacionada à morte, relacionado à antecipação do impacto da própria morte sobre os outros, caracterizado pelo relato de medo do processo de morrer.
Risco de automutilação, relacionado aos sentimentos negativos.
Disposição para autoconceito melhorado caracterizado por expressar o desejo de melhorar o autoconceito.
Dor aguda, relacionado à agentes lesivos, caracterizado pelo relato verbal de dor.
Náusea, relacionado à gravidez ou aos medicamentos (efeitos da quimioterapia/ radioterapia), caracterizado pela sensação de vontade de vomitar.
Disposição para conhecimento melhorado, caracterizado por expressar interesse em aprender o autoexame das mamas.

Quadro 1. Diagnósticos de enfermagem à paciente gestante com câncer de mama envolvendo a negação e a aceitação da doença

Fonte: NANDA (2012-2014).

Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, relacionado a fatores psicológicos, caracterizado pela falta de interesse na comida.
Padrão respiratório ineficaz, relacionado à dor e ansiedade, caracterizado pela dispneia.
Insônia, relacionado à ansiedade e desconforto físico, caracterizado pelo relato de dificuldade de adormecer e estado de saúde diminuída.
Conhecimento deficiente, relacionado à falta de exposição às informações, caracterizado pela verbalização do problema.
Desesperança, relacionado ao estresse prolongado, caracterizado por indicações verbais com a gestação e o câncer.
Baixa autoestima crônica, relacionado à situação traumática, caracterizado pela avalia a si mesmo como incapaz de lidar com os acontecimentos.

Amamentação interrompida, relacionado a contra-indicações à amamentação, caracterizado pelo uso de citostáticos no processo de quimioterapia ou por conta da mastectomia.
Processos familiares disfuncionais, relacionado às habilidades de enfrentamento inadequadas, caracterizado pelo relato de sentimento de incompreensão.
Isolamento social, relacionado a alterações na aparência física, caracterizado pela doença (consequência do tratamento) por conta da mastectomia e queda de cabelo.
Risco de binômio mãe-feto perturbado, relacionado às complicações da gestação.
Disposição para enfrentamento melhorado, caracterizado por procurar suporte social e utilizar recursos espirituais.
Risco de infecção, relacionado à doença crônica.
Ansiedade relacionada à morte, relacionado à antecipação do impacto da própria morte sobre os outros, caracterizado pelo relato de medo do processo de morrer.
Risco de automutilação, relacionado aos sentimentos negativos.
Disposição para autoconceito melhorado caracterizado por expressar o desejo de melhorar o autoconceito.
Dor aguda, relacionado à agentes lesivos, caracterizado pelo relato verbal de dor.
Náusea, relacionado à gravidez ou aos medicamentos (efeitos da quimioterapia/radioterapia), caracterizado pela sensação de vontade de vomitar.
Disposição para conhecimento melhorado, caracterizado por expressar interesse em aprender o autoexame das mamas.

Quadro 2. Intervenções de enfermagem à paciente gestante com câncer de mama

Fonte: POTTER; PERRY (2005).

Diante de cada intervenção de enfermagem, espera-se que todos os resultados esperados sejam alcançados, como por exemplo, melhorar a nutrição e o padrão respiratório da paciente; diminuir a ansiedade e o medo da mesma frente à gestação e à doença; aumentar a sua autoestima e autoconceito; evitar o risco de infecção; melhorar o conforto; entre outros. Estes que serão colocados em prática para incentivar a paciente e seus familiares a enfrentarem todos os obstáculos.

Em relação ao autoexame, de acordo com Alquimin et al. (2011), é um processo ao qual a mulher pode executá-lo sozinha, onde de forma visual e por palpação é realizado preferencialmente em frente ao espelho. A execução deve ser feita preferencialmente entre o sétimo e o décimo dia do período menstrual, a contar do primeiro dia, mas se caso a mulher não menstruar, este deve ser feito pelo menos uma vez ao mês para ter como objetivo que a mulher conheça a sua própria mama, a fim de favorecer e promover um diagnóstico precoce.

Na consulta de enfermagem, o exame físico deve ser realizado de forma minuciosa, pois na literatura pesquisada, consta-se alta taxa de mulheres que não fazem/não sabem realizar ou nunca fizeram o autoexame das mamas, o que muitas vezes inviabilizam o rastreamento (CARVALHO et al., 2009). A Figura 2 mostra a técnica de como realizar o autoexame nas mamas.



Figura 1. Técnica de como realizar o autoexame nas mamas

Fonte: COREN – BA (2017).

4 | CONCLUSÕES

O estudo mostrou que é de suma importância que toda mulher dê prioridade ao seu autocuidado e que o profissional enfermeiro ao recebê-la durante a consulta de pré-natal possibilite um rastreamento e um acompanhamento minucioso, pois a gravidez pode ser o único motivo que essa gestante a procurar o serviço de saúde.

É fundamental que o binômio mãe-feto não seja rejeitado durante o manejo, pois juntamente com seus familiares, a maioria mostram o desejo de lutar frente a situação. E além do exame físico que deve ser fornecido de modo minucioso, também há exames de imagem e laboratoriais realizados que classificam quanto ao estadiamento da doença, ao qual poderá ir do estágio 0 ao 4, dependendo da gravidade.

É preciso que o profissional enfermeiro esteja preparado ao fornecer informações necessárias e crie estratégias, avaliando as condições e realidade de custos da sua região para fazerem ações educativas em saúde como forma de prevenção, podendo incentivar o autocuidado a cada gestante e mostrar como rastrear precocemente a doença e, assim, envolver os membros da família com o intuito de ajudá-la no enfrentamento, sendo relevante realizar a comunicação, mostrar respeito diante a situação para orientar e sanar todas as dúvidas, pois assim, essas gestantes terão mais confiança e passarão a ter mais chances de superar o momento.

O enfermeiro deve fazer a busca ativa e, se preciso, ir até essas mães (realizar a visita domiciliar), levantar os diagnósticos em cada caso e intervir de modo atencioso em cada realidade para incentivar a paciente e seus familiares a enfrentarem os obstáculos. É essencial priorizar não apenas a doença, mas envolver a gestante como um todo

(corpo e mente), em fornecer toda atenção através da escuta qualificada e deixar claro a cada atendimento sobre a prevenção e a promoção de saúde, para que as taxas de morbimortalidade sejam diminuídas.

REFERÊNCIAS

ALQUIMIN, A. F.; LADEIA, L. S. A.; RODRIGUES, R. K.; OLIVEIRA, V. B.; ÉSCOBAR, E. G. V. F.; MENEZZI, P. T. S. D. **Diagnóstico de câncer de mama na gestação: há dificuldades adicionais?**. Revista Femina, v. 39, n. 5, 2011.

BONFIM, I. M.; ALMEIDA, P. C.; ARAÚJO, I. M. A.; BARBOSA, I. C. F. J.; FERNÁNDES, A. F. C. **Identificando fatores de risco e as práticas de autocuidado para detecção precoce do câncer de mama em familiares de mastectomizadas**. Revista Rene, v. 10, n. 1, p. 45-52, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 304 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 302 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2005. 158 p. (Série A. normas e manuais técnicos).

CAPELOZZA, M. L. S. S.; PECANHA, D. L.; MATTAR, R.; SUN, S. Y. **A dinâmica emocional de mulheres com câncer e grávidas**. Boletim - Academia Paulista de Psicologia, v. 34, n. 86, p. 151-170, 2014.

CARVALHO, E. C.; TONANI, M.; BARBOSA, J. S. **Ações de enfermagem para o combate ao câncer desenvolvido em unidades básicas de saúde de um município do estado de São Paulo**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 51, n. 4, p. 297-303, 2005.

CARVALHO, L. C. et al. **Percepção subjetiva das pacientes submetidas à cirurgia de câncer de mama sobre alterações nas atividades de vida diária**. Revista funcional, v. 2, n. 2, p. 74-87, 2009.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Estabelece sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 out. 2009. Seção I, p. 179.

COREN – BA. Conselho Regional Enfermagem – Bahia. **Outubro Rosa: mês de conscientização sobre o câncer de mama**. 2017. Disponível em: <http://ba.corens.portalcofen.gov.br/outubro-rosa-mes-de-conscientizacao-sobre-o-cancer-de-mama_34795.html>. Acesso em: 03/10/2017.

COSTA, C. L. R.; LOURES, L. F.; ARAÚJO, D. A. C.; SOUZA, L. C. **Câncer de mama durante a gestação: revisão bibliográfica**. HU Revista, v. 32, n. 4, p. 109-114, 2006.

CRESPO, Adriana. Americas Centro de Oncologia Integrado. **Sistematização da Assistência de Enfermagem**. 2012. Disponível em: <<http://www.americas oncologia.com.br/sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem/>>. Acesso em: 03/10/2017.

FARINHAS, G. V.; WENDLING, M. I.; ZANON, L. L. D. **Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador.** Pensando famílias, v. 17, n. 2, 2013.

FERNANDES, A. F. C.; SANTOS, M. C. L.; SILVA, T. B. C.; GALVÃO, C. M. **O prognóstico de câncer de mama na gravidez: evidências para o cuidado de enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 19, n. 6, p. 1-10, 2011.

FIGUEIREDO, Patrícia. **Estadiamento no Câncer de Mama- Você sabe o que significa?**. Disponível em: <<http://dascoisasquetenhoaprendido.com.br/2016/09/25/estadiamento-no-cancer-de-mama/>>. Acesso em: 03/10/2017.

KETTELHUT, J. C.; MODENA, M. A. B. **Câncer de mama e gestação.** Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 10, n. 4, p. 1-4, 2008.

LIMA, A. P.; TEIXEIRA, R. C.; CORRÊA, A. C. P.; OLIVEIRA, Q. C. **Câncer de mama e de colo uterino no período gestacional: uma revisão de literatura.** Revista Ciência, Cuidado e Saúde, v. 8, n. 4, p. 699-706, 2009.

MONTEIRO, D. L. M.; MENEZES, D. C. S.; NUNES, C. L.; ANTUNES, C. A.; ALMEIDA, E. M.; TRAJANO, A. J. B. **Câncer de mama na gravidez: diagnóstico e tratamento.** Revista HUPE, v. 13, n. 3, p. 68-72, 2014.

MOTTOLA JUNIOR, J.; BERRETTINI JUNIOR, A.; MAZZOCATO, C.; LAGINHA, F.; FERNANDES, C. E.; MARQUES, J. A. **Câncer de mama associado à gravidez: um estudo de caso/controle.** Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia, v. 24, n. 9, p. 585-591, 2005.

NANDA. **Diagnóstico de enfermagem NANDA: Definições e classificações 2012-2014.** Porto Alegre: ArtMed, 2012.

POSSETTE, P. L. S.; MARTINS, L. P.; NASTRI CO. **The importance of breast ultrasound during pregnancy and lactation.** Revista EURP, v. 1, n. 4, p. 202-210, 2009

POTTER, P.; PERRY, A. **Fundamentos de enfermagem.** 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
SULEMAN, K.; OSMANI, A. H.; HASHEM, H. A.; TWEGIERI, T. A.; AJARIM, D.; JASTANIYAH, N. et al. **Behavior and Outcomes of Pregnancy Associated Breast Cancer.** Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, v. 20, n. 1, p. 135-138, 2019.

THUM, M.; HECK, R. M.; SOARES, M. C., DEPRÁ, A. S. **Câncer de colo uterino: percepção de mulheres sobre a prevenção.** Revista Ciência, Cuidado e Saúde, v. 7, n.4, p. 509-516, 2008.

TORRE, L. A.; BRAY, F.; SIEGEL, R. L.; FERLAY, J.; LORTET-TIEULENT, J.; JEMAL, A. **Global cancer statistics, 2012.** CA: Cancer Journal for Clinicians, v. 65, p. 87-108, 2015.

VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B.; SHIMO, A. K. K. **Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama.** Revista da escola de enfermagem da USP, v. 41, n. 2, 2007.

A BRINCADEIRA NO PROCESSO DE CUIDAR EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO

Data de aceite: 05/06/2020

Data da submissão: 11/03/2020

Thaís Emanuele da Conceição

Residente de Enfermagem na Área de Neonatologia pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF/Fiocruz.

Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0471891460781813>

Claudia Regina Menezes da Rocha Pôças

Doutora em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da UERJ. Enfermeira da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Grande Rio – Professor José de Souza Herdy – UNIGRANRIO.

Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4307337255702631>

Antônia da Conceição Cylindro Machado

Doutora em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da UERJ. Enfermeira da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Grande Rio – Professor José de Souza Herdy – UNIGRANRIO.

Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7074703728247125>

RESUMO: Objetivo: relatar a utilização da brincadeira durante a assistência de enfermagem em uma enfermaria pediátrica de um hospital infantil e desenvolver um material orientador que auxilie no atendimento à criança hospitalizada. Método: trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo relato de experiência, desenvolvido durante as atividades acadêmicas práticas, realizado em um hospital municipal infantil, localizado no Rio de Janeiro/ RJ, em abril de 2018. Discussão: A partir da realização da brincadeira no âmbito hospitalar foi criada uma descrição para a implementação da brincadeira na assistência de enfermagem, como um guia prático ilustrativo que relata os dez passos para a implementação da brincadeira na assistência de enfermagem. Conclusão: a partir deste estudo, recomenda-se que a atividade da brincadeira seja incorporada à prática de enfermagem para que o processo de enfermagem ocorra sem danos ao paciente e para que o mesmo seja atendido em todos os níveis de sua necessidade.

PALAVRAS-CHAVE: Criança; Cuidados de enfermagem; Processo de enfermagem; Enfermagem pediátrica.

ABSTRACT: Objective: To report the use of play during nursing care in a pediatric ward of a children's hospital and to develop guidance material to assist in the care of hospitalized children. Method: This is a qualitative research, of the experience report type, developed during the practical academic activities, carried out in a municipal children's hospital, located in Rio de Janeiro / RJ, in April 2018. Discussion: from the accomplishment of the play in the hospital A description was created for the implementation of play in nursing care, as an illustrative practical guide that reports the ten steps for the implementation of play in nursing care. Conclusion: From this study, it is recommended that the activity of play be incorporated into nursing practice so that the nursing process occurs without harm to the patient and that it is met at all levels of their need.

KEYWORDS: Child; Nursing care; Nursing process; Pediatric nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O processo de hospitalização pediátrica é uma experiência estressante e traumática, podendo determinar distúrbios comportamentais diversos na criança, que vão da agressividade à apatia, que se não for adequadamente tratada, deixará marcas em sua saúde mental (NERES, 2017). O brinquedo terapêutico estruturado possibilita à criança aliviar a ansiedade gerada por experiências atípicas à sua idade. É uma técnica não diretiva, que deve ser usada sempre que houver dificuldade em compreender ou lidar com a experiência e tem a função de auxiliar no preparo da criança para procedimentos terapêuticos, a fim de fornecer a compreensão do tratamento e esclarecer os conceitos errôneos (RIBEIRO et al., 2003). Contrapondo o brinquedo terapêutico, existe o brincar terapia, que também é um método lúdico, divertido e não diretivo, que proporciona ao profissional autonomia e controle no processo de cuidar e à criança, liberdade de expressar seus sentimentos e vontades.

Considerando que o cuidado de enfermagem deve garantir a atenção integral à criança, entende-se que é preciso incluir o brincar na assistência, seja na orientação aos pais e cuidadores sobre sua importância na vida da criança, visando à promoção do desenvolvimento infantil, seja na utilização pelo enfermeiro na atenção direta à criança, visando os fins terapêuticos que proporciona (COSTA, 2016).

O uso do brincar pela enfermeira tem sido apontado, ao redor do mundo, como uma estratégia capaz de mediar a relação enfermeira-criança e família, preparar a criança para os procedimentos, principalmente os invasivos, diminuir a dor e promover meios para que ela desenvolva adaptação efetiva às diversas circunstâncias que a hospitalização lhe impõe, melhorando o enfrentamento frente à hospitalização (PILLAI et al., 2011).

Considerando a problemática apresentada, este estudo objetivou relatar a utilização da brincadeira durante a assistência de enfermagem em uma enfermaria pediátrica de um hospital infantil.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo relato de experiência, desenvolvido durante as atividades acadêmicas práticas da disciplina de estágio supervisionado, sob supervisão de um preceptor vinculado à Universidade, realizado em um hospital municipal infantil, localizado, Rio de Janeiro/ RJ, em abril de 2018. A realização do cuidado de enfermagem ocorreu em uma enfermaria pediátrica, com crianças, cuja escolaridade variou de pré-escolar a escolar, acometidas por diversos tipos de patologias e acompanhadas por seus representantes legais e/ou cuidadores.

Para a realização da prática assistencial, houve revisão de artigos e livros que abordassem o assunto e trouxessem embasamento para a aplicação da estratégia, além de evidências que relatassem a atuação do enfermeiro dentro deste contexto. Além disso, todos os prontuários das crianças internadas na enfermaria da ala pediátrica do hospital público, os registros anteriores, tanto da equipe médica, como da equipe de enfermagem, as fichas de dados sociais, emitidas pelos profissionais responsáveis, foram lidos e a análise do ambiente no qual estavam os leitos foi feita.

A partir da leitura dos registros, ocorreu um estudo documental específico das crianças, bem como, o motivo da internação que auxiliou na tomada de decisão para a implementação da atividade.

3 | DISCUSSÃO

Na primeira semana de ensino clínico em um hospital público pediátrico, cujo local de desempenho de atividades foi na enfermaria pediátrica, a implantação da assistência ocorreu de forma complicada, pois, as crianças da ala hospitalar não estavam colaborativas. A realização dos cuidados, na semana referida, foi difícil, pois, os pais não foram colaborativos e os pequenos não eram solícitos. Os pais são os principais auxiliares do profissional enfermeiro, porém, muitos negaram que houvesse manipulação da criança para o exame físico, outros, relataram que tal prática não era necessária, já que a criança não estava colaborativa.

Todo o processo mostrou que trabalhar com crianças precisava de mais do que organização, sendo, portanto, necessário pensar nas possibilidades de melhoria no cuidado, de forma a, colocar a criança como centro e, também, inserir o acompanhante como mais do que um moderador e sim como meio de acesso.

Como mecanismo de acesso definiu-se a brincadeira, sendo necessário buscar

estratégias de implementação da mesma, através de literatura. Para a realização, foi organizada a atividade de acordo com alguns materiais lidos, como relatos de atividades com desenhos e lápis de cor e até relatos que trouxessem a brincadeira, propriamente dita, para a assistência, porém, nenhum trabalho apresentou a experiência a fim, de forma que fosse possível entender como o processo seria para o profissional, além de ser para a criança.

Foram elementos importantes no processo de planejamento: a compreensão de que se tratava de uma clientela diferenciada, o entendimento que o local de realização da prática não era o habitual da criança, o respeito pelo processo de trabalho dos profissionais plantonistas e o desejo de trazer inovação à prática de enfermagem. A proposta da atividade era proporcionar uma assistência de qualidade e a redução de estressores ocasionados por tal.

A visita ocorreu de forma individualizada e organizada, com a utilização de uma fantasia de material plástico e colorido, que possuía coroa e varinha, caracterizando uma princesa. A clientela do dia, era dividida em meninos e meninas, com faixas etárias diferentes, acompanhada de seu respectivo cuidador, a mãe.

A entrada na enfermaria era de caráter formal, com o intuito de realizar os primeiros cuidados de enfermagem do dia, como realização do histórico de enfermagem, através da coleta de dados e exame físico céfalo-caudal, com o intuito de levantar problemas em potencial e adquirir informações que pudessem embasar o Processo de Enfermagem, entendendo ser uma metodologia que vem sendo cada vez mais implementada na prática assistencial, conferindo maior segurança aos pacientes, melhora da qualidade da assistência e maior autonomia aos profissionais de enfermagem (TANNURE, 2014), além de obrigatório aos serviços privados ou públicos em que ocorre o cuidado do profissional de enfermagem (COFEN, 2009).

No momento de entrada na ala hospitalar com a caracterização mencionada, as crianças demonstraram reações diferentes e inusitadas, o que chamou a atenção, pois, ao invés das atitudes reativas, de negação e choro ao manuseio da prestação de cuidados de enfermagem, houve alegria, liberdade na comunicação, afetividade, relacionamento interpessoal, desinibição e conforto tanto com relação à criança quanto de seu cuidador.

O acompanhante, antes reativo e impaciente, demonstrou uma postura diferente, permitindo o cuidado de enfermagem, sendo foi possível notar a tranquilidade no rosto do mesmo e a felicidade em ver que o atendimento não estava sendo doloroso e nem incômodo, mas sim, prazeroso para o menor, o que tornou as coisas muito mais fáceis. Além disso, o cuidador mostrou-se aberto e concordante com a prática que presenciou, além de surpreso com o que viu, pois relatou que em todo o processo de internação e sua permanência ao lado da criança, nenhum profissional havia utilizado tal método. A fantasia remeteu à curiosidade, o que fez com que a assistência de enfermagem, antes engessada num contexto teórico, cuja prática era mecanizada, tornou-se dinâmica e

flexível, possibilitando a atuação profissional na íntegra, com o cumprimento de todos os pontos necessários, sem que houvessem estressores.

Ao final da realização dos cuidados de enfermagem, as crianças demonstraram tristeza com o término e sinalizaram interesse na continuidade da brincadeira, simulando necessidade de cuidados, através de relato de dor, claramente, não existente. Todo processo de enfermagem ocorreu de forma amena, facilitada, organizada e adequada à necessidade do indivíduo, sendo possível, através da brincadeira, atuar. A partir do exposto, a brincadeira foi aceita naquele âmbito hospitalar.

Além disso, foi possível perceber a importância do cuidado centrado nas necessidades da criança, de forma a colocá-la como um indivíduo com voz e necessidades a serem atendidas e que, cabe ao profissional enfermeiro, enquanto gestor do cuidado, se adequar a elas.

Através do relato surgiu a ideia de criar uma proposta de abordagem a partir da brincadeira, algo que fosse lúdico e metodológico, que impulsionasse os profissionais a realizar práticas lúdicas no âmbito pediátrico, a fim de, possibilitar uma assistência voltada ao cuidado. Com isso, foi criada uma descrição dos passos com ideias para a implementação da brincadeira na assistência de enfermagem, como um guia de prática assistencial à criança.

Assim, surgiu o Brinca Enfermagem, um guia prático ilustrativo, em forma de material didático, que relata os 10 passos para a implementação da brincadeira na assistência de enfermagem. 1º passo: Faça uma visita prévia à ala pediátrica, para observar o perfil dos pacientes internados e realizar uma avaliação visual com relação à clientela; 2º passo: Leia minuciosamente o prontuário de cada clientela na enfermaria pediátrica, local onde ocorrerá o cuidado de enfermagem; 3º passo: Elabore um plano de cuidados, a partir da leitura, de acordo com a necessidade de cada um; 4º passo: Utilize a brincadeira da forma que melhor atender à criança hospitalizada, podendo ser uma fantasia infantil, gorro divertido ou arcos enfeitados; 5º passo: Introduza a brincadeira no momento da abordagem à criança ou quando entrar na enfermaria e estiver à vista de todas; 6º passo: Explique a atividade ao acompanhante para que o mesmo possa ser introduzido no cuidado; 7º passo: Conduza a brincadeira de acordo com o processo de enfermagem, explicando a metodologia de forma que a criança entenda; 8º passo: Realize os cuidados de enfermagem necessários à assistência; 9º passo: Após realizar os cuidados, finalize o atendimento agradecendo à adesão da criança e apoio do cuidador; 10º passo: Registre a assistência de enfermagem prestada no prontuário, de forma clara e descreva todo o método utilizado durante a mesma, para que outros profissionais, de outras áreas, possam utilizá-lo, entendendo sua importância para a criança hospitalizada.

Com a criação dos passos para a implementação da assistência, foi criado um material ilustrativo, em formato de cartaz colorido, contendo uma descrição cronológica de todo o processo vivenciado, com imagens coloridas que demonstram o papel do profissional

enfermeiro em atendimento à criança hospitalizada, dentro do contexto da metodologia lúdica. Como o material foi confeccionado em forma de cartaz, é possível disponibilizá-lo nos locais relacionados à gestão à vista, para que fique à mostra do profissional responsável pelo setor e para que a equipe de enfermagem tenha conhecimento e possa incentivar a utilização de maneira adequada. A ideia principal é disponibilizar nos locais onde o cuidado de enfermagem pediátrico é realizado, para que todos os profissionais enfermeiros estejam habituados com tal prática e familiarizados com a estratégia.

4 | CONCLUSÃO

No dia a dia hospitalar, observa-se que há pouca adesão dos profissionais enfermeiros às atividades que facilitem o cuidado à criança hospitalizada, seja pelo pouco conhecimento relacionado à prática ou pela falta de sensibilidade com relação à clientela.

Então, visando o exercício da profissão de enfermagem, entende-se que o enfermeiro é o gestor do seu cuidado, sendo um dos responsáveis, dentro de uma equipe multiprofissional, pela criação de vínculo entre o profissional e o paciente. Sendo assim, ao realizar a estratégia lúdica, foi possível aplicar a humanização no processo de cuidar da criança, sem colocar em foco às práticas técnicas e procedimentos invasivos, mas atendendo às necessidades do paciente e adquirindo uma escuta ativa às suas necessidades, fazendo com que seja um participante no seu próprio sistema de reabilitação e cura.

Além disso, a inclusão do acompanhante foi extremamente importante, já que o mesmo se sentiu incluí-lo no processo de cuidar e auxiliou de forma ativa à prática assistencial, de maneira a tranquilizar à criança, para que o cuidado fosse realizado. Por fim, foi possível notar que a atividade realizada com as crianças hospitalizadas, evidenciou que brincar é um artifício necessário e aplicável para encarar o processo de internação hospitalar, pois proporciona apoio à criança e propicia criação vínculo e uma relação interpessoal assertiva, além disso, tal experiência possibilitou incorporar uma prática, cuja abordagem não é discutida dentro das disciplinas de saúde da criança e nem incentivada no ensino clínico, portanto, a ideia de incorporar este conteúdo temático, de forma a ser melhor trabalhado e incentivado no campo de prática proporcionará ao profissional uma melhor abordagem à criança hospitalizada.

A partir deste estudo, recomenda-se que a atividade da brincadeira seja incorporada à prática de enfermagem nos locais onde o cuidado à criança é realizado, para que o processo de enfermagem ocorra sem danos ao paciente e para que o mesmo seja atendido em todos os níveis de sua necessidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Resolução COFEN nº 358 de s.m. de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2009 Out 15. Disponível em <<http://site.portalcofen.gov.br>>. Acesso em <25 Set. 2018>.

COSTA, Danieli Teles Liviéri et al. **O brincar na assistência de enfermagem à criança-revisão integrativa.** Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. I v, v. 16, n. 1, p. 36-43, 2016.

HOCKENBERRY MJ, Wilson D, Winkelstein ML. **WONG Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.** 9ª ed. Rio de Janeiro e São Paulo: Elsevier, 2014.

MOTTA AB, Enumo SRF. **Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil.** Psicol Estud. 2004 jan./abr; 9(1): 19-28.

NERES, Mariana Vulcano; CORREA, Ione. **O brincar e o brinquedo terapêutico como instrumentos lúdicos na assistência de enfermagem ao pré-escolar.** REVISTA UNINGÁ, v. 35, n. 1, 2017.

OLIVEIRA RR, Oliveira ICS. **Os doutores da alegria na unidade de internação pediátrica: experiências da equipe de enfermagem.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 12, n. 2, p. 230-236, 2008.

PILLAI, Riddell R; Racine, N; Turcotte, K; Uman, L; Horton, R; Din Osmun L, et al. **Nonpharmacological management of procedural pain in infants and young children: an abridged Cochrane review.** Pain res Manag. 2011;16(5):321-30.

RIBEIRO CA; BORBA RIH; REZENDE MA. **O brinquedo na assistência à saúde da criança.** In: Fujimori E, Ohara CVS. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri: Manole; 2009, p. 287-327.

RIBEIRO, CA; MARIA, EBS; GUIMARÃES, RN. **O significado da medicação intratecal para a criança pré-escolar: expresso em sua brincadeira.** Rev. Paul Enferm. 2003; 22 (3):268-76.

TANURE, Meire Chucre. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático/** Meire Chucre Tannure, Ana Maria Pinheiro, 2º ed. – [Reimpr.] – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.il.

ABORDAGEM E IMPLICAÇÕES TERAPÊUTICAS DO CÂNCER MAMÁRIO GESTACIONAL

Data de aceite: 05/06/2020

Veruska Sandim Vilela

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil – Dourados/MS

Sarah de Souza Araújo

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil – Dourados/MS

Lídia Batista de Môra

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – Dourados/MS

Martinho Alves da Cunha Neto

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados –Dourados/MS

Natália Hoefle

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados –Dourados/MS

Cristhiane Rossi Gemelli

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil – Dourados/MS

Josiane Ribeiro dos Santos Santana

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil – Dourados/MS

Mirele Aparecida Schwengber

Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil – Dourados/MS

Alessandra de Cássia Leite

Faculdade Anhanguera – Dourados/MS

Denize Cristina de Souza Ramos

Universidade Anhanguera Uniderp Agrárias – Campo Grande/MS

Suellem Luzia Costa Borges

Universidade Anhanguera Uniderp – Campo Grande/MS

RESUMO: O presente estudo aborda o câncer mamário gestacional, ao qual possui como objetivo atualizar os profissionais diante o conhecimento dessa patologia, abordando as evidências literárias; as alterações fisiológicas; o tratamento; o impacto do diagnóstico; e o enfrentamento diante o aleitamento materno. O método abordado foi a revisão literária simples na base de dados LILACS, BIBLIOMED, BIREME, SCIELO, BVS, BDENF, NCBI e Ministério da Saúde, com a busca em artigos e publicações do ano de 2005 a 2016. Foram selecionados artigos em português e inglês, excluindo as referências duplicadas. Dentre os resultados, destaca-se que é um tema não

muito discutido, sendo assim, há falta de informação por parte de alguns profissionais, acarretando por muitas vezes dúvidas e ideias contraditórias frente ao assunto. Em termos conclusivos, destaca-se a importância desses profissionais possuírem um conhecimento acerca do assunto e transmitirem a necessidade da gestante valorizar a prevenção para o devido rastreamento. E com isso, vale ressaltar a importância de priorizar não apenas a doença, mas a paciente como um todo (processo saúde/doença).

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasia maligna; Mama; Gravidez; Diagnóstico; Tratamento.

APPROACH AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS OF GESTATIONAL BREAST CANCER

ABSTRACT: The present study addresses gestational breast cancer, which aims to update professionals in the face of the knowledge of this pathology, addressing the literary evidence; physiological changes; the treatment; the impact of the diagnosis; and coping with breastfeeding. The approached method was a simple literary review in the LILACS, BIBLIOMED, BIREME, SCIELO, BVS, BDNF, NCBI and Ministry of Health database, with the search for articles and publications from 2005 to 2016. Articles in Portuguese and English, excluding duplicate references. Among the results, it is highlighted that it is a topic that is not much discussed, therefore, there is a lack of information on the part of some professionals, which often leads to doubts and contradictory ideas regarding the subject. In conclusive terms, the importance of these professionals to have knowledge about the subject and convey the need for pregnant women to value prevention for proper screening is highlighted. And with that, it is worth emphasizing the importance of prioritizing not only the disease, but the patient as a whole (health / disease process).

KEYWORDS: Malignant neoplasm; Mama; Pregnancy; Diagnosis; Treatment.

1 | INTRODUÇÃO

A neoplasia mamária gestacional é um tipo de câncer, que está entre as principais causas de neoplasia gestacional. O surgimento pode estar relacionado a vários fatores que interagem entre si, como o uso de bebida alcoólica e os hábitos alimentares (MOTTOLA Jr. et al., 2005; TORRE et al., 2015; SULEMAN et al., 2019)

No período gestacional que, geralmente, é diagnosticado câncer em mulheres que não tinham o costume de ir ao médico e realizar exames de rotina. Por isso, a necessidade de uma assistência em saúde direcionada a esta situação, uma vez que a gestante passa por uma série de sentimentos negativos, principalmente àqueles relacionados ao tratamento.

Um dos grandes problemas que mais abala a mulher é o diagnóstico de uma neoplasia maligna, especialmente por conta do medo que de alguma forma a prejudica. Nessa perspectiva, o tema foi escolhido por ser um evento relativamente raro, como também pela escassez da literatura e por ser um assunto que gera dúvidas e opiniões divergentes entre os profissionais de saúde e o enfrentamento da gestante diante a neoplasia que

possui.

Além disso, é importante que os profissionais da saúde tenham conhecimento acerca do assunto para incentivar e encorajar a paciente que por muitas vezes possui pensamentos de impotência, podendo fornecer o esclarecimento de todas as dúvidas.

O presente estudo teve como objetivo atualizar os profissionais diante o conhecimento dessa patologia, abordando as evidências literárias; as alterações fisiológicas; o tratamento; o impacto do diagnóstico; e o enfrentamento diante o aleitamento materno.

2 | MÉTODOS

Para a realização do estudo foi feita uma revisão literária na base de dados LILACS, BIBLIOMED, BIREME, SCIELO, BVS, BDNF, NCBI e Ministério da Saúde, com as palavras-chave: neoplasia maligna; mama; gravidez; diagnóstico; tratamento, com a busca em artigos e publicações do ano de 2005 a 2016. Foram selecionados artigos em português e inglês e ao final, as referências duplicadas foram excluídas.

A análise dos dados coletados tiveram fundamentação nos estudos sobre o câncer de mama na gestante. Após leituras prévias, foram feitas leituras mais minuciosas e analíticas, com o intuito de alcançar os objetivos propostos. Optando-se pela procura por descritores controlados e não-controlados, sendo assim, houve um maior número de referências recuperadas, garantindo a identificação da maioria dos artigos e trabalhos publicados dentro dos critérios pré-estabelecidos.

O estudo baseou-se em identificar as principais dificuldades da gestante diante do câncer, englobando principalmente as condutas que a mesma deve adotar juntamente com profissionais qualificados, como a questão de que se essa mulher pode amamentar, se deve interromper ou não a gestação, qual tratamento deve ser feito e principalmente envolver o conhecimento frente à prevenção.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O termo neoplasia maligna ou câncer para a maioria das mulheres é de se assustar, caracterizado como uma doença fatal, onde traz a essas gestantes a ideia de morte e insegurança, ou seja, com imaginação que é algo que cresce e destrói (VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005). É uma doença que acomete não só a mulher, mas também o seu sistema familiar, que é composto de pessoas que irão ajudá-la principalmente no processo inicial, pois o diagnóstico causa vários impactos, principalmente emocionais, cognitivos e comportamentais (BRASIL, 2010).

A falta de informação referente ao câncer de mama gestacional dificulta a prevenção e leva ao diagnóstico tardio, então, é necessário que essa mulher esteja orientada sobre

o autocuidado e para possíveis mudanças fisiológicas nas mamas, pois é um assunto escasso e pouco esclarecedor por parte dos profissionais da saúde, gerando dúvidas e ideias contraditórias de que se podem ou não gerar o filho e se deverão interromper a gestação. Medidas preventivas, principalmente direcionadas às já acometidas pela doença, poderão diminuir perdas de vida (VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005).

Durante a gestação, pode haver um atraso no diagnóstico da neoplasia maligna por conta de alguns fatores, como: o fato de levar a paciente a pensar que jamais terá alguma doença durante a gravidez; sinais e sintomas serem confundidos com os da gestação; e alterações fisiológicas que criam uma barreira para o exame físico (SCHÜNEMANN JUNIOR et al., 2007). Essas alterações e o motivo de alguns exames, como a mamografia, não serem de costume no pré-natal e do autoexame não ser frequentemente realizado por algumas gestantes, torna-se o diagnóstico dificultoso, expondo a sobrevivência dessas mulheres (ALQUIMIN et al., 2011).

O fato da mulher estar gestante não altera a neoplasia e não é recomendável o abortamento, mas os riscos aumentam, como a prematuridade e a restrição de crescimento, aos quais acompanhados com o medo, dificulta o enfrentamento (MARTINS; LUCARELLI, 2012). Então, a confirmação gestacional e o tempo de gestação são importantes para deliberações terapêuticas materno-fetais de formas consentidas e seguras (MENDONÇA et al., 2013).

Com base nas evidências literárias, há indicações de que a gestação não agrava o câncer de mama e que o prognóstico não aparenta ser diferenciado das não grávidas, frente ao estágio da doença e mesma idade. E já quando relacionado à mulher jovem, independentemente em estar gestante ou não, essa tem probabilidade a um pior prognóstico (FERNANDES et al., 2011). No Brasil, o câncer é um sério problema de saúde pública, em especial quando a maioria das portadoras de câncer no sistema reprodutor não apresentam sintomas específicos, o que complica e acaba levando a um diagnóstico tardio (SILVA; VENÂNCIO; ALVES, 2015).

Porém, ainda assim, o período gestacional é uma forma da mulher procurar um serviço de saúde, dando oportunidade para diagnosticar se há algum tipo de neoplasia que a acomete, mas a atenção direcionada a essas gestantes deve ter um exame clínico detalhado por parte do profissional de saúde, principalmente do enfermeiro (RODRIGUES et al., 2016).

Segundo a American Cancer Society (2016), a mama feminina é composta por tecido adiposo e tecido conjuntivo que circundam os ductos e lobos, vasos linfáticos e sanguíneos (estroma), por pequenos tubos que levam o leite dos lobos ao mamilo (ductos) e por glândulas produtoras de leite. Grande parte dos cânceres de mama inicia nas células que revestem os ductos, outros nas células que reveste os lobos e uma pequena parte começa em outros tecidos.

As alterações que mais acontecem nas mamas durante a gravidez são a descarga

papilar espontânea, a hipertrofia e o ingurgitamento mamário (AMANT et al., 2012). Assim, dificulta a identificação de massas discretas e demora no diagnóstico de câncer mamário, pois normalmente mostra-se como uma massa palpável e indolor. É necessário observar que uma massa mamária que estiver presente por pelo menos quatro semanas, deve ser investigada (SAEED; SHAFI, 2011).

A partir do segundo mês de gestação, as mudanças transcorrem do estímulo estrogênico, cooperando para uma hipoecogenicidade difusa aguda (ALQUIMIN et al., 2011). No segundo e terceiro trimestre, a ação da progesterona é mais ressaltada, pois as células alveolares tornam-se células sensíveis ao estímulo de prolactina e secretoras de colostro em que dificultam o exame físico, diminuem o contraste do tecido adiposo, afetam a interpretação de exames, como a mamografia e ultrassonografia, visto que a vascularização aumenta e o edema acentua a densidade do parênquima (POSSETTE; MARTINS; NASTRI, 2009).

É de fundamental importância que toda mulher tenha um autocuidado minucioso durante a sua vida, até mesmo antes da gestação mas, muitas vezes, a gravidez é o motivo único que faz com que essa mulher procure de forma espontânea os serviços de saúde para buscar o acompanhamento de pré-natal, porém, essa procura pode ser tarde demais e gerar possibilidades para rastreamento de um câncer de mama (ALQUIMIN et al., 2011). Não há pareceres concretos de que a gravidez após o câncer de mama comprometa a sobrevivência da paciente, mas é de grande relevância aguardar no mínimo dois anos depois de terminar o tratamento para ter uma nova gestação, entretanto, apenas 7% consegue engravidar depois do câncer, talvez por consequência da infertilidade adquirida pela quimioterapia ou até mesmo da idade (BRASIL, 2012).

A estratégia terapêutica em gestantes com câncer de mama irá depender de várias considerações, destacando o tipo de câncer, o estadiamento da doença, a idade gestacional no momento do diagnóstico e saber da paciente e de seus familiares qual a conduta desejável por eles diante o tratamento. Cada mulher deve ser atendida de forma única e pessoal, pois é necessário preconizar um suporte atencioso ao binômio mãe e filho considerando o risco benefício (RODRIGUES et al., 2016). O abortamento não é recomendável e dependendo do tipo de tratamento, podem ocorrer perdas fetais, restrição de crescimento e prematuridade (MARTINS; LUCARELLI, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (2012), o tratamento mais indicado para as gestantes com câncer de mama é a mastectomia. Entretanto, há a cirurgia conservadora (retirada do tumor com uma margem de segurança, à qual é preservado a maior parte da mama), que é viável se a radioterapia puder ser prorrogada até o pós-parto, pois a mesma não é segura durante a gravidez. E a possibilidade de reconstrução mamária deve ser analisada de forma individual.

A maior parte das pacientes realiza a mastectomia com linfadenectomia, que é a retirada cirúrgica parcial ou total das mamas com a retirada de gânglios presentes na

axila. Este é o procedimento que há mais segurança nos tumores dos estádios I, II e III operáveis, e indicado em qualquer fase (KETTELHUT; MODENA, 2008).

A quimioterapia é indicada a partir do segundo trimestre até a 35^a semana gestacional, pois quando a mesma é realizada no primeiro trimestre, há risco de abortamento. Já quando é feita a partir da 35^a semana, poderá ocorrer parto prematuro e baixo peso ao nascer. O tamoxifeno, ao qual se tornou imprescindível na terapia de mulheres com câncer de mama, na gestante deve ser adiado para o pós-parto, já que há chances evidentes de ter defeitos craniofaciais, pois o mesmo e seus metabólitos interagem com os tecidos fetais e embrionários que estão em crescimento (BRASIL, 2012).

O grupo de medicamentos antineoplásicos de ação antimitótica mais eficaz e seguro é o taxanos, pois faz com que o prognóstico de mulheres com câncer de mama melhore (os mais utilizados são o paclitaxel e o docetaxel) e o tratamento com antracíclicos (epirrubicina e doxorrubicina) pode ser feito de modo seguro durante o segundo e terceiro trimestre gestacional (MIR et al., 2010).

Durante o trabalho de parto, deve-se evitar o uso da quimioterapia, pois o citostático penetra na circulação fetal pela placenta, sendo que alterações mielotóxicas podem ocorrer tanto na mãe como no feto. Em torno da terceira a quarta semana antes do parto, se estiver ocorrendo o uso, esse citostático deve ser suspenso para evitar complicações materno-fetais (SCHÜNEMANN JUNIOR et al., 2007).

A radioterapia é contraindicada, pois a radiação durante a terapia possui um nível elevado em comparação ao diagnóstico radiológico colocando o feto a um risco de toxicidade, mas para não acometê-lo, baixas doses podem ser usadas para a irradiação de algumas regiões na mãe. Geralmente, é aconselhável realizar radioterapia após o parto, porém, essa espera para realização não poderá ultrapassar três meses (KETTELHUT; MODENA, 2008). Em contrapartida, para Loibl et al. (2006), na primeira metade da gestação, a radioterapia pode ser utilizada e o tratamento complementar com a mesma pode ser adiado sem maiores prejuízos até o pós-parto. E para Schünemann Junior et al. (2007), a radioterapia sempre que possível, deve ser evitada durante a gestação pelo fato de poder ocorrer alterações fetais em todas as fases gestacionais, até mesmo das mais avançadas.

É de elevada importância ressaltar que a anestesia geral pode dar complicação e ocorrer diversas mudanças fisiológicas no organismo da mãe, como o aumento do trabalho cardíaco, da frequência cardíaca, do volume sanguíneo circulante, entre outras (MARTINS; LUCARELLI, 2012).

Há alguns anos, ao falar de câncer de mama na gravidez, pensava-se que para melhorar o resultado terapêutico era necessário a interrupção da gestação, o que não foi realmente comprovado (BRASIL, 2012). Nesse âmbito, é necessário destacar que o tratamento do câncer de mama gestacional deve ser planejado de modo cuidadoso, levando em conta os riscos que podem ser ocasionados para o feto em desenvolvimento

(KETTELHUT; MODENA, 2008).

A Figura 1 mostra o fluxograma de condutas nas gestantes com câncer mamário.

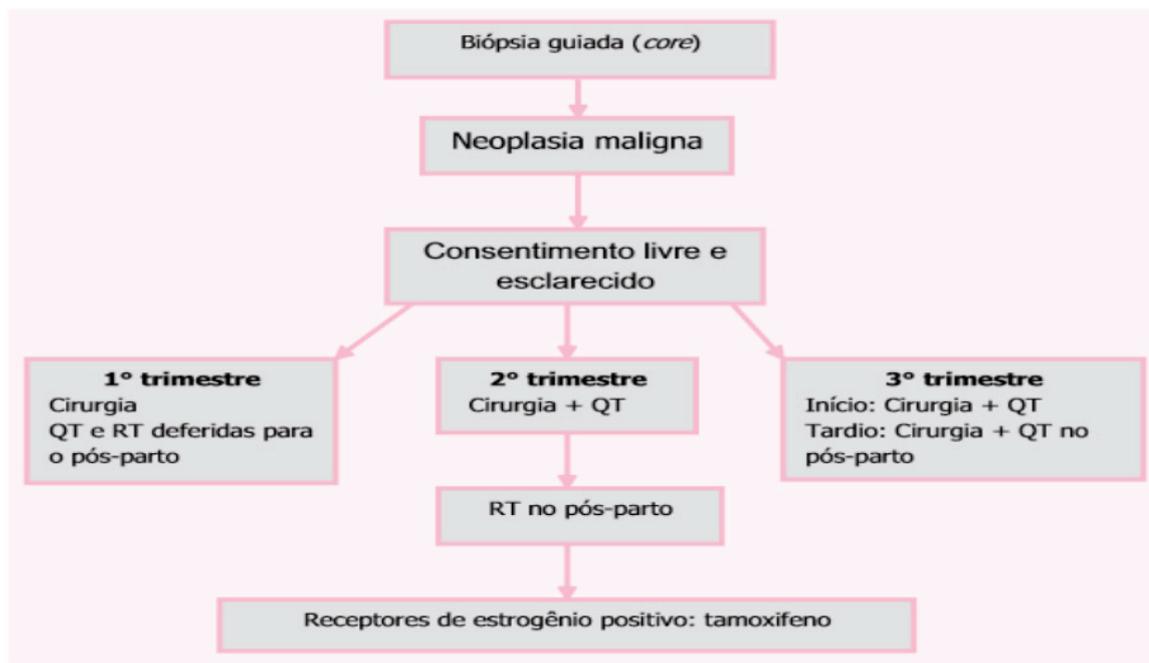


Figura 1. Fluxograma de conduta nos casos de câncer de mama

Fonte: BRASIL (2012).

Literaturas usadas no século XIX baseavam-se na teoria das neoplasias, em especial as malignas, serem incuráveis e não possuíam nenhum tipo de intervenção. Essas e outras afirmativas foram motivos de preocupação e condutas indesejáveis como o abortamento, sem conceder a gestante a oportunidade de procurar um profissional capacitado. As grávidas, então, passam a tomar atitudes precipitadas pelo fato dessa neoplasia trazer sofrimento, acarretando conflitos emocionais. Por isso, é de grande importância o binômio mãe-feto não ser ignorado durante o manejo do câncer associado à gestação (COSTA et al., 2006).

É essencial que essas mulheres estejam preparadas para enfrentarem a situação e se conscientizem em relação ao autocuidado entre mãe e feto (MONTEIRO et al., 2014). Devido os diversos desafios que enfrentarão, como a dificuldade da realização do diagnóstico no período gestacional, os cuidados adotados em casos de abordagem cirúrgica, a determinação e os riscos na preservação da gestação e de adiar o tratamento (LIMA et al., 2009). Mas, é importante ressaltar que quanto mais cedo for feito o diagnóstico, menores são as complicações, e em caso de qualquer modificação detectada, é preciso encaminhar essa gestante para um serviço especializado (RODRIGUES et al., 2016).

Apesar de não ser frequente, o câncer de mama causa disseminação mais rapidamente nas gestantes, sendo de difícil detecção já que a mama durante esse período sofre alterações, o que normalmente dispõe um diagnóstico tardio. Além da falta

de segurança por parte de quem vivencia, traz mudanças estéticas e psicológicas, visto que é uma situação delicada (FERNANDES et al., 2011).

Geralmente a doença durante a gravidez é descoberta já em estágio avançado, isso acontece, pois, o diagnóstico é mascarado por que o ingurgitamento mamário pode ensombrar a massa na palpação, dificultando assim, a visualização mamográfica por conta do aumento da densidade do tecido (BRASIL, 2012). E a massa mamária identificada com pelo menos quatro semanas, deve ser averiguada (FERREIRA; SPAUTZ, 2014).

A diferença do diagnóstico de uma doença oncológica para qualquer outra doença, é que a primeira relaciona-se na finitude da vida, pois muitos mitos e fantasias são aparecidos para a paciente, principalmente frente ao tratamento. Ao receber o diagnóstico, a pessoa reage de uma maneira diferente se em comparação com outra patologia, já que o câncer está vinculado à dor, ao tratamento invasivo e à morte, sendo assim, causa medo nas pessoas (CEOLIN, 2008). Uma das principais consequências em decorrência de uma neoplasia maligna é o sentimento de incerteza perante aos problemas e mudanças enfrentados (FERREIRA et al., 2010).

De acordo com Garcia e Daiuto (2016), receber um diagnóstico de câncer é um impacto, sendo que no momento da notícia normalmente as pacientes se sentem perdidas, abaladas e desestabilizadas emocionalmente. Diante a consulta, quem recebe o diagnóstico, pouco absorve as informações passadas pelo médico, pois é uma surpresa para a mesma, tomando a sua mente de forma cruel. Com isso, essa paciente sofre um estágio de reações psíquicas que são divididos em 5 fases que podem variar de acordo com cada pessoa. Sendo elas:

- **Negação:** A paciente duvida do diagnóstico, pensa na possibilidade do médico ter se enganado, pois não consegue admitir que esteja ocorrendo consigo mesma;
- **Revolta/Raiva:** Passa pela experiência de forma agressiva, se sente culpada ou coloca culpa nos outros, principalmente contra Deus. Caso haja alguma religião, sempre questiona-se “Por que comigo?”. É a fase em que não dá a oportunidade de outras pessoas ajudá-la;
- **Barganha:** Quando tenta negociar sua melhora a troca de promessas. É o momento que negocia as suas atitudes e projetos de mudanças pessoais da vida com Deus. É uma situação de desespero, prometendo ser uma pessoa melhor para livrá-la dessa;
- **Depressão:** A paciente se sente derrotada. Em algumas vezes pode ocorrer o isolamento e acaba agravando o seu estado de saúde. É quando mostra-se sem energia, desanimada, apática e chora muito;
- **Aceitação:** É a fase final, a qual ela levanta a cabeça e enfrenta o problema, onde procura se informar de toda situação e passa a ser mais participativa durante todo o processo.

Então, é importante destacar que cada paciente vivencia de maneira pessoal a experiência de uma neoplasia maligna e as circunstâncias psicossociais envolvidas

nesse andamento. Em algumas gestantes há a negação perante a doença como modo de defesa, o que poderá vir a ser perigoso e danificar a adesão ao tratamento, diante disso, a escuta ativa é a melhor forma dessa mulher obter segurança para encarar a situação (CAPELOZZA et al., 2014).

Segundo Vieira; Lopes; Shimo (2007), o câncer está associado à incapacidade de uma vida normal e à mutilação, onde a mulher acaba entrando em contato com uma série de sentimentos que perturbam, sendo que vários deles são negativos e envolvem diretamente o psicológico. Para a gestante e a família diante um câncer de mama, o sentimento que mais toma conta é o medo da morte. Em muitos países, o tratamento passa a ser feito já tarde demais, pois, para a grande parte da sociedade, as informações não chegam à maioria das pacientes que desenvolveram a doença (VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005).

Após o diagnóstico recebido, como forma de estratégia de enfrentamento contra principalmente à depressão ou até mesmo aos pensamentos suicidas, muitas pacientes com suas famílias procuram alternativas para se distraírem. Então, como forma de lidar com situações de estresse e dificuldade, buscam ajuda em: grupos de apoio aos familiares de doença oncológica; psicoterapia; consultas com um psicólogo; e além do apoio psicológico, dirigem-se à espiritualidade/religiosidade, onde através da fé, é lançado força e perseverança em tolerar a doença e o tratamento, para assim, superar os medos e a insegurança nos momentos delicados (FARINHAS; WENDLING; ZANON, 2013).

Acredita-se que apesar de todo sofrimento e incertezas, a mulher faz a escolha de que seguirá a gestação pelo simples fato do desejo de ser mãe, sendo que ao invés de deixar a morte tomar conta, acaba lutando pela vida. E referente à mama, a mesma é um órgão que se associa à identidade feminina, pois para muitas é representada como forma de sensualidade e de feminilidade incluída na mulher. Então, assim como a mama, a gestação também se relaciona aos papéis femininos, sendo uma importante transição de mulher para mãe. Portanto, para a mulher, ela só se sentirá completamente mãe se amamentar, pois é um ato que está voltado diretamente à maternidade, ainda mais quando essa se depara com campanhas na Saúde Pública que incentiva o aleitamento materno (VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005).

Ao longo do tratamento, é possível que a amamentação esteja impossibilitada, pois é necessário cessá-la, para assim, impedir a congestão que complicaria a cirurgia ou a ingestão de substâncias quimioterápicas pelo recém-nascido, como por exemplo, a doxorrubilina, a ciclofosfamida, o methotrexate e a cisplatina. A prática de amamentar só deve ser executada preferencialmente após 2 a 4 semanas que foram completadas as séries de quimioterapia. No caso da cirurgia conservadora, esta deve ser adiada de 3 a 6 meses (no mínimo) após o final do aleitamento, principalmente para que a mama recupere as suas características da fase pré-gestacional (GONÇALVES, 2007). E para as gestantes que se submeterem à mastectomia bilateral, infelizmente fica inviável

a amamentação, já na mastectomia unilateral se a mulher não estiver fazendo o uso de quimioterápicos ou radioterápicos e a única mama for sadia, pode-se permitir a amamentação. Então, é de grande importância que essas gestantes tenham profissionais capacitados, principalmente enfermeiros, em ajudá-las a enfrentar a situação, e dar as possíveis orientações necessárias (BRASIL, 2010).

4 | CONCLUSÕES

A partir deste estudo verificou-se que o câncer mamário gestacional não repercute apenas a gestante, mas também seus familiares e acaba sendo visto, muitas vezes, como uma doença fatal, principalmente quando se há falta de informação, causando dúvidas diversas e até mesmo levando a um diagnóstico tardio ainda mais quando as pacientes não possuem sintomas específicos. É fundamental, portanto, que toda mulher dê prioridade à prevenção e que o profissional de saúde forneça uma atenção minuciosa à mesma.

O impacto do diagnóstico da doença para a gestante é muito grande, por isso, é importante que o binômio mãe-feto não seja ignorado durante o manejo, onde cada mulher vivencia de maneira pessoal uma série de sentimentos (negação, revolta/raiva, barganha, depressão e aceitação). Apesar disso, muitas delas com suas famílias possuem o desejo de lutar e buscar ajuda para enfrentar a situação, como por exemplo, em grupos de apoio. Mas ainda assim, acaba sendo um choque após o parto, excepcionalmente durante a amamentação, pois o ato de amamentar possui grande importância para a mãe, mas dependendo do tratamento, o aleitamento materno será impossibilitado.

É necessário que todos os profissionais nas equipes de saúde estejam preparados com autonomia e conhecimento necessário ao proporcionar as informações desejadas, sabendo orientar principalmente sobre a importância do processo de reabilitação, tratamento e sintomas, individualizando a assistência prestada em cada caso e envolver os membros da família com o intuito de ajudá-la no enfrentamento.

REFERÊNCIAS

ALQUIMIN, A. F.; LADEIA, L. S. A.; RODRIGUES, R. K.; OLIVEIRA, V. B.; ÉSCOBAR, E. G. V. F.; MENEZZI, P. T. S. D. **Diagnóstico de câncer de mama na gestação: há dificuldades adicionais?**. Revista Femina, v. 39, n. 5, 2011.

AMANT, FRÉDÉRIC; LOIBL, S.; NEVEN, P.; VAN CALSTEREN, K. Breast Cancer in Pregnancy. Lancet, v. 379, n. 9815, p. 570-579, 2012.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **What is breast cancer?**. Ago. 2016. Disponível em: <<https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>>. Acesso em: 13/08/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de Alto Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 304 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestão de Alto Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 302 p. (Série A. Normas e manuais técnicos).

CAPELOZZA, M. L. S. S.; PECANHA, D. L.; MATTAR, R.; SUN, S. Y. **A dinâmica emocional de mulheres com câncer e grávidas**. Boletim - Academia Paulista de Psicologia, v. 34, n. 86, p. 151-170, 2014.

CEOLIN, V. E. S. A família frente ao diagnóstico do câncer. In: Hart, C. F. M. (Org.). **Câncer: Uma abordagem psicológica**. Porto Alegre: AGE, 2008, p.118-128.

COSTA, C. L. R.; LOURES, L. F.; ARAÚJO, D. A. C.; SOUZA, L. C. **Câncer de mama durante a gestação: revisão bibliográfica**. HU Revista, v. 32, n. 4, p. 109-114, 2006.

FARINHAS, G. V.; WENDLING, M. I.; ZANON, L. L. D. **Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador**. Pensando famílias, v.17, n. 2, 2013.

FERNANDES, A. F. C.; SANTOS, M. C. L.; SILVA, T. B. C.; GALVÃO, C. M. **O prognóstico de câncer de mama na gravidez: evidências para o cuidado de enfermagem**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 19, n. 6, p. 1-10, 2011.

FERREIRA, L. R. G.; SPAUTZ, C. C. **Câncer de mama associado à gestação**. Revista Femina. v. 42., n. 4, 2014.

FERREIRA, N. M. L.; DUPAS, G.; COSTA, D.B.; SANCHEZ, K. O. I. **Câncer e família: Compreendendo os significados simbólicos**. Revista Ciência, Cuidado e Saúde, v. 9, n. 2, p. 269-277, 2010.

GARCIA, T. A.; DAIUTO, P. R. **A paciente com câncer de mama e as fases do luto pela doença adquirida**. Revista Uningá Review, v. 28, n. 1, p. 106-112, 2016.

GONÇALVEZ, H. Neoplasias extragenitais e da mama na gravidez. In: SOGIMIG. **Ginecologia e Obstetrícia: manual para concursos TEGO**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2007. p. 854-859.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Tipos de câncer: Mama**. Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tipos_decancer/site/home>. Acesso em: 14/05/2017.

KETTELHUT, J. C.; MODENA, M. A. B. **Câncer de mama e gestação**. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, v. 10, n. 4, p. 1-4, 2008.

LIMA, A. P.; TEIXEIRA, R. C.; CORRÊA, A. C. P.; OLIVEIRA, Q. C. **Câncer de mama e de colo uterino no período gestacional: uma revisão de literatura**. Revista Ciência, Cuidado e Saúde, v. 8, n. 4, p. 699-706, 2009.

LOIBL, S.; MINCKWITZ, G.; GWYN, K.; ELLIS, P.; BLOHMER, J.; SCHLEGELBERGER, B. et al. **Breast Carcinoma during Pregnancy: International recommendations from an expert meeting**. Cancer, v. 106, n. 2, p. 237-46, 2006.

MARTINS, M. M.; LUCARELLI, A. P. **Câncer de mama e gestação**. Revista Femina, v. 40, n. 4, 2012.

MENDONÇA, G. S.; ARTILES, C. B.; BARBOSA, F. P.; MENDONÇA, S. B. **Câncer de Mama e Gestação: Relato de Caso e Revisão de Literatura**. Revista Científica da FMC, v. 8, n. 2, 2013.

MIR, O.; BERVEILLER, P.; GOFFINET, F.; TRELUYER, J. M.; SERREAU, R.; GOLDWASSER, F.; ROUZIER, R. **Taxanes for breast cancer during pregnancy: a systematic review**. Annals of Oncology, v. 21, n. 2, p. 425-426, 2010.

MONTEIRO, D. L. M.; MENEZES, D. C. S.; NUNES, C. L.; ANTUNES, C. A.; ALMEIDA, E. M.; TRAJANO, A. J. B. **Câncer de mama na gravidez: diagnóstico e tratamento**. Revista HUPE, v. 13, n. 3, p. 68-72, 2014.

MOTTOLA JUNIOR, J.; BERRETTINI JUNIOR, A.; MAZZOCCATO, C.; LAGINHA, F.; FERNANDES, C. E.; MARQUES, J. A. **Câncer de mama associado à gravidez: um estudo de caso/controle**. Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia, v. 24, n. 9, p. 585-591, 2005.

POSSETTE, P. L. S.; MARTINS, L. P.; NASTRI CO. **The importance of breast ultrasound during pregnancy and lactation**. Revista EURP, v. 1, n. 4, p. 202-210, 2009.

RODRIGUES, C. M. O.; MAXIMIN, D. A. F. M.; SOUTO, C. G. V.; VIRGÍNIO, N. A. **Repercussão do tratamento das neoplasias durante a gestação**. Revista Ciência. Saúde Nova Esperança, v. 14, n.1, p. 67-72, 2016.

SAEED, Z.; SHAFI, M. **Cancer in Pregnancy**. Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine, v. 21, n. 7, p. 183-89, 2011.

SCHÜNEMANN JUNIOR., E.; URBAN, C. A.; LIMA, R. S.; RABINOVICH, I. SPAUTZ, C. C. **Radioterapia e quimioterapia no tratamento do câncer durante a gestação - revisão de literatura**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 53, n. 1, p. 41-46, 2007.

SILVA, A. P.; VENÂNCIO, T. T., ALVES, R. R. F. **Câncer ginecológico e gravidez: uma revisão sistematizada direcionada para obstetras**. Revista Femina, v. 43, n. 3, 2015.

SULEMAN, K.; OSMANI, A. H.; HASHEM, H. A.; TWEGIERI, T. A.; AJARIM, D.; JASTANIYAH, N. et al. **Behavior and Outcomes of Pregnancy Associated Breast Cancer**. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, v. 20, n. 1, p. 135-138, 2019.

TORRE, L. A.; BRAY, F.; SIEGEL, R. L.; FERLAY, J.; LORTET-TIEULENT, J.; JEMAL, A. **Global cancer statistics, 2012**. CA: A Cancer Journal for Clinicians, v. 65, p. 87–108, 2015.

VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B.; SHIMO, A. K. K. **Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama**. Revista da escola de enfermagem da USP, v. 41, n. 2, 2007.

VIEIRA, R. J. S.; GOMES, R.; TRAJANO, A. J. B. **Câncer de mama e gravidez subsequente: um olhar sociocultural**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 51, n. 2, p. 101-110, 2005.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: UMA RODA DE CONVERSA COM CRIANÇAS EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 05/03/2020

Hosana Glória da Silva

Agente Comunitário de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde/SMS. Cuiabá-Mato Grosso.

<https://orcid.org/0000-0003-2096-2082>

lasmin Cezaria da Silva

Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem

Cuiabá-Mato Grosso

<http://lattes.cnpq.br/6066102094912905>

Inês Pereira de Oliveira

Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem

Cuiabá-Mato Grosso.

<http://lattes.cnpq.br/1461893439276696>

Ingrydy Maria da Silva

Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem

Cuiabá-Mato Grosso.

<http://lattes.cnpq.br/3251542407097915>

Victor Hugo Martins Santos

Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem

Cuiabá-Mato Grosso.

<http://lattes.cnpq.br/5071784236446766>

Closeny Maria Soares Modesto

Docente do curso de enfermagem. Faculdade de Enfermagem/UFMT. Cuiabá-Mato Grosso.

<http://lattes.cnpq.br/0612748565691750>

RESUMO: Introdução: O Ministério da Saúde define alimentação saudável é resumida em três princípios, variedade, moderação e equilíbrio. A Atenção Básica tem o papel fundamental na orientação e monitoração das ações de promoção. O objetivo é relatar a experiência de uma educação em saúde, sobre alimentação saudável, realizada com as crianças presentes na recepção de uma Estratégia Saúde da Família do município de Cuiabá. **Método:** Trata-se de um relato de experiência de uma intervenção com abordagem qualitativa. O tema surgiu a partir da realização de uma pré - consulta a uma criança com baixo peso (IMC 12,9) e do relato dos profissionais sobre o perfil alimentar das crianças atendidas pela unidade. **Resultados:** A atividade lúdica iniciou-se com uma dinâmica, com participação de 6 crianças, que consistia na construção de uma pirâmide alimentar com blocos de montar. Cada criança construiu sua pirâmide começando com suas preferências alimentares, dessa forma, diferentes pirâmides foram criadas. Foi perguntado às crianças se

havia semelhança entre as pirâmides construídas por eles e a original que estava em um cartaz fixados na parede, as respostas foram negativas. Após a dinâmica iniciou-se um diálogo sobre alimentação saudável. Salientamos (usando a comparação com um carro), que nosso corpo precisa de vários nutrientes (alimentos construtores, reguladores, energéticos, etc.), alguns mais que outros e que uma nutrição insuficiente pode causar nas crianças desnutrição, cárie dental, anemia e um excesso de consumo também pode ser prejudicial, podendo ocorrer obesidade, diabetes, hipertensão. **Considerações finais:** Através dessa educação em saúde pode-se identificar a importância de realizar ações voltadas a alimentação saudável, proporcionando assim, uma melhor qualidade de vida e saúde para as crianças. Sempre investindo em relações que se adequa a seu meio social e familiar. Percebemos que essas ações dinâmicas contribuem de forma relevante para o aprendizado das crianças e sua transformação na sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde. Enfermagem. Crianças. Dieta saudável.

HEALTHY FOOD: A WHEEL OF CHATTING WITH CHILDREN IN A FAMILY HEALTH STRATEGY (FHS)

KEYWORDS: Introduction: The Ministry of Health defines healthy eating is summarized in three principles, variety, moderation and balance. Primary Care has a fundamental role in guiding and monitoring promotion actions. The objective is to report the experience of a health education on healthy eating, carried out with the children present at the reception of a Family Health Strategy in the city of Cuiabá. **Method:** This is an experience report of an intervention with a qualitative approach. The theme arose from a pre - consultation with a child with low weight (BMI 12.9) and from the professionals' report on the food profile of the children attended by the unit. **Results:** The recreational activity started with a dynamic, with the participation of 6 children, which consisted of the construction of a food pyramid with building blocks. Each child built his pyramid starting with his food preferences, so different pyramids were created. The children were asked if there was a similarity between the pyramids built by them and the original that was on a poster fixed on the wall, the answers were negative. After the dynamics, a dialogue on healthy eating started. We emphasize (using the comparison with a car), that our body needs several nutrients (food builders, regulators, energy drinks, etc.), some more than others and that insufficient nutrition can cause malnutrition, dental caries, anemia and an excessive consumption can also be harmful, with obesity, diabetes, hypertension occurring. **Final considerations:** Through this health education, it is possible to identify the importance of carrying out actions aimed at healthy eating, thus providing a better quality of life and health for children. Always investing in relationships that suit your social and family environment. We realize that these dynamic actions contribute significantly to children's learning and their transformation in society.

KEYWORDS: Health education. Nursing. Children. Healthy diet.

1 | INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde define a criança com um ser humano em pleno desenvolvimento e afirma que as experiências vividas nos primeiros anos de vida são essenciais para sua formação em adulto, ressalta ainda a importância das crianças crescerem em um ambiente saudável com afeto e liberdade de brincar. Além de ter seu crescimento e desenvolvimento acompanhado continuamente pela equipe da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2017).

Este ainda define que alimentação saudável é o mesmo que dieta equilibrada ou balanceada e pode ser resumida por três princípios: variedade, moderação e equilíbrio. A variedade traz a importância de comer diferentes tipos de alimentos que pertencem aos grupos da pirâmide alimentar, porém a qualidade dos alimentos deve ser observada. Os alimentos devem ser ingeridos de forma moderada buscando comer apenas o que nosso organismo necessita. O equilíbrio, visa buscar qualidade e quantidades, respeitando sempre as quantidades de porções recomendadas para cada grupo alimentar e faixa etária (BRASIL, 2002).

A Pirâmide Alimentar um instrumento didático de orientação nutricional constituída por oito grupos em quatro níveis que estão organizados de forma crescente em relação a quantidade a ser consumida, ou seja, os que estão na base devem ser consumidos em maior quantidade e os que estão no topo em menor quantidade. No topo da pirâmide, nível 1, encontram-se o grupo de doces, açúcares, óleos e gorduras; No nível 2 o grupo das proteínas animais e proteínas vegetais; No Nível 3 o das frutas, verduras e legumes; e nível 4 o grupo dos carboidratos. É importante ressaltar que cada grupo tem pré-estabelecido um número de porções de alimentos a serem consumidas diariamente (PHILIPPI, 1999).

Alguns estudos evidenciaram que o consumo excessivo de lanches do tipo “fast food”, açúcares e refrigerantes, juntamente com a baixa ingestão de legumes, frutas e derivados lácteos, são preocupantes, pois, pode levar ao aumento de peso e possibilidade de adquirir doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como é o caso da diabetes e hipertensão arterial. Os estudos ressaltam a importância de ações que influencie a alimentação adequada e saudável entre as crianças, (ANDRÉ, 2016; OSÓRIO, 2002) visto que tanto a obesidade como a subnutrição são evidências que demonstram a necessidade de discussão do assunto.

A justificativa para essa intervenção foi através de uma demanda da população aqui caracterizada por uma mãe e Agente Comunitário de Saúde (ACS), que havia levado seu filho de 10 anos para acompanhamento, devido criança estar apresentando risco para desnutrição evidenciado pelo peso abaixo dos parâmetros de normalidade para sua idade.

Existem vários instrumentos e programas de orientação sobre alimentação saudável elaborados pelo Ministério da Saúde que auxiliam os profissionais de saúde a orientar a alimentação saudável e balanceada aos usuários dos serviços. Entre eles estão, os dez passos da alimentação saudável, sendo eles: 1 preferir sempre os alimentos in

natura ou minimamente processados; 2 utilizar sal, açúcares, gorduras com moderação e em pequenas quantidades; 3 sempre evitar alimentos processados; 4 evitar alimentos ultraprocessados, que são aqueles que sofrem muitas alterações em seu preparo; 5 comer regularmente, prefira se alimentar em locais tranquilos; 6 realizar compras em locais com grandes variedades de alimentos; 7 Desenvolva suas habilidades culinárias; 8 Distribua as responsabilidades com a alimentação na sua casa; 9 Ao comer fora, prefira locais que façam a comida na hora e 10 seja crítico. Existem muitos mitos e publicidade enganosa em torno da alimentação é necessário avaliar as informações sobre os alimentos (BRASIL, 2014).

Apesar de sermos alunos de graduação da disciplina enfermagem em saúde do adulto, aprendemos desde os primeiros dias que neste cenário de prática desempenhamos o papel de “um enfermeiro de saúde da família”, cuja responsabilidade essencial é o acolhimento da família.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é relatar a experiência de uma educação em saúde, sobre alimentação, com as crianças presentes na recepção de uma Estratégia Saúde da Família.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que segundo Lopes (2012) é algo que pertence ao domínio social, é a descrição de uma vivência que gerou reflexões sobre algo específico.

O trabalho foi elaborado a partir da realização de uma educação em saúde com crianças na sala de espera de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) de Cuiabá-MT, localizada em um bairro da Regional Oeste com uma população adscrita de 1.208 famílias (distribuídas em sete microáreas), composta por uma médica da família, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem (uma em processo de aposentadoria), e sete ACS .

A atividade foi desenvolvida pelos acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso que estavam em estágio na unidade e durante a realização de uma pré-consulta de enfermagem se depararam com um caso de uma criança que tinha o peso abaixo do ideal para sua faixa etária. A criança tinha 10 anos, altura de 137 cm, seu peso era 24,250 kg e seu IMC 12,9 (baixo peso). No momento de realização do acolhimento para aferição dos dados antropométricos deu-se início a uma conversa informal, buscando informações sobre o ideário da criança sobre os tipos de alimentos que gostava e os que não gostava, onde o motivo de um e outro eram solicitados como estratégia de estímulo ao fortalecimento de vínculos.

No encerramento da pré-consulta sugeriu-se a criança que fosse elaborada uma lista contendo os referidos alimentos que deveriam ser entregue na data da realização da dinâmica.

O que mais incomodou os estudantes foi o fato de que o Sistema Único de Saúde

(SUS) traz como políticas públicas o Programa Saúde na Escola (PSE) cujas diretrizes estão alicerçadas na proposta de uma educação alimentar a ser implementada com as diversas faixas etárias das crianças matriculadas na rede de ensino regular, trazendo no seu bojo os investimentos necessários em relação a capacitação dos profissionais, disponibilização de material educativo e outros insumos para operacionalização do referido programa.

Em decorrência do ocorrido, os acadêmicos decidiram realizar uma educação em saúde com as crianças que estariam presente na ESF. Para a realização da atividade foi confeccionado um cartaz com a imagem da pirâmide alimentar (Imagem 01) e com blocos de montar foi feito uma pirâmide e nela foi fixado cada grupo que à compõe (Imagem 02).



Imagem 01 – Cartaz contendo a pirâmide Alimentar.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Para a construção da pirâmide optou-se pela utilizada pelo Ministério da Saúde (MS) disponibilizada na internet (Imagem 03).



Imagem 03 – Pirâmide alimentar preconizada pelo Ministério da Saúde.

Fonte: Adaptado por Modesto, C.M.S do material de RECINE; RADAELLI [2017?].

Os grupos alimentares são divididos em **quatro níveis: Alimentos Energéticos:** Grupo 1; **Alimentos Reguladores:** Grupos 2 e 3; **Alimentos Construtores:** Grupos 4, 5 e 6; **Alimentos Energéticos Extras:** Grupos 7 e 8.

O Grupo 1 ou a base da pirâmide é composta por carboidratos que são alimentos que fornecem energia, pois ao serem consumidos são convertidos em açúcar no sangue. As principais fontes de carboidrato são: arroz, pão, batata, massa, mandioca, cereais etc.

O grupo 2 das verduras e legumes é representado pelos alimentos que são as fontes de fibras, vitaminas e minerais que ajudam no controle e funcionamento do corpo, além de contribuir para o trânsito intestinal. Alguns alimentos deste grupo são: brócolis, couve, repolho, abobrinha etc.

O grupo 3 representado pelas frutas estão ao lado das verduras e legumes, representando outro tipo de fonte de fibras, vitaminas e minerais. A frutose (açúcar da fruta) aumenta o nível de açúcar no sangue de forma rápida. Alguns exemplos de frutas são: abacaxi, maçã, banana, kiwi, caju, pêssigo, ameixa, goiaba, laranja, tangerina, acerola etc. Além das opções tradicionais, as frutas exóticas (normalmente de custo elevado) se tornam uma opção para variar as frutas consumidas.

O grupo 4 localizado na parte intermediária da pirâmide, o leite e seus derivados são uma excelente fonte de cálcio, que é essencial para a constituição óssea e dos dentes. Além disso, também fornecem proteínas ao organismo. Os principais alimentos deste grupo são: queijo, leite, iogurtes etc.

O grupo 5 é composto por carnes e ovos e está na parte intermediária da pirâmide e representa a fonte de proteína de origem animal. Os alimentos deste grupo têm como característica serem ricos em ferro e vitaminas B6 e B12 (Cianocobalamina – FATOR EXTRINSECO) que é essencial para prevenir anemias. Os principais alimentos deste

grupo são: peixe, frango, carne, ovos, etc.

O grupo 6 são as leguminosas e oleaginosas, representando as fontes de proteína vegetal. Também são excelentes fontes de fibras. Compõem esse grupo: feijão, soja, lentilha, grão de bico, castanhas etc.

O grupo 7 que é representado pelos óleos e gorduras, esses alimentos deste grupo são fontes de energia e são responsáveis pelo transporte de vitaminas do complexo. B. São ricos em calorias e seu consumo deve ser controlado. São alimentos desse grupo: azeite, manteiga, óleo de soja etc.

O grupo 8 são os açúcares e doces. São alimentos ricos em carboidratos simples, não possuem fibras e apresentam poucos nutrientes. Seu consumo deve ser moderado. Os alimentos que compõem esse grupo são: açúcar, mel, chocolate, sorvete, bolo, etc

A despeito da água não fazer parte da pirâmide alimentar tradicional, os nutricionistas recomendam a ingestão diária de no mínimo 2 litros. Para eles, a água aparece na base da pirâmide, configurando o alimento mais essencial para o ser humano. No início da atividade foi realizado a primeira dinâmica utilizando a pirâmide de blocos de montar, na qual cada criança montava a pirâmide de acordo com suas preferências alimentares (Imagem 02), e em seguida os estudantes de enfermagem utilizaram o cartaz (Imagem 01) para realizar explicações sobre cada grupo alimentar, esclarecendo sobre os tipos de alimentos que compunham e sua importância para o organismo.

A dinâmica escolhida, em relação a construção da pirâmide e a escolha das figuras (Imagem 02) teve que se aproximar o máximo possível da realidade observada de acordo com os pressupostos da Metodologia da Problematização baseada no Arco de Charles de Maguerez que se constitui das seguintes fases: 1) Observação da realidade; 2) Pontos chaves; 3) Teorização; 4) Hipótese de solução; 5) Aplicação prática da intervenção (VILLARDI et al, 2015). Esse pressuposto possibilita aos estudantes de enfermagem a transformação do contexto em que está inserido, levando em consideração os atores sociais do processo.



Imagem 02 - Pirâmide de blocos.

Fonte: fotografado pelos autores.

No desenvolvimento da dinâmica solicitou-se às crianças presentes que se aproximassem da mesa existente, na recepção, buscando o estabelecimento de uma comunicação lúdica onde elas foram estimuladas a apresentarem umas às outras quais os tipos de alimentos que mais gostavam, utilizando os blocos disponibilizados para construir a sua própria pirâmide.

3 | RESULTADOS

A educação em saúde ocorreu no dia 21 de março de 2019 na sala de espera de uma ESF de Cuiabá-MT. A sala de espera estava lotada de usuários aguardando a realização de coleta para exames e consultas. Havia no local 6 crianças. Reservamos uma mesa para realizar uma dinâmica para iniciar a conversa. No primeiro momento apresentamos para as pessoas presentes e convidamos todas as crianças para conversar sobre alimentação. As crianças aceitaram participar e mostraram curiosidade para saber o que iria acontecer.

A atividade lúdica iniciou-se com uma dinâmica que consistia na construção de uma pirâmide alimentar com blocos de montar. Cada criança construiu sua pirâmide começando com suas preferências alimentares, dessa forma, diferentes pirâmides foram criadas (Imagens 04,05,06,07,08,09). Foi perguntado às crianças quais as semelhanças entre as pirâmides construídas por elas e a original que estava em um cartaz pregado na parede, as respostas foram negativas.

Após cada uma das seis (06) crianças construírem as suas pirâmides procedia-se a identificação delas com nomes fictícios (escolhidos de acordo com o nome das frutas que mais gostavam). Realizamos a enfatização de cada grupo alimentar em relação aos alimentos construtores, reguladores, energéticos etc.



Imagem 04 - Pirâmide construída por uma das crianças.

Fonte: fotografado pelos autores.

Percebe-se que a criança maçã construiu sua pirâmide colocando na base o grupo

dos carboidratos, ressaltando que gosta de comer pães e lasanha. Depois acrescentou que gosta de carnes, doces, frutas e laticínios, No topo encontrava os legumes e verduras indicando que são alimentos menos consumidos e menos preferido.

Criança Morango



Imagem 05- Pirâmide construída por uma das crianças.

Fonte: fotografado pelos autores.

A criança morango construiu sua pirâmide colocando o grupo dos carboidratos na base, posteriormente, o grupo das proteínas e alimentos reguladores, por fim, no topo encontrava os doces e óleos.

Criança Laranja



Imagem 06 - Pirâmide construída por uma das crianças.

Fonte: fotografado pelos autores.

A criança laranja construiu sua pirâmide colocando na base os carboidratos, posteriormente, as frutas, verduras e carnes e ovos. No topo encontrava os doces, óleos e laticínios como alimentos que menos consome ou que não gosta.

Criança Banana



Imagem 07 - Pirâmide construída por uma das crianças.

Fonte: fotografado pelos autores.

A criança banana inseriu na base da pirâmide as frutas como seu alimento preferido e o que mais consumia, a segundo nível estava as carnes e ovos, no terceiro doces e óleos e no topo encontrava os laticínios. Percebe-se que a criança não colocou o grupo de carboidratos, referido não gostar dos alimentos que o compõe.

Criança mamão



Imagem 08- Pirâmide construída por uma das crianças.

Fonte: fotografado pelos autores.

Percebe-se que a base escolhida pela criança mamão são as verduras e legumes, o segundo nível foi colocado as carnes e ovos, no terceiro as frutas, no quarto os doces e óleos e no topo os carboidratos. Uma composição bem diferente da recomenda.

Após a dinâmica iniciou-se um diálogo sobre alimentação saudável. Explicando como é composto a pirâmide alimentar e sua importância no norteamiento de uma escolha correta e saudável de alimentos. A seguir foram realizadas algumas perguntas para as

crianças. A primeira foi se eles haviam assistido ao filme *velozes e furiosos*, a resposta foi sim. A segunda pergunta foi o que eles pensavam que era necessário para o carro ser veloz e conseguir vencer as corridas, a resposta foi combustível e um bom motor. Com isso, explicamos que nosso corpo é uma máquina que trabalha 24 horas por dia e que precisa de energia e força advinda de uma alimentação adequada.

Perguntamos às crianças se elas sabiam por que o arroz, macarrão, cereais, pães (carboidratos) estavam na base; seguindo das frutas, legumes e verduras; carne, peixe, frango, leite e laticínios; e no topo óleos e doces. Nenhuma das crianças soubera explicar, na sequência explicamos o papel e importância de cada categoria de alimentos.

Salientamos, que nosso corpo precisa de vários nutrientes (alimentos construtores, reguladores, energéticos, etc.), alguns mais que outros e que uma nutrição insuficiente pode causar nas crianças desnutrição, cárie dental, anemia e um excesso de consumo também pode ser prejudicial, podendo ocorrer obesidade, diabete, hipertensão. Por isso, precisam comer de forma suficiente e adequada para seu corpo.

Além disso, foi proposto para a criança que apresentava baixo peso e uma outra com sobrepeso uma outra dinâmica, onde eles teriam que utilizar o paladar para adivinhar qual fruta estavam comendo e teriam que relatar se haviam gostado ou não. A dinâmica teve o intuito de mostrar a essas crianças sabores e textura de frutas para serem inseridas no seu cotidiano.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para identificar se a educação em saúde foi significativamente positiva, foi solicitado às crianças que montasse uma pirâmide de acordo com quantidade necessária a ser consumida. As crianças conseguiram montar a pirâmide de forma adequada.

Através dessa educação em saúde pode-se identificar a importância de realizar ações voltadas a alimentação saudável, proporcionando assim, uma melhor qualidade de vida e saúde para as crianças. Sempre investindo em relações que se adequa a seu meio social e familiar. Percebemos que essas ações dinâmicas contribuem de forma relevante para o aprendizado das crianças e sua transformação na sociedade.

A verbalização das duas crianças de que haviam gostado da brincadeira mediada pela respectiva atividade lúdica, e de que iriam tentar mudar o hábito alimentar, foi extremamente gratificante para os acadêmicos de enfermagem, pois possibilitou não só a compreensão da dimensão da responsabilidade da equipe da ESF, principalmente do enfermeiro como também estimulou a busca por outras estratégias de consolidação da aprendizagem oportunizada na certeza de que os objetivos seriam alcançados se os profissionais da ESF absorvessem a importância do papel que eles possuem dentro desse contexto.

A reflexão sobre a importância da educação em saúde realizada na sala de espera

trouxe também como vivência prática a necessidade de se fortalecer o vínculo recente com a construção de um folder educativo, específico para cada criança contendo a “sua pirâmide” juntamente com a pirâmide adequada, assim também como as orientações necessárias sobre os alimentos a serem consumidos por aquela criança na forma de uma proposta de dieta, cuja ação de promoção e prevenção deverá ser devidamente monitorada.

REFERÊNCIAS

ANDRE, H. P. et al. **Indicadores de insegurança alimentar e nutricional associados à anemia ferropriva em crianças brasileiras: uma revisão sistemática.** Ciência & Saúde Coletiva. v.23, n.4, p. 1159-1167, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n4/1413-8123-csc-23-04-1159.pdf>>. Acesso em: 21/03/2019.

Brasil. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira.** 2. ed. Brasília: 2014. disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. acesso em: 26/03/2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento.** Brasília: 2017. Disponível em: <http://portalmms.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca>. Acesso em 21 de março de 2019.

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira. **SOBRE ESTUDOS DE CASOS E RELATOS DE EXPERIÊNCIAS.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [en linea] 2012, 13ISSN 1517-3852 Disponível em:< <https://www.redalyc.org/html/3240/324027983001/> >. Acesso em: 21 de março de 2019.

OSÓRIO. MÔNICA. M. **Fatores determinantes da anemia em crianças.** Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v.78, n.4, p. 269 - 78, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1561.pdf>>. Acesso em: 21/03/2019.

PHILIPPI, S. T. et al. **Pirâmide Alimentar Adaptada: Guia Para Escolha Dos Alimentos.** Revista de Nutrição de Campinas, São Paulo, v.12, n.1, p. 65 - 80, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v12n1/v12n1a06.pdf>>. Acesso em: 21 de março de 2019.

RECINE, E; RADAELLI, PATRICIA. **Alimentação saudável.** Departamento de nutrição. Universidade de Brasília. ATAN/DAB/SPS. [2017?]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel.pdf. Acesso em 21 de março de 2019.

VILLARDI, ML, et al. **A metodologia da problematização no ensino em saúde: suas etapas e possibilidades.** In: A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos [online]. São Paulo: Editora UNESP; p. 45 - 52, 2015. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/dgjm7/pdf/villardi-9788579836626-05.pdf>. Acesso em: 21 de março de 2019.

ALTERAÇÕES FETAIS EM RATAS WISTAR, INDUZIDAS PELO USO DO PARACETAMOL DURANTE A GESTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO

Data de aceite: 05/06/2020

Ana Rosa Crisci

Centro Universitário “Barão de Mauá”
Departamento de Morfologia, Ribeirão Preto
São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/5780770064633516>

Paola Correa

Centro Universitário “Barão de Mauá” Ribeirão
Preto São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/7833815578667840>

Laressa Ferreira de Oliveira

Centro Universitário “Barão de Mauá” Ribeirão
Preto São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/4524668657482049>

Barbara Cristina Penha de Sousa

Centro Universitário “Barão de Mauá” Ribeirão
Preto São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/4734995305374209>

Wilson Roberto Malfará

Centro Universitário “Barão de Mauá”
Departamento de Farmacologia, Ribeirão Preto São
Paulo
<http://lattes.cnpq.br/1349279406406034>

Lucila Costa Zini Angelotti

Centro Universitário “Barão de Mauá”
Departamento de Estatística, Ribeirão Preto São
Paulo
<http://lattes.cnpq.br/8754211273865269>

RESUMO: O uso de medicamentos na gestação sempre representa um desafio, pois pode implicar em dano tanto para a gestante quanto para o feto, e esse risco é potencialmente aumentado no primeiro trimestre gestacional. Objetivou-se identificar as alterações fetais em ratas Wistar induzidas pelo uso do Paracetamol durante a gestação e amamentação, previu-se a verificação do peso e comprimento dos filhotes ao nascer e ao desmame. O protocolo experimental foi aprovado (CEPan sob o nº 281/17). Após a confirmação da prenhez, os animais foram distribuídos em 2 grupos com 8 animais: o grupo controle que recebeu água destilada e o grupo experimental que recebeu uma solução em 0,2 mL de Paracetamol para cada 250g de peso do animal administrado via intragástrica a cada 24 horas durante a prenhez e a amamentação. Após o nascimento e o período de amamentação, os neonatos dos dois grupos foram contados, pesados, medidos e analisados a fim de encontrar possíveis alterações anatômicas. O número de natimortos e o número de animais que sofreram canibalismo foram maior no grupo que ingeriu Paracetamol. No grupo controle, o número de nativos foi maior e não houve implantações com interrupção de prenhez como se observou

no grupo tratado. Com relação ao peso corpóreo dos filhotes, não houve diferença significativa na alteração de peso dos dois grupos ($p=0,22$), entretanto, no comprimento dos filhotes, o grupo tratado obteve medições menores comparados ao grupo controle ($p=0,01$). Após o período experimental as progenitoras foram sacrificadas, o rim e o fígado retirados para análise histopatológica. No parênquima hepático não observou-se nenhuma alteração, entretanto, o córtex renal apresentou-se com áreas hemorrágicas intra e extra glomerulares, e intensa congestão vascular intertúbulos. Concluiu-se ao que o grupo que ingeriu Paracetamol teve prenhez interrompida, maior número de natimortos, menor de nativos e alterações renais.

PALAVRAS CHAVE: Paracetamol. Prenhez. Amamentação

FETAL CHANGES IN WISTAR RATS, INDUCED BY THE USE OF PARACETAMOL DURING PREGNANCY AND BREASTFEEDING

ABSTRACT: The use of medications during pregnancy always represents a challenge, as it can cause harm to both the pregnant woman and the fetus, and this risk is potentially increased in the first gestational trimester. The objective was to identify the fetal changes in Wistar rats induced by the use of Paracetamol during pregnancy and breastfeeding, the verification of the weight and length of the pups at birth and at weaning was foreseen. The experimental protocol was approved (CEPan under nº 281/17). After pregnancy confirmation, the animals were divided into 2 groups with 8 animals: the control group that received distilled water and the experimental group that received a solution in 0.2 mL of Paracetamol for each 250 g of the animal administered intragastrically to every 24 hours during pregnancy and breastfeeding. After birth and the breastfeeding period, neonates in both groups were counted, weighed, measured and analyzed in order to find possible anatomical changes. The number of stillbirths and the number of animals that suffered cannibalism were higher in the group that ingested Paracetamol. In the control group, the number of natives was higher and there were no implantations with interruption of pregnancy as observed in the treated group. Regarding the puppies' body weight, there was no significant difference in the weight change of the two groups ($p = 0.22$), however, in the puppies' length, the treated group obtained smaller measurements compared to the control group ($p = 0.01$). After the experimental period, the parents were sacrificed, the kidney and liver removed for histopathological analysis. In the liver parenchyma there was no change, however, the renal cortex presented with intra and extra glomerular hemorrhagic areas, and intense intertubule vascular congestion. It was concluded that the group that ingested Paracetamol had interrupted pregnancy, a greater number of stillbirths, fewer natives and renal alterations

KEYWORDS: Paracetamol. Pregnancy. Breast-feeding

1 | INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos na gestação sempre representa um desafio, pois pode implicar em dano tanto para a gestante quanto para o feto, e esse risco é potencialmente aumentado no primeiro trimestre gestacional (DAW et al, 2012). O primeiro trimestre da gestação é considerado o período em que o feto é mais vulnerável, pois é nessa fase que ocorre a organogênese e formação do tubo neural (FORFAR; NELSON, 1990).

Diversos autores descreveram a prevalência do uso de medicações durante a gravidez, havendo variações nos métodos (medicamentos prescritos, dispensados em farmácias ou reportados em entrevistas) e nos critérios de inclusão de drogas. Em estudo realizado nos Estados Unidos, a taxa de uso de pelo menos um medicamento pela gestante foi de 56% (excluindo vitaminas e suplementos), com média de 2,2 fármacos por mulher (RILEY et al, 2005). Outros estudos que incluíam vitaminas e suplementos obtiveram taxas mais altas, como na Holanda (79,1%), na Finlândia (96,4%), na França (99%) e nos Estados Unidos (82%, com média de 2,7). Trabalhos nacionais mostraram variações entre 83,8 e 94,5% no uso de pelo menos um medicamento durante a gestação, incluindo vitaminas e suplementos (BAKKER et al, 2006; MALM et al, 2003; LACROIX et al, 2000; ANDRADE et al, 2004).

As classes de fármacos mais comumente usados incluem preparados de ferro, ácido fólico, antibióticos, analgésicos, antiácidos, antieméticos e antiasmáticos, com pequenas diferenças entre os diversos estudos (MENGUE et al, 2001).

A medicalização da gestação associada ao uso irracional de medicamentos constitui um comportamento de alto risco, uma vez que nenhum medicamento é isento de toxicidade à mãe ou ao feto e deve ser considerado um problema de saúde pública. Em adição, tal cenário suporta a importância de se expandir a evidência sobre os riscos e benefícios do uso de medicamentos durante a gestação e sugere a necessidade de sistemas de práticas seguras de prescrição de medicamentos para as gestantes (RILEY et al, 2005).

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo experimental, que previu a verificação dos efeitos do Paracetamol no peso e comprimento ao nascer e, ao desmame de filhotes de ratas Wistar. Comparou-se os efeitos de um medicamento (Paracetamol) com o tratamento controle, em que nenhum medicamento foi administrado.

Dois grupos de animais (controle e paracetamol), os quais foram acompanhados por um período de 42 dias.

O teste estatístico paramétrico para comparação de médias de dois grupos, de maneira geral, é o teste t- Student, que demanda que ao menos um dos dois grupos tenha ao menos 20 indivíduos. Dos grupos com cerca de 15 animais são suficientes, pois

consegue-se, com isso, uma aproximação bastante razoável com a distribuição normal.

Na impossibilidade de grupos com este tamanho, a alternativa é usar o teste de comparação de duas médias não-paramétrico de Mann-Whitney. Para realização deste teste, dois grupos de 10 indivíduos são suficientes (SIEGEL; CASTELLAN JUNIOR,2006).

Foram utilizadas ratas albinas *Rattus norvegicus* da linhagem Wistar, com aproximadamente 22 dias e peso médio de 200/250 gramas, as quais foram alojadas no biotério da Centro Universitário Barão de Mauá.

O protocolo experimental foi aprovado pelo Conselho do Comitê de Ética em Pesquisa e Experimentação Animal –CEPan sob o nº 281/17.

Durante todo o experimento os animais foram mantidos no biotério em condições controlados de temperatura e em regime de luz de 12hs/12hs, água ad-libitum e ração balanceada.

Depois de identificados, os grupos foram distribuídos em gaiolas com um animal em cada gaiola.

Após a confirmação da prenhez, (Fig.1 B) os animais foram distribuídos em 2 grupos com 8 animais cada grupo: o grupo 1 (controle) recebeu água destilada o grupo 2 recebeu Paracetamol como segue o esquema abaixo:

- G1 Controle - 0,3 mL água destilada por via intragástrica a cada 24 horas.
- G2 Paracetamol – 500 mg/kg via intragástrica a cada 24 horas.

As doses do Paracetamol foram definidas diariamente de acordo com o peso do animal, portanto as prenhas foram pesadas diariamente.

Durante 42 dias os animais receberam o Paracetamol e a água destilada, este período inclui os 21 dias da prenhez e os 21 de amamentação.



Figura 1 - Procedimentos realizados com os animais para o experimento. A) Ratos nas gaiolas de polietileno, divididos em grupos B) Lavado vaginal para confirmação de prenhez. C) Gavagem para introdução da dosagem de medicação. D) Nascimento dos filhotes. E e F) Antropometria dos filhotes

Fonte: Próprio autor.

Logo após o nascimento os neonatos dos dois grupos experimentais foram contados, pesados, medidos e analisados minuciosamente a fim de encontrar possíveis alterações anatômicas (fig.1 D,E e F).

O mesmo procedimento ocorreu ao final do período de amamentação. Os dados obtidos foram catalogados em tabela de Excel para posterior análise estatística.

Após esse período os animais foram previamente anestesiados com a associação de Cetamina e Xilazina nas doses supracitadas de acordo com a literatura estudada (WAYNFORTH, 1980); (FLECKNELL, 2009).

Com os animais anestesiados foi coletado uma amostra dos rins e fígado e em seguida os animais foram eutanasiados por aprofundamento anestésico com Tiopental sódico na dose de 40mg/Kg IP.

Os animais foram acondicionados em sacos plásticos, identificados como risco biológico e levados ao freezer (-20°) até a coleta, esta é feita pela prefeitura (coleta de resíduos infectantes), em carros especiais e levados para incineração.

3 | RESULTADOS

3.1 Resultados Estatísticos

Com relação ao peso corpóreo dos filhotes não houve diferença significativa na alteração de peso dos dois grupos (p-valor: 0,228819).

Já com relação ao comprimento, houve diferença significativa na alteração de comprimento dos filhotes dos dois grupos. (p-valor: 0,01745).

O peso e o comprimento foram registrados durante todo período experimental, e em ambas as dosagens encontrou diferenças estatísticas significativas (Tabela 1), o grupo que recebeu tratamento com paracetamol mediu menos comparados ao grupo controle.

Característica	Grupo	n	Média	Erro padrão da média	p-valor*
Alteração de Peso	Controle	40	52,38	3,29	0,2288
	Tratado	30	49,32	2,00	
Alteração de comprimento	Controle	40	7,45	0,41	0,0175
	Tratado	30	6,27	0,26	

Tabela 1: Tabela de análise do peso e comprimento de filhotes dos dois grupos experimentais.

*t-Student

3.2 Resultados Anatômicos

O número de natimortos e o número de animais que sofreram canibalismo foi maior no grupo que ingeriu Paracetamol.

No grupo controle o número de nativos foi maior e não houveram implantações com interrupção de prenhez como se observou no grupo tratado (fig. 2).



Figura 2 - Animais do grupo tratado com Paracetamol. Em A,B e D natimortos; Em C prolapso de útero; Em E e F implantações

Fonte: Próprio autor.

Variáveis	Paracetamol	Controle
Prenhas	8	8
Nativos	63	83
Natimortos	11	10
Canibalismo	9	3
Implantações	25	0
Alterações Anatômicas	0	0
Total	26	78

Tabela 2 : índice de neonatos e implantações.

3.3 Resultados histopatológicos

3.3.1 Análise histopatológica dos rins e fígado

Na análise histopatológica do fígado das progenitoras do grupo controle, (fig.3 A) observou-se que o parênquima hepático estava normal, com aspectos lobulares preservados, veia central (seta branca) e cordões de hepatócitos com características também normais.

No grupo que ingeriu Paracetamol (fig.3 C) observou-se que não houveram alterações hepáticas, lóbulos e veia central preservados.

Na análise histopatológica do rim das progenitoras do grupo controle, (fig.3 B) observou-se que o parênquima do córtex renal se apresenta com aspectos normais, glomérulos renais e estruturas tubulares apresentando núcleos com cromatina finamente granular e homogênea.

No grupo que ingeriu Paracetamol (fig.3 D) o parênquima do córtex renal apresentou-se com áreas hemorrágicas intra (seta branca) e extra glomerulares (seta preta), e intensa congestão vascular intertúbulos (seta preta).

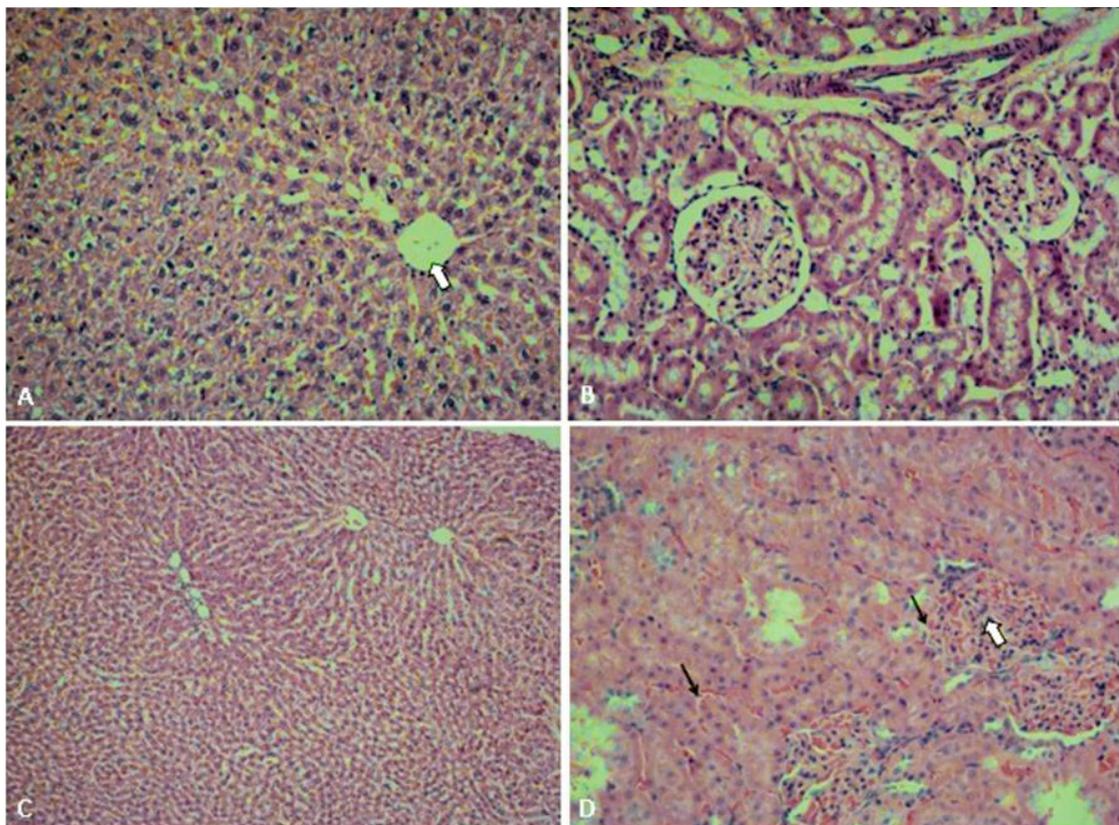


Figura 3 -Fotomicrografias de fígado e rins de ratas.Em A e C grupos submetidos ao grupo controle e paracetamol com imagens do fígado, e em B e D grupo controle e paracetamol com imagens dos rins. Coloração: H.E. Aumento de 4Xe 10X

Fonte: Próprio autor.

4 | DISCUSSÃO

Na literatura, alguns estudos mostram que ao ingerir o paracetamol na gestação, provocam distúrbios cardiovasculares, gastrintestinais e endócrinos e neurológicas como consequência o AVC (SEBBEN, *et al*, 2010).

A intoxicação por paracetamol pode ocasionar alterações hepáticas como, Síndrome de Hellp, devido ser considerado um medicamento hepatotóxico, podendo causar também uma overdose em doses acima de 10g em adultos e crianças 150mg/kg. Este estudo vai contra a pesquisa realizada, de acordo com a amostra coletada mostrando normalidade hepática tanto estrutural quanto funcional.

Detectou-se alterações renais no grupo que ingeriu Paracetamol. O parênquima do córtex renal, apresentou-se com áreas hemorrágicas intra e extra glomerulares, e intensa congestão vascular intertubulos. Segundo Andalaft Neto (1996), esta droga é metabolizada no fígado materno e quase totalmente eliminada através das vias urinárias e que doses elevadas produzem lesões hepáticas e renais em ratas. Sendo assim, a capacidade de reprodução, diminui de forma significativa em pacientes portadoras de insuficiência renal crônica (ABBASI, 2001).

De acordo com Nakabayashi (1999), o grande desafio é manter um ambiente intra útero favorável ao feto. Quando isso não acontece, ocorre prematuridade, crescimento fetal diminuído, interrupção da gestação e também um aumento de complicações maternas em pacientes com alterações renais. Em um estudo realizado pela Universidade de Edimburgo relata que utilizar o paracetamol durante a gravidez por um período prolongado de tempo poderia contribuir para transtornos reprodutivos em bebês do sexo masculino.

Em relação a malformações na gestação com o uso do paracetamol, na literatura encontra-se que no primeiro trimestre gestacional, devido ao efeito teratogênico do paracetamol pode haver aborto espontâneo, alterações no crescimento, desenvolvimento funcional e até mesmo alterações morfológicas do feto devido as malformações que esse fármaco causa.

Os estudos encontrados na literatura vão de acordo a pesquisa realizada, na qual mostra que uma das ratas sofreu um prolapso uterino e os fetos não se desenvolveram, devido as implantações intrauterinas que foram submetidos bem como alteração no crescimento e desenvolvimento.

5 | CONCLUSÃO

Concluiu-se que o paracetamol na dosagem utilizada teve a prenhez interrompida, maior número de natimortos e menor de nativos. As progenitoras sofreram alterações renais bem consideráveis como congestão intertubular e áreas hemorrágicas na região glomerular. Desta maneira afirma-se a necessidade de atentar as gestantes quanto a

automedicação com paracetamol durante a gravidez.

REFERÊNCIAS

- ABBASI, H. *et al.* **Chronic renal failure and pregnancy.** Gynecol Obstet Fertil, vol. 29, no. 2, Feb 2001, p. 106-15.
- ANDALRAFT NETO, J. *et al.* **Efeitos do Uso Crônico de Acetaminofeno na Prenhez da Rata.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet.
- ANDALRAFT NETO, J. *et al.* **Efeitos do Uso Crônico de Acetaminofeno na Prenhez da Rata.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet
- ANDRADE, S.E, *et al.* **Prescription drug use in pregnancy.** Am J Obstet Gynecol. 2004;191(2):398-407.
- BAKKER M, *et al.* **Drug prescription patterns before, during and after pregnancy for chronic, occasional and pregnancy-related drugs in the Netherlands.** BJOG. 2006;113(5):559-68.
- DAW JR, *et al.* **Prescription drug use in pregnancy: a retrospective, population-based study in British Columbia, Canada (2001-2006).** Clin Ther. 2012; p.34 vol.1 239-249. 2ªed.
- FLECKNELL P. **Laboratory animal anaesthesia.** Zaragoza: Acribia, 2009.
- FORFAR, J.O.; NELSON, M.M. **Epidemiology of drugs taken by pregnant women: drugs that may affect the fetus adversely.** Clin Pharmacol Ther 1990; 14:632-642
- LACROIX I, *et al.* **Prescription of drugs during pregnancy in France.** Lancet. 2000;356(9243):1735-6
- MALM, H., *et al.* **Finnish Register-Based Study. Prescription drugs during pregnancy and lactation--a Finnish register-based study.** Eur J Clin Pharmacol. 2003;59(2):127-33.
- MENGUE, S.S., *et al.* **Uso de medicamentos por gestantes em seis cidades brasileiras.** Rev Saúde Pública. 2001;35(5):415-20.
- NAKABAYASHI, M.; ADACHI, T. **Perinatal and infant outcome of pregnant patients undergoing chronic hemodialysis.** Nephron, vol. 82, no. 1, 1999, p. 27-31.
- RILEY, E.H., *et al.* **Correlates of prescription drug use during pregnancy.** J Womens Health (Larchmt). 2005;14(5):401-9.
- SEBBEN, V.C., *et al.* **Validação de metodologia analítica e estudo de estabilidade para quantificação sérica do paracetamol.** Rev. Bras. Patol. Med. Lab. 46(2): 143-148, 2010.
- WAYNFORTH, H. B. **Experimental and Surgical Technique in the Rat.** London: Academic Press, 1980.

ASPECTOS DETERMINANTES PARA O ABANDONO PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Data de aceite: 05/06/2020

Camila Cristina Lima Nascimento

Bacharel em Enfermagem, UNINASSAU – João Pessoa, PB

Rosany Casado de Freitas Silva

Bacharel em Enfermagem, UNINASSAU – João Pessoa, PB

Camila Firmino Bezerra

Bacharel em Enfermagem pela UNINASSAU- João Pessoa, PB

Talita Costa Soares Silva

Bacharel em Enfermagem, UNINASSAU – João Pessoa, PB

Victor Kennedy Almeida Barros

Bacharel em Enfermagem, Faculdade Internacional da Paraíba– João Pessoa, PB

Josefa Jaqueline de Sousa

Bacharel em Enfermagem pela UNINASSAU-João Pessoa, PB

Raquel Cristina de Mendonça Jordão

Bacharel em Enfermagem pela UNINASSAU-João Pessoa, PB

Juliana Alves Borges Macena

Bacharel em Enfermagem pela UNINASSAU-João Pessoa, PB

Allanna Stephany Cordeiro de Oliveira

Graduanda de enfermagem pela UNINASSAU- João Pessoa, PB

Thalys Maynard Costa Ferreira

Enfermeiro, Mestre Enfermagem Pediátrica pela UFPB, Professor do curso de graduação em enfermagem pela UNIPÊ- João Pessoa, PB

Josefa Danielma Lopes Ferreira

Enfermeira, Mestre Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso pela UFPB, Professora do curso de graduação em Enfermagem pela UNINASSAU- João Pessoa, PB

Shirley Antas de Lima

Enfermeira, Mestre em Terapia Intensiva pela SOBRATI, Professora do curso de graduação em Enfermagem pela UNINASSAU- João Pessoa, PB

RESUMO: Objetivo: Investigar os aspectos que determinam o abandono do aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses de vida.

Método: Trata-se de uma revisão integrativa, com busca na base de dados LILACS, usando os descritores em português aleitamento materno e desmame precoce, com recorte temporal de 2013 à 2018. Foram obtidos 2.143 artigos. Após utilização dos critérios de inclusão e exclusão, 12 estudos foram selecionados e compuseram a amostra. **Resultados:** Os estudos evidenciaram que fatores externos como trabalho materno fora de casa, uso de chupetas e mitos estão relacionados como principais causas para o desmame de maneira precoce, do que os

fatores maternos como trauma mamilar. **Conclusão:** Foi possível verificar inúmeros fatores que levam ao desmame precoce, e todos eles passíveis de resolução, dessa forma se faz importante a implantação de estratégias de promoção ao aleitamento materno, para tornar a mulher capaz de promover a amamentação de forma eficaz, desse modo é imprescindível que a enfermagem atue no campo da educação em saúde de maneira qualificada.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno; Desmame precoce; Enfermagem.

ABSTRACT: Objective: To investigate the aspects that determine the abandonment of exclusive breastfeeding before six months of life. Method: This is an integrative review, searching the LILACS database, using the keywords in Portuguese breastfeeding and early weaning, with a time frame from 2013 to 2018. 2,143 articles were obtained. After using the inclusion and exclusion criteria, 12 studies were selected and made up the sample. Results: Studies have shown that external factors such as maternal work outside the home, use of pacifiers and myths are related as the main causes for early weaning, than maternal factors such as nipple trauma. Conclusion: It was possible to verify numerous factors that lead to early weaning, and all of them can be resolved, so it is important to implement strategies to promote breastfeeding, to make women able to promote breastfeeding effectively, in this way. it is essential that nursing acts in the field of health education in a qualified manner.

KEYWORDS: Breastfeeding; Early weaning; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O leite materno é considerado um alimento fundamental para os lactentes nos primeiros 6 meses de vida, ofertando benefícios à saúde do bebê em curto e longo prazo, sendo sua eficácia comprovada em relação aos demais leites. Este alimento é de fácil digestão, rico em vitaminas, minerais, gorduras, açúcares e proteínas que estimulam o desenvolvimento e crescimento adequados ao bebê (RODRIGUES; GOMES, 2014).

De acordo com a organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS, 2018) orienta o aleitamento materno nos primeiros 60 minutos de vida e de forma exclusiva nos primeiros 6 meses sem introdução de nenhum outro tipo de alimento, tais como água, chás, sucos e papa/mingau. Após esse período outros alimentos líquidos e semissólidos devem ser introduzidos, pois o leite materno sozinho não suprira as necessidades nutritivas a partir de tal idade, a introdução deve ser feita de forma gradativa conforme aceitação, mantendo a amamentação até os dois anos ou mais, onde se espera que o desmame aconteça de forma natural. Se todas crianças fossem amamentadas segundo tais orientações, mais 820 mil vidas seriam salvas nos primeiros 5 anos de vida todos os anos.

O leite materno vem de um processo fisiológico e sua produção é estimulada bem após a saída da placenta, onde acontece o decaimento dos níveis dos hormônios estrógeno/

progesterona, conseqüentemente os níveis de prolactina tem um aumento considerável, fazendo assim com que seja incitada a produção do leite pelas glândulas mamárias, que quando iniciada faz com que o leite seja distribuído em três tipos, são eles: colostro, leite de transição e leite maduro. É característica do colostro o baixo teor de gordura e lactose bem como a alta concentração de vitaminas, eletrólitos, proteínas e IgA, é ofertado bem no início do pós parto. O leite de transição tem início de sete a quatorze dias após o parto. Já o leite maduro que ao contrário do colostro tem alto teor de gordura e lactose, e possui sua produção iniciada no início da segunda quinzena pós-parto (MARTINS, 2013).

Em relação aos benefícios biológicos da amamentação em recém nascidos, sabe-se que o leite humano possui características imunológicas superiores na proteção de diversas doenças na infância a exemplo, diarreia, infecções, doenças respiratórias, doenças crônicas não-transmissíveis. E no que diz respeito às vantagens, não estão somente relacionadas à saúde na infância, pois adultos que foram amamentados quando bebês correm menos riscos de desencadear doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, obesidades e disfunções neurológicas (AMARAL; BASSO, 2016).

Além de proporcionar um alimento completo para o bebê e aumentar o elo na relação mãe-filho, há pouco tempo a saúde física e psicológica materna vem sendo importante objeto de estudo em relação aos benefícios, tais como, involução uterina, devido a frequência e durabilidade da amamentação que acarreta a diminuição do sangramento pós-parto evitando possíveis hemorragias ou anemia, auxiliando no emagrecimento, e ainda diminuindo a incidência de câncer de mama e colo de útero nessas mulheres (COUTINHO et al., 2014).

Diante de tantos benefícios expostos para o lactente e nutriz, não há dúvidas que o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) traz uma qualidade de vida superior para ambos, no entanto, no mundo cerca de 85% das mães não seguem as recomendações e deixam de amamentar exclusivamente antes do tempo previsto, apenas 35% dos bebês continuam sendo alimentados corretamente. Diversos fatores podem estar diretamente relacionados ao desmame, e no Brasil aponta-se principalmente a falta de conhecimento por parte das mães, sobre a prática, importância e qualidade do seu leite para o desenvolvimento e crescimento saudável do lactente (MACHADO et al., 2014).

O profissional de enfermagem tem um papel primordial no acompanhamento pré-natal e posterior ao parto no que diz respeito a vida e saúde da mãe e seu bebê, um trabalho de prestar as devidas orientações sobre tudo que cerca a chegada dessas novas vidas, mas também a promoção e prevenção de educação em saúde para que o melhor seja ofertado, possibilitando para mães primíparas ou não, um aleitamento materno exclusivo de forma prazerosa para com seus bebês (GARCIA et al., 2013).

Devido a várias problemáticas que envolvem o abandono precoce do aleitamento materno exclusivo levanta-se o seguinte questionamento: Quais os aspectos determinantes que permeiam o abandono precoce do aleitamento materno exclusivo?

O objetivo desta pesquisa é identificar na literatura científica brasileira os aspectos determinantes que permeiam o abandono precoce do aleitamento materno exclusivo.

2 | METODOLOGIA

A presente revisão integrativa de literatura é um tipo de investigação científica que tem o objetivo de unir, analisar e direcionar de forma crítica uma síntese dos resultados de vários estudos primários, realizados posteriormente sobre determinada temática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados LILACS, utilizando os descritores: “Aleitamento materno” e “Desmame precoce”, separadas pelo operador booleano AND.

Para realização da referente pesquisa, foram utilizado os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos disponíveis na íntegra e gratuitamente, publicados entre os anos de 2013 a 2018, no idioma português, e que respondesse a pergunta norteadora da pesquisa. Como critérios de exclusão foram utilizados artigos científicos indisponíveis, fora do recorte temporal estabelecido, nos idiomas inglês e espanhol, que não estiverem de acordo com a temática abordada no referente estudo e repetidos. Os dados foram coletados no período de setembro de 2019.

Diante do cruzamento realizado pelos descritores citados no trabalho, como universo obteve-se um total de 2.143 resultados, disponíveis obteve-se 845, no idioma português 356, utilizando o recorte temporal ficaram 86 e tipo artigos 83, totalizando uma população de 83 artigos. Através da leitura de títulos foram descartados 47, 11 estavam repetidos, após leitura de 36 resumos, foram excluídos 18 e com a leitura na íntegra apenas 12 artigos inteserssaram ao estudo, assim 12 artigos compuseram a mostra.

3 | RESULTADOS

CÓD.	ANO	TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICO	TIPO DE ESTUDO	BASE DE DADOS
A1	2013	Fatores que intervêm na amamentação exclusiva: revisão integrativa	ABREU; FABBRO; WERNET.	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	Revisão integrativa	LILACS
A2	2013	Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato	BATISTA; FARIAS; MELO.	Saúde debate	Pesquisa exploratória	LILACS

CÓD.	ANO	TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICO	TIPO DE ESTUDO	BASE DE DADOS
A3	2013	Evidências das intervenções na prevenção do trauma mamilar na amamentação: revisão integrativa	COSTA et al.	Revista eletrônica de enfermagem	Revisão integrativa	LILACS
A4	2014	Condições desiguais como causas para a interrupção do aleitamento materno	PERES; PEGORATO.	Revista Enfermagem UERJ	Revisão sistemática	LILACS
A5	2014	Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno	FIALHO; LOPES; DIAS	Revista Cuidarte	Revisão integrativa	LILACS
A6	2015	Tempo de aleitamento materno e os fatores de risco para o desmame precoce	BASTIAN; TERRAZZAN	Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr	Descritivo-exploratório	LILACS
A7	2015	Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce	OLIVEIRA et al.	Revista Gaúcha de enfermagem	Descritivo-exploratório	LILACS
A8	2015	O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem à criança	MONTESCHIO; GAÍVA; MOREIRA	Revista Brasileira de Enfermagem	Descritivo	LILACS
A9	2015	Interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: experiência com mães de crianças em consultas de puericultura	ROCHA; COSTA	Revista Brasileira em Promoção da Saúde	Descritivo	LILACS
A10	2017	Fatores que influenciam o desmame precoce	ALVARENGA et al.	Aquichan	Revisão sistemática	LILACS
A11	2017	Influência do uso de chupetas e mamadeiras na prática do aleitamento materno	BATISTA; RIBEIRO; NASCIMENTO.	Journal of Health & Biological Sciences	Revisão integrativa	LILACS
A12	2018	Prevalência de aleitamento materno e fatores associados: uma revisão de literatura	PIVETTA et al.	Revista de Ciências Médicas e Biológicas	Revisão integrativa	LILACS

Quadro 1

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa, 2019.

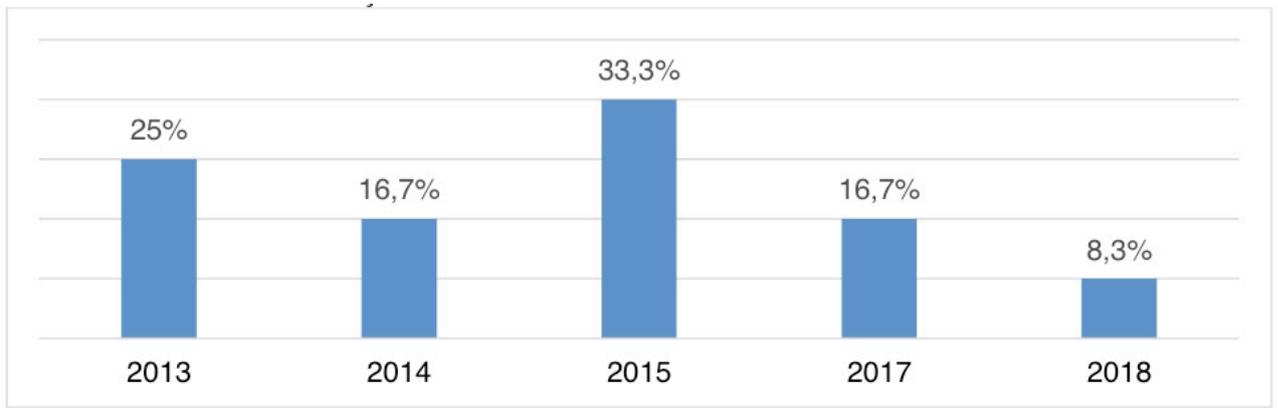


Gráfico 1 – Ano de Publicação

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa, 2019.

O gráfico 1 mostra que o ano de 2015 obteve 33,3% (n=4), evidenciando assim que houve uma maior número de publicações acerca da tematica abordada na pesquisa; seguindo de 2013 como 25% (n=3); nos anos de 2014 e 2017, o quantitativo foi de 16,7% (n=2) de artigos cada, e o ano de 2018 apenas 8,3% (n=1).

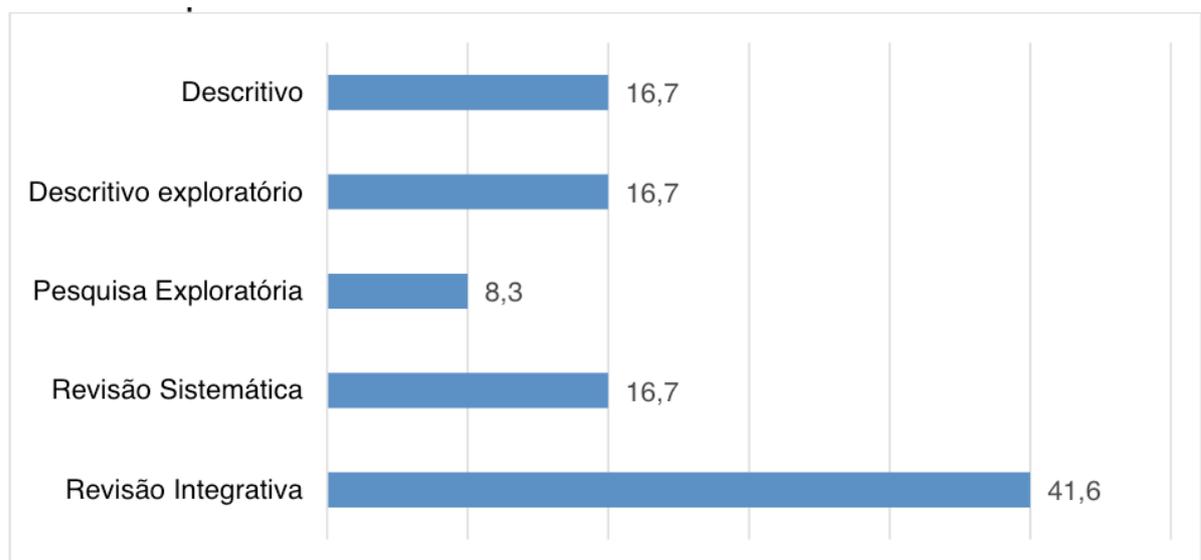


Gráfico 2 – Tipos de Estudo

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa, 2019.

Ao analisar os tipos de estudo que compuseram amostra, foi apurado que 41,6% (n=5) artigos tratavam-se de revisão integrativa da literatura; revisão sistemática, descritivo-exploratório e descritivo compuseram 16,7% (n=2) cada, e pesquisa exploratória correspondeu a 8,3% (n=1), como mostra o gráfico 2.

4 | DISCUSSÃO

ANO	AUTOR	TÍTULO
2013	BATISTA et al.	Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato.
2013	ARAÚJO et al.	A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem.
2013	GARCIA et al.	Assistência de enfermagem às puérperas em unidades de atenção primária.
2015	MONTESCHIO et al.	O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem à criança.
2015	ROCHA; COSTA	Interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: experiência com mães de crianças em consultas de puericultura.
2017	ALVARENGA et al.	Fatores que influenciam p desmame precoce.

Categoria I - Assistência de enfermagem no ato de amamentar

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa, 2019.

A análise dos artigos que compuseram amostra da revisão apontam que o incentivo, promoção e assistência ao aleitamento materno exclusivo não vem sendo satisfatório na maioria das vezes, em relação ao papel a ser exercido pela enfermagem.

De acordo com estudo de Batista et al. (2013), com objetivo de entender a prática do enfermeiro como suporte à amamentação, investigou-se 16 (dezesesseis) mulheres que já amamentaram, e dentre elas apenas 7(sete) relataram ter recebido alguma orientação nas consultas do pré-natal, somente no 3º trimestre da gestação, as 9(nove) restantes, relataram não receber em momento algum das consultas algum tipo de orientação ou incentivo a prática, tornando assim insatisfatória a assistência de enfermagem.

O mesmo foi observado por Alvarenga et al. (2017), onde profissionais da atenção básica não oferecem, ou oferecem de forma inadequada o suporte e incentivo necessário para que as nutrizes possam aleitar. Em relação ao puerpério imediato, período de 2 a 4 horas pós parto, o estímulo a amamentação também se mostrou insatisfatório, no momento de mais insegurança não houve apoio, pois neste momento o profissional deve estender a comunicação com a nutriz possibilitando acompanhamento após alta hospitalar.

Já no estudo de Monteschio et al. (2015), que busca analisar a atuação do enfermeiro frente ao desmame precoce em crianças menores de 6 meses de idade, foi mostrado que apesar de informações terem sido passadas para as futuras nutrizes, elas não seguem, tomando decisões por contra própria ou seguindo sugestões de familiares que já passaram pela experiência e que acreditam em mitos e crenças acerca da temática, introduzindo assim outros alimentos e levando ao desmame de forma precoce.

Ressalta-se no estudo de Rocha e Costa (2015), que o ato de amamentar deve ser prazeroso e não uma obrigação, cabendo aos profissionais de saúde, em especial da área de enfermagem na atenção básica, o compromisso em orientar e acompanhar,

ênfatizando um serviço de qualidade as mães.

Araújo et al. (2013), diz que os enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família (USF) são totalmente capacitados para realização do pré-natal de baixo risco, com proposito de promover a saúde materna e fetal, e ainda transmitir seu papel como educador acerca da gravidez, aleitamento, parto, puerpério e cuidados com bebê, pôde-se observar que as gestantes de um modo geral se mostraram satisfeitas com a assistência de enfermagem, onde se sentiram acolhidas, entretanto alguns procedimentos deixaram de ser realizados no ato da consulta, como preconizados pelo Ministério da Saúde, mostrando assim que a enfermagem ainda precisa compreender tamanha importância da assistência.

No que diz respeito a assistência no puerpério, Garcia et al. (2013), através de coleta de dados por intermédio da observação da assistência de enfermeiras à 34(trinta e quatro) puérperas, constatou-se que ações ligadas ao aleitamento não se mostraram satisfatórias para caracterização de uma atenção puerperal capacitada, cada vez mais se fazem necessárias as orientações claras sobre a pega correta, posicionamento do bebê, atenção ao estado emocional e nutricional da puérpera para que o pós-parto seja de fato efetiva.

ANO	AUTOR	TÍTULO
2013	ABREU et al.	Fatores que intrevêm na amamentação exclusiva: revisão integrativa.
2013	COSTA et al.	Evidências das intervenções na prevenção do trauma mamilar na amamentação: revisão integrativa.
2013	OLIVEIRA et al.	Importância do aleitamento materno exclusivo: uma revisão sistemática da literatura.
2014	FIALHO et al.	Fatres associados ao desmame precoce do aleitamento materno.
2015	BASTIAN; TERAZZAN	Tempo de aleitamento materno e os fatores de risco para o desmame precoce.
2015	OLIVEIRA et al.	Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce.
2015	ROCHA; COSTA et al.	Interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: experiência com mães de crianças em consultas de puericultura.
2017	BATISTA et al.	Influência do uso de chupetas e mameadeiras na prática do aleitamento materno.
2017	ALVARENGA et al.	Fatores que influenciam o desmame precoce.
2018	PIVETTA et al.	Prevalência de aleitamento materno e fatores associados: uma revisão de literatura.

Categoria II – Causas do desmame precoce

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa, 2019.

Nessa categoria estão incluídos os fatores relacionados ao desmame precoce: uso de chupeta, alimentação artificial, trabalho materno, idade materna, primiparidade, “leite

fraco ou insuficiente” problemas mamários.

Segundo estudo realizado por Bastian e Terazzan (2015), com 55 crianças de 0 a 18 meses, de uma escola em Porto Alegre, RS, a permanência do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses foi de 1,8%, sendo a introdução da chupeta associada positivamente para o desmame. Corroborando com Bastian e Terrazzan (2015), o estudo de Batista et al (2017), também associou o uso de chupetas como fatos influenciador na menor duração do aleitamento, porém, observou-se que a introdução de alimentação artificial também é fator influenciador.

Alvarenga et al. (2017), através de uma revisão sistemática, confirma o uso de chupeta (30,8%) como causa para desmame precoce, no entanto, a volta ao trabalho materno foi o fator influenciador com maior incidência, resultando em 33,3% dos 39 artigos selecionados para amostra. O mesmo foi citado em estudo de Pivetta et al. (2018), que através de revisão de literatura teve como objetivo investigar a prevalência do AM no Brasil e causas do desmame, relacionando o trabalho materno fora de casa e trabalho sem licença-maternidade uma implicação materna, ressaltando também a idade materna como um fator citado, onde foi observado que bebês de primíparas adolescentes teriam menos possibilidades de serem amamentados exclusivamente.

Nesse contexto, segundo estudo de Fialho et al. (2014), mulheres primíparas quando relacionadas às múltíparas, apresentaram duas vezes mais chances de desmamar precocemente, pois tiveram menos acesso as informações disponíveis na mídia e ações afim de promover o AME, já para múltíparas a experiência previa em outras gestações conta como importante aspecto para o sucesso ao amamentar.

De acordo com Oliveira et al. (2015), em pesquisa realizada com 21 mulheres no município de Cáceres-MT, em unidades de Estratégia de Saúde da Família, afim de compreender intercorrências que contribuem para o desmame precoce, observou-se que apenas 19,1% das crianças chegaram aos 6 meses sendo amamentadas exclusivamente, e como principais alegações, o leite fraco ou insuficiente foi o fator mais alegado pelas mães. Em outro estudo realizado com 12 mães no município de Tauá-CE, Rocha e Costa (2015), também evidencia o leite fraco como principal motivo para complementação alimentar e sucessivamente ao desmame precoce. Nesse contexto é de extrema importância salientar que o leite materno é provido de todos os nutrientes que o bebê necessita.

No estudo de Abreu et al. (2013), o trabalho materno pode apenas influenciar no desmame, não sendo apontado como fator primordial, já os problemas mamários foram vistos como principal aspecto, ressaltando a dor ao amamentar, o ingurgitamento mamário e as fissuras mamilares que são frequentes causadores de dor, que poderiam ser evitadas com informações corretas sobre o manejo ao aleitar.

Costa et al. (2013), através da seleção de 8(oito) estudos, afim de avaliar as intervenções para prevenção do trauma mamilar, obteve-se que o ensinamento da técnica é importante, mas se torna ineficaz se ensinada apenas uma vez e não ser mais

acompanhada, sendo a assistência de enfermagem necessária também no puerpério, as recomendações acerca da higienização das mamas aparece com enfoque, onde o uso de gel de menta, lanolina, vitamina A e D e álcool a 70%, são comumente usados no manejo das mamas e considerados desnecessários, devendo ser higienizadas apenas com água.

Destaca-se no estudo de Oliveira et al. (2013) a importância do leite materno de forma exclusiva até os 6 meses, e somente após esse período seja complementado com outros alimentos, sendo mantido pelo menos até os 24 meses, considerado a melhor fórmula para o desenvolvimento e crescimento saudável do bebê, exerce fundamental papel de transferência de anticorpos da mãe para o filho, visando diminuir as taxas de morbimortalidade neonatal e infantil, oferece ainda, proteção contra infecções, alergias, diarreia e doenças crônicas. No que diz respeito à saúde materna pode-se destacar a involução uterina, diminuição do sangramento pós-parto, prevenção do câncer de ovário e mama, atrelando esses fatores a duração das mamadas e que elas sejam em livre demanda.

5 | CONCLUSÃO

O objetivo do estudo foi alcançado onde vários fatores indicam os aspectos determinantes para o abandono precoce do aleitamento materno exclusivo, entre eles: uso de chupeta, trabalho materno, mitos e crenças, idade materna, primiparidade, problemas mamários, alegações de leite fraco ou insuficiente e entre tais fatores os que mais aparecem são a volta ao trabalho materno e uso de chupetas e bicos artificiais, ainda que vários fatores interfiram na continuidade do aleitamento materno exclusivo, e que a assistência de enfermagem por muitas vezes seja falha, a grande maioria é resolvível.

O presente estudo busca contribuir de forma positiva para enfermagem, possibilitando um novo olhar acerca da temática, onde o trabalho da enfermagem não vem se mostrando satisfatório, a importância de desenvolver de forma ampla um modelo de promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo, principalmente no puerpério nas redes de atenção básica, para que o trabalho seja contínuo e acompanhado de perto pelos profissionais afim de evitar a evasão do mesmo.

Apesar da necessidade de mais estudos para que a temática se mantenha em foco e atualizada, os estudos incluídos nessa revisão puderam esclarecer em vários aspectos a importância do aleitamento no binômio mãe/filho, aspectos que levam as nutrizes a desleitar precocemente, o papel da enfermagem e destaque nas vantagens relacionadas a saúde até mesmo a longo prazo da nutriz e lactente.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Flávia Correia Porto De; FABBRO, Márcia Regina Cangiani; WERNET, Monika. Fatores que intervêm na amamentação exclusiva: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 3, 2013.
- ALVARENGA, Sandra Cristina et al. Fatores que influenciam o desmame precoce. **Aquichan**, v. 17, n. 1, p. 93-103, 2017.
- AMARAL, Simone; BASSO, Cristiana. Aleitamento materno e estado nutricional infantil. **Disciplinarum Scientia Saúde**, v. 10, n. 1, p. 19-30, 2016.
- ARAUJO, Suelayne Martins et al. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **VEREDAS FAVIP-Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 2, 2013.
- BASTIAN, Doris Powaczruk; TERRAZZAN, Ana Carolina. Tempo de aleitamento materno e os fatores de risco para o desmame precoce. **Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr**, v. 40, n. 3, p. 278-286, 2015.
- BATISTA, Christyann Lima Campos; RIBEIRO, Valdinar Sousa; NASCIMENTO, Maria do Desterro Soares Brandão. Influência do uso de chupetas e mamadeiras na prática do aleitamento materno. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 2, p. 184-191, 2017.
- BATISTA, Kadydja Russell de Araújo et al. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Saúde em debate**, v. 37, p. 130-138, 2013.
- COSTA, Andrea De Araujo et al. Evidências das intervenções na prevenção do trauma mamilar na amamentação: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 788-99, 2013.
- COSTA, Luhana Karoliny Oliveira et al. Importância do aleitamento materno exclusivo: Uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 1, 2013.
- COUTINHO, Ana Cláudia Ferreira Pinheiro; SOARES, Ana Carla De Oliveira; FERNANDES, Priscilla Da Silva. Conhecimento das mães sobre os benefícios do aleitamento materno à saúde da mulher. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 8, n. 5, p. 1213-1220, 2014.
- GARCIA, Estefânia Santos Gonçalves Félix; LEITE, Eliana Peres Rocha Carvalho Leite; NOGUEIRA, Denismar Alves Nogueira. Assistência de enfermagem às puérperas em unidades de atenção primária. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 7, n. 10, p. 5923-5928, 2013.
- GOMES ROCHA, Maiara; SILVA COSTA, Edina. INTERRUPTÃO PRECOCE DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: EXPERIÊNCIA COM MÃES DE CRIANÇAS EM CONSULTAS DE PUERICULTURA. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 4, 2016.
- MACHADO, Mariana Campos Martins et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, 2014.
- MARTINS, Maria Zilda. Benefícios da amamentação para saúde materna. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 1, n. 3, p. 87-97, 2013.
- MENDES, Karina Dal Sasso et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MONTESCHIO, Caroline Aparecida Coutinho; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; MOREIRA, Mayrene Dias de Sousa. O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem à criança. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 5, p. 869-875, 2015.

MOURA, Edênia Raquel Barros Bezerra De et al. Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Intertox de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade**, v. 8, n. 2, 2015.

OLIVEIRA, Carolina Sampaio et al. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 16-23, 2015.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília; 2018.

PERES, Patricia Lima Pereira; PEGORARO, Antônio Olinto. Condições desiguais como causas para a interrupção do aleitamento materno. **Rev Enferm UERJ**, v. 22, p. 278-85, 2014.

PIVETTA, Hedioneia Maria Foletto et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados: uma revisão de literatura. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 17, n. 1, p. 95-101, 2018..

RODRIGUES, Nathália De Abreu; GOMES, Ana Cecília De Godoy. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce. **Enfermagem Revista**, v. 17, n. 1, p. 30-48, 2014.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO PROVOCADO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 06/03/2020

Izabel Cristina Leite

Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) – Diamantino, MT.

<http://lattes.cnpq.br/5141098008796316>

Taís Caroline Pereira dos Santos

Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) – Diamantino, MT.

<http://lattes.cnpq.br/2811328968997425>

Juliana Ferreira Magalhães

Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) – Diamantino, MT.

<http://lattes.cnpq.br/1738417291555455>

Gabrielle Nathallie Cardoso Batista

Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) – Diamantino, MT.

<http://lattes.cnpq.br/8419690971814852>

Isamara Maisa da Silva

Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) – Diamantino, MT.

<http://lattes.cnpq.br/9462287744974920>

Angela Mara Brugnago Ayala

Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) – Diamantino, MT.

<http://lattes.cnpq.br/9696169429614077>

Letícia Gomes de Moura

Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) – Diamantino, MT.

<http://lattes.cnpq.br/2852125722515058>

Micaelly Lube dos Santos

Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) – Diamantino, MT.

Daniela Luzia Zagoto Agulhó

Enfermeira, doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá, MT.

<http://lattes.cnpq.br/1643552793934483>

Cláudia Moreira de Lima

Enfermeira Mestre da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) – Diamantino, MT.

<http://lattes.cnpq.br/0438543140041100>

RESUMO: O aborto é considerado uma prática frequente entre as mulheres brasileiras, estando o Brasil entre os 44 países com leis mais restritivas ao aborto. Em todo o mundo, estima-se que 49% dos abortos, apesar da

subnotificação, são provocados e realizados em condições de risco. Sabe-se que países em desenvolvimento como o Brasil há um aumento nos registros de casos de aborto provocado com complicações graves, o que nos remete a um índice de mortalidade materna elevado. Nesse contexto, o presente artigo almeja refletir acerca das publicações científicas referente à assistência de enfermagem ofertada às mulheres em situação de abortamento provocado no Brasil. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, realizada no mês de maio de 2019, utilizou-se como fonte de busca, as bases de dados Lilacs, Bdenf, Medline e Scielo. A partir dos estudos analisados, podemos inferir que mais da metade dos profissionais de saúde apresentam atitudes discriminatórias frente ao processo de abortamento provocado. O desconhecimento das leis e a mecanização da assistência são apontados como os principais agravantes para a não prestação de uma assistência à saúde com qualidade. Conclui-se que o atendimento às mulheres em situação de abortamento provocado enfrenta tabus e preconceitos, portanto promover uma assistência de enfermagem livre de juízo de valores possibilitará uma maior procura dos serviços de saúde, contribuindo para a diminuição do elevado índice de mortalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto. Assistência de Enfermagem. Abortamento Provocado.

NURSING CARE FOR WOMEN IN SITUATION OF PROVOKED ABORTION: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Abortion is considered a frequent practice among Brazilian women, with Brazil among the 44 countries with the most restrictive abortion laws. Worldwide, it is estimated that 49% of abortions, despite underreporting, are caused and performed under risky conditions. It is known that developing countries like Brazil have an increase in records of cases of abortion caused with serious complications, which leads us to a high maternal mortality rate. In this context, this article aims to reflect on the scientific publications referring to nursing care offered to women in situations of provoked abortion caused in Brazil. This is an integrative literature review, carried out in May 2019, the Lilacs, Bdenf, Medline and Scielo databases were used as a search source. From the studies analyzed, we can infer that more than half of the health professionals have discriminatory attitudes towards the provoked abortion process. The ignorance of the laws and the mechanization of assistance are pointed out as the main aggravating factors for not providing quality health care. It is concluded that the assistance to women in situations of provoked abortion faces taboos and prejudices, therefore promoting nursing care free of judgment will enable a greater demand for health services, contributing to the reduction of the high mortality rate.

KEYWORDS: Abortion. Nursing Care. Provoked Abortion.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, o aborto é considerado um problema de saúde pública, por ser uma prática frequente entre as mulheres, pode resultar em consequências como a mortalidade materna. Dados da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) realizada em 2016, mostrou que uma em cada cinco mulheres já realizou, pelo menos, um aborto durando a vida, e destas, metade delas foram hospitalizadas por condições inerentes ao aborto realizado (DINIZ, MEDEIROS, MADEIRO, 2017).

O aborto pode ser definido como a interrupção da gestação, até a 20^a semana de gravidez, ou no máximo, até a 22^a semana, com expulsão do concepto com peso inferior a 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25 cm. Mister que o aborto é considerado natural quando não há interferência física ou química; legal em casos de estupro, risco de morte para a gestante e anencefalia fetal; e provocado, quando realizado por intervenções externas (LIMA *et al*, 2017; BRASIL, 2011).

Dentre os tipos de aborto citados anteriormente, o que mais chama atenção é o aborto provocado, pois é considerado como um dos maiores problemas de saúde pública do país, porquanto pode ocasionar complicações como infecções ginecológicas, dores abdominais e hemorragias, e em casos mais graves, levar ao óbito (DINIZ, MEDEIROS, MADEIRO, 2017).

Mesmo que as evidências apontem para as graves consequências do aborto provocado, ele é realizado por mulheres de todas as idades, religiões, status de relacionamento, níveis de educação, classes e grupos sociais, além do fato de estar relacionado a uma prática ilegal, dessa forma, realizado constantemente de maneira clandestina e insalubre. Nos países em desenvolvimento como o Brasil, há um aumento nos registros de casos de aborto provocado com complicações graves, o que nos remete a um índice de mortalidade elevado, afetando principalmente mulheres em situações socioeconômicas reduzidas (BRASIL, 2011; LIMA *et al*, 2017; ROGRIGUES, 2017).

As mulheres que desejam abortar, procuram em sua grande maioria clínicas clandestinas ou o uso de substâncias químicas, tais procedimentos feitos sem acompanhamento especializado, o que aumentam as chances de complicações relacionada ao processo de abortamento (STREFLING *et al*, 2015).

A equipe de enfermagem predominantemente torna-se a responsável pelo acolhimento e tratamento das mulheres que buscam o serviço de saúde por complicações relacionadas ao aborto. Cabe ressaltar que quando a mulher em processo de abortamento procura os serviços de saúde, a equipe de enfermagem deve prestar o cuidado de maneira humanizada, de forma a promover a dignidade e autonomia moral e ética, afim de praticar o que é preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (SILVA, 2015; BRASIL, 2011).

Contudo o aborto provocado perpassa por inúmeras discussões, no qual cada

indivíduo possui uma opinião acerca do tema, que pode estar associada à religiosidade e juízo de valores. Nos serviços de saúde, o cenário de discriminação não foge daquele observado em outros nichos da sociedade, com isso inúmeras mulheres em processo de abortamento deixam de procurar assistência por receio de possíveis discriminações e julgamentos por parte dos profissionais (SILVA *et al*, 2015; AYRES, 2018).

Objetivando contribuir com conhecimento acerca da necessidade da elaboração de novas estratégias para melhoria da assistência de enfermagem, acolhimento e tratamento das mulheres em processo de abortamento provado nos serviços de saúde, o presente artigo almeja refletir acerca das publicações científicas referente à assistência de enfermagem atualmente ofertada às mulheres em situação de abortamento provocado no Brasil.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. A coleta dos dados foi feita no mês de maio de 2019. A pesquisa foi iniciada com busca livre nas bases de dados, e considerados todos os resultados obtidos nos últimos cinco anos. Foram escolhidas as bases de dados comumente utilizadas em pesquisas em Ciências da Saúde, a saber: Lilacs, Bdenf, Medline e Scielo.

Foram definidos os descritores: Aborto; Cuidados de Enfermagem e Abortamento. Desta forma, a estratégia de pesquisa constituiu-se do booleano conector: “AND”, assim as buscas realizadas foram: Aborto AND Cuidados de Enfermagem AND Abortamento.

Após a inserção das expressões de busca nas bases de dados, consideraram-se limites de busca: publicações nos moldes de artigos científicos e disponibilizados em português, disponíveis na íntegra e gratuitamente.

Inicialmente, após a aplicação dos descritores de busca nas bases de dados, foram identificados 20 artigos. Os artigos previamente selecionados foram submetidos a uma leitura minuciosa do título e resumo para análise da temática e melhor compreensão e incluídos na amostra ao se adequaram ao critério de inclusão.

Em caso de desconformidade com tal critério, considerou-se o artigo seguinte. Cabe ressaltar que as bases de dados utilizadas podem apresentar algumas subdivisões inseridas na interface de outras bases; assim, para minimizar possíveis distorções, os artigos repetidos foram considerados apenas uma vez. Após o crivo mencionado, o número foi reduzido a 07 artigos, sendo este o nº probabilístico dos estudos participantes deste artigo.

3 | RESULTADOS

Após a seleção dos artigos, os dados foram coletados por dois revisores, por meio do preenchimento de um formulário que continha as informações da análise dos artigos incluídos na amostra, sendo as informações submetidos à análise descritiva (Quadro 1).

ANO	AUTORES	TÍTULO	RESULTADOS E CONCLUSÃO
2014	CARVALHO & PAES	Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que vivenciou o aborto inseguro	Das 44 gravidezes destas jovens, a metade evoluiu para o aborto. Os resultados mostraram a dificuldade no acesso e utilização dos métodos contraceptivos e aos serviços de planejamento reprodutivo. O enfermeiro, como o profissional que atua na educação em saúde, tem como uma de suas responsabilidades a prevenção da prática do aborto, utilizando como instrumento a promoção da saúde reprodutiva e a integralidade do cuidado, incluindo nesse processo a inserção social e o acolhimento dessas mulheres.
2015	STREFLING et al	Cuidado de enfermagem à mulher em situação de aborto: revisão integrativa	Onze artigos compuseram o corpus do estudo. Os profissionais de enfermagem precisam refletir sobre a qualidade do cuidado nas situações de abortamento, centrando suas ações no sujeito. Capacitações e sensibilização dos trabalhadores podem favorecer mudanças nos paradigmas e humanizar o cuidado.
2015	SILVA et al	Atenção à mulher em processo de abortamento induzido: a percepção de profissionais de enfermagem	Da análise emergiram duas categorias: o papel da enfermagem no atendimento à mulher em processo de abortamento induzido; e não estar capacitada para o atendimento à mulher em processo de abortamento induzido. As profissionais entrevistadas não se sentiam capacitadas para o atendimento e percebiam que exerciam o cuidado de forma mecânica. É necessário instrumentalizar os profissionais por meio de capacitações que desenvolvam habilidades e conhecimentos específicos acerca do atendimento humanizado à mulher nesta condição.
2017	DINIZ, MEDEIROS, MADEIRO	Pesquisa Nacional de Aborto 2016	Os resultados indicam que o aborto é um fenômeno frequente e persistente entre as mulheres de todas as classes sociais, grupos raciais, níveis educacionais e religiões: em 2016, quase 1 em cada 5 mulheres, aos 40 anos já realizou, pelo menos, um aborto. Em 2015, foram, aproximadamente, 416 mil mulheres. Há, no entanto, heterogeneidade dentro dos grupos sociais, com maior frequência do aborto entre mulheres de menor escolaridade, pretas, pardas e indígenas, vivendo nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Como já mostrado pela PNA 2010, metade das mulheres utilizou medicamentos para abortar, e quase a metade das mulheres precisou ficar internada para finalizar o aborto.

2017	Lima et al	Cuidados humanizado às mulheres em situação de abortamento: uma análise reflexiva	As mulheres que realizam o aborto são submetidas ao desrespeito frente a sua escolha, culpabilizadas pela família, profissionais de saúde e sociedade, discriminadas e marginalizadas, e carecem de apoio de ordem física, emocional e psicológica. O cuidado deve ser focalizado na mulher, de forma integral, e articular para a qualidade e humanização da assistência. Devendo, o respeito as suas escolhas, sem o julgamento em que muitos profissionais executam, e desrespeitando as mulheres em situação de abortamento.
2017	Rodrigues et al	Abortamento: protocolo de assistência de enfermagem: relato de experiência	O protocolo foi dividido em três etapas: 1ª. acolhimento, 2ª. assistência de enfermagem e 3ª. cuidado ambulatorial. A utilização deste protocolo representa maior segurança e interação multiprofissional, bem como uma atenção mais humanizada e integral para as mulheres em processo de abortamento ou pós-aborto.
2018	AYRES et al	A contextualização do aborto sob a ótica do enfermeiro	Os resultados demonstram que existe uma invisibilidade masculina quando se trata de gestações indesejadas onde a figura feminina é sempre colocada como culpada, imprudente ou responsável. Concluindo que o enfermeiro apesar de toda questão ética que envolve profissão, a intervenção profissional é fruto de atitude e valores sociais e intelectuais de cada profissional.

Quadro 1. Artigos referente ao aborto provocado entre os anos de 2014 a 2018.

Fonte: Próprio autor.

4 | DISCUSSÃO

Os estudos mostraram que o aborto espontâneo bem como aqueles provocados com autorização judicial em casos de estupro, mal formação fetal e risco de vida à mãe, são ambos bem acolhidos nas unidades de saúde, observando uma postura de apoio e humanização da parte da enfermagem, todavia quando se trata de aborto provocado de forma ilegal, as mulheres sentem-se discriminadas, julgadas e culpabilizadas pelo profissional de saúde, que constantemente permite que suas crenças, valores e opiniões de cunho moral e religioso influenciem em uma assistência digna, ética e sigilosa. (SILVA et al. 2015).

Metade das mulheres que realizaram o aborto, precisaram ser internadas para finalizar o processo, os principais motivos da procura pelo serviço de saúde logo após o aborto foram por condições clínicas desfavoráveis, como fortes dores abdominais, sangramento vaginal excessivo e sintomas de infecção, decorrentes de complicações do aborto provocado e da demora em procurar ajuda especializada por receio de enfrentar um atendimento de saúde pautado em perspectivas religiosas e morais além do risco da repressão policial (DINIZ, MEDEIROS, MADEIRO, 2017; STREFLING *et al*, 2015).

A partir dos estudos analisados podemos observar que mais da metade dos profissionais de saúde apresentam atitudes discriminatórias frente ao processo de

abortamento provocado, tais estudos apontam o desconhecimento das legislações referente ao tema. Um estudo realizado no Brasil, investigou o conhecimento e a percepção dos profissionais de saúde em relação à legislação brasileira referente a interrupção voluntária da gravidez, observou que 32,7% dos médicos e 97,5% dos profissionais de enfermagem desconheciam a legislação vigente e os aspectos éticos que envolvem tal temática (STREFLING *et al*, 2015).

O desconhecimento das leis e a mecanização da assistência é apontado como sendo os principais agravantes para a não prestação de uma assistência à saúde com qualidade, sendo esses fatores causais que inviabilizam o bem-estar das mulheres que necessitam de um atendimento integral (SILVA *et al*, 2015).

Nesse sentido o PNAISM, garante todo um suporte assistencial, objetivando promover a ampliação do acesso aos serviços de saúde, afim de fomentar uma conduta profissional com ênfase na escuta qualificada e no acolhimento das mulheres em processo de aborto. (BRASIL, 2011)

A equipe de enfermagem deve prestar atendimento de forma integral, respeitando os princípios da bioética, sendo eles, respeito a pessoa, beneficência, não maleficência e justiça, garantindo os direitos das mulheres sobre seu corpo, buscando melhorias nas condições de vida e a redução da morbimortalidade feminina (SILVA *et al*, 2015).

No entanto, os estudos evidenciam que mais da metade dos profissionais de enfermagem não estão adequadamente preparados para lidar com a complexidade necessária para o acolhimento e tratamento de mulheres com complicações decorrentes de aborto provocado. (CARVALHO & PAES, 2014; SILVA *et al*, 2015; STREFLING *et al*, 2015).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de enfermagem são os primeiros da área da saúde a realizar o acolhimento da mulher no processo de abortamento, direcionando o cuidado até sua total recuperação, os quais devem proporcionar uma assistência de qualidade, de forma humanizada e na integralidade de seus aspectos físico, psicológico e emocional.

Faz-se necessário evidenciar a escassez de produções científicas acerca da multicausalidade do abortamento provocado, o que dificulta uma prática embasada em evidências sólidas, contribuindo para a replicação dos estereótipos acerca do atendimento de enfermagem que dispomos hodiernamente nos serviços de saúde.

Conquanto os estudos analisados demonstram-se limitados, abrangendo de forma superficial alguns aspectos pertinentes para melhoria do atendimento de enfermagem, como a visão da mulher que passou por situação de abortamento e a multicausalidade que levam ao abortamento, o que favorece o viés das pesquisas focadas apenas no tema

central “aborto” como um tabu, direcionando-se apenas às entrelinhas do problema como a discriminação e julgamentos, não elucidando as ações que a equipe de enfermagem deveriam realizar para diminuir a morbimortalidade de mulheres vítimas de aborto provocado mal sucedidos.

Conclui-se que o atendimento às mulheres em situação de abortamento provocado enfrenta tabus e preconceitos, portanto promover uma assistência livre de juízo de valores possibilitará uma maior procura dos serviços de saúde, diminuindo o e elevando índice de mortalidade.

REFERÊNCIAS

- AYRES, Rodrigo *et al.* **A contextualização do aborto sob a ótica do enfermeiro.** Revista Nursing, São Paulo, 21(244): 2334-2337, set. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CARVALHO, Simone Mendes; PAES, Graciele Oroski. **Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que vivenciou o aborto inseguro.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 130-135, mar. 2014.
- DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. **Pesquisa Nacional de Aborto 2016.** Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017.
- LIMA, Laís Montenegro *et al.* **Cuidados humanizado às mulheres em situação de abortamento: uma análise reflexiva.** Rev enferm UFPE on line, Recife, 11(12):5074-8, dez. 2017.
- RODRIGUES Wilma Ferreira Guedes *et al.* **Abortamento: protocolo de assistência de enfermagem: relato de experiência.** Rev enferm UFPE on line, Recife, 11(8):3171-5, ago. 2017.
- SILVA, Eveline Franco *et al.* **Atenção à mulher em processo de abortamento induzido: a percepção de profissionais de enfermagem.** Rev Enferm UFSM, Santa Maria, 5(3):454-464, jul. / set. 2015.
- STREFLING, Ivanete da Silva Santiago *et al.* **Cuidado de enfermagem à mulher em situação de aborto: revisão integrativa.** Revista de Enfermagem da UFSM, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 169 - 177, abr. 2015.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA À CRIANÇA ONCOLÓGICA E SUA FAMÍLIA

Data de aceite: 05/06/2020

Jéferson William Fraga

Enfermeiro - Universidade Feevale

Maristela Cassia de Oliveira Peixoto

Universidade Feevale – PPG Diversidade Cultural
e Inclusão Social
Novo Hamburgo, Brasil

RESUMO: O Câncer infantil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. O tratamento para o câncer é um momento doloroso para o paciente e sua família, causando sofrimento e insegurança para ambos. O presente estudo tem como objetivo conhecer a percepção do familiar sobre a existência de uma assistência humanizada pela equipe de enfermagem à criança oncológica durante a hospitalização. Trata-se de um estudo de cunho qualitativo com uso da técnica snowball. O estudo seguiu os aspectos éticos, respeitando a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foram entrevistadas um total de cinco familiares, com idade entre 34 e 63 anos, sendo todos os participantes do sexo feminino. Entre as participantes quatro eram mãe e

uma era avó materna. Diante dos relatos das participantes foi possível concluir que o familiar ao assumir o cuidado e a responsabilidade pela criança ao longo do processo de tratamento tem sua vida modificada de forma negativa, o que acarreta danos físicos e psicológicos. O profissional da saúde tem a responsabilidade de conhecer a dinâmica de cada família, incluindo o responsável no cuidado do paciente, esclarecendo dúvidas sobre o tratamento, se colocando à disposição do cuidador e da criança. A humanização na assistência à criança com câncer é fundamental para aperfeiçoar o serviço prestado a esses pacientes, buscando ações que assegurem um atendimento de qualidade, visando reduzir condutas inadequadas e desumanas, transformando a internação hospitalar um momento menos traumatizante.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer. Enfermagem. Pediatria. Família.

HUMANIZED NURSING ASSISTANCE TO ONCOLOGICAL CHILDREN AND THEIR FAMILY

ABSTRACT: Childhood cancer corresponds to a group of several diseases that have in common the uncontrolled proliferation of abnormal cells and that can occur anywhere in the body.

Treatment for cancer is a painful time for the patient and his family, causing suffering and insecurity for both. The present study aims to understand the family member's perception of the existence of humanized assistance by the nursing team to the oncology child during hospitalization. This is a qualitative study using the snowball technique. The study followed ethical aspects, respecting Resolution 466/2012 of the National Health Council (CNS). A total of five family members, aged between 34 and 63 years, were interviewed, all participants being female. Among the participants, four were mothers and one was a maternal grandparent. In view of the participants' reports, it was possible to conclude that the family member, when assuming the care and responsibility for the child throughout the treatment process, has their lives modified in a negative way, which causes physical and psychological damages. The health professional has the responsibility to know the dynamics of each family, including the person responsible for the care of the patient, clarifying doubts about the treatment, making himself available to the caregiver and the child. Humanization in the care of children with cancer is essential to improve the service provided to these patients, seeking actions that ensure quality care, aiming to reduce inappropriate and inhuman conduct, making hospitalization a less traumatic time.

KEYWORDS: Cancer. Nursing. Pediatrics. Family.

1 | INTRODUÇÃO

Segundo a Sociedade Brasileira de Oncologia Pediatria (SOBOPE) (2018), Câncer infantil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. Conforme o Instituto Nacional do Câncer, os tumores mais frequentes na infância e na adolescência são as leucemias, os do sistema nervoso central e linfomas (INCA, 2018).

O tratamento para o câncer é um momento doloroso para o paciente e sua família, causando sofrimento e insegurança para ambos, pois a falta de conhecimento sobre os procedimentos invasivos a que as crianças são submetidas os comprometem mais do que a doença propriamente dita (ALMICO E FARO, 2014). Paciente e familiar precisam se adaptar a essa nova rotina hospitalar que o tratamento para o câncer exige, sendo assim, um processo de grande estresse físico, psicológico e emocional, podendo interferir também na situação financeira da família, já que, o cuidador precisa deixar o emprego e suas formas de ganho para acompanhar a criança em seu tratamento.

Tendo em vista a importância da assistência de enfermagem no cuidado a criança oncológica, é essencial que o profissional tenha um olhar diferenciado e deve estar apto para perceber e suprir as necessidades do paciente, não esquecendo do familiar que neste momento está frágil, sensível e inseguro. Cabe ao profissional enfermeiro, ter a consciência de que a família “adoece” juntamente com o paciente, devendo orientar este cuidador, explicar os procedimentos a serem realizados, as formas de tratamento ao qual a criança está sendo

submetida, para amenizar os níveis de ansiedade, medo e tensão que acometem paciente e família. O enfermeiro deve ter expertise para contribuir com os pais/responsáveis pela criança durante todo o processo, em especial na internação hospitalar, com o intuito de reduzir os níveis de estresse, estabelecendo uma relação de confiança e vínculo, para reproduzir uma comunicação assertiva e a compreensão do sofrimento (ALVES; GUIARDELLO; KURASHIMA, 2013).

Acredita-se que focar no familiar e nas perspectivas do mesmo sobre o papel da equipe de enfermagem na assistência facilita o trabalho dos profissionais, além de nortear o cuidado, tornando-o específico, humanizado e diferenciado, pois não se deve esquecer que cada paciente é um ser diferente, com suas crenças, seus medos, assim como o familiar e cuidador, cada um tem uma forma de enfrentamento diferente. Além disso, criar laços com o familiar e a criança aumenta a confiança dos mesmos para com o enfermeiro, já que o tratamento oncológico é longo, o que requer comunicação eficiente entre as partes.

Conforme Negreiros et al (2017), cabe a equipe de enfermagem explorar a dinâmica familiar frente ao diagnóstico da patologia e propiciar aos pais/responsáveis o entendimento da responsabilidade de cada pessoa envolvida no cuidado, mantendo uma sensibilidade e escuta qualificada, com o propósito de estabelecer vínculos e aperfeiçoar a assistência prestada.

Paciente e familiar precisam se adaptar a essa nova rotina hospitalar que o tratamento para o câncer exige, sendo assim, um processo de grande estresse físico, psicológico e emocional, podendo interferir também na situação financeira da família, já que, o cuidador precisa deixar o emprego e suas formas de ganho para acompanhar a criança em seu tratamento. Trata-se de um estudo qualitativo, com o seguinte objetivo: conhecer a percepção do familiar sobre a existência de uma assistência humanizada pela equipe de enfermagem à criança oncológica durante a hospitalização.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com objetivo exploratório-descritivo, utilizando abordagem qualitativa. Os critérios de inclusão dos participantes deste estudo foram necessariamente ter idade igual ou superior a 18 anos, ter permanecido em companhia da criança durante o tratamento oncológico, conviver diretamente com a criança, residir no mesmo ambiente domiciliar do paciente e denominar-se como principal cuidador da criança. Foram adotados como critérios de exclusão: pessoas que estiveram com a criança apenas para substituir por momentos breves o familiar responsável, pessoas com problemas psicológicos e impossibilitadas de compreender a intenção do estudo, pessoas que fazem uso de medicamentos que influenciam diretamente em sua percepção da realidade.

A técnica empregada foi a de snowball ou “bola de neve”, que é um tipo de amostragem em que os indivíduos selecionados para a pesquisa convidam outras pessoas de sua rede de contatos para participarem do estudo (VINUTO, 2014). As participantes foram identificadas ao longo do estudo pelo nome de personagens de desenho infantil, a fim de preservar suas identidades.

O projeto de pesquisa em questão seguiu a Resolução 466/2012, da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), que sugere a observância dos princípios bioéticos – autonomia, não maleficência, beneficência e justiça – para toda pesquisa que envolva, de forma direta ou indireta, seres humanos (BRASIL, 2012).

Para a realização da análise do conteúdo foi utilizada a análise temática, que Minayo (2010) define como uma afirmação a respeito de determinado assunto. Para a mesma autora, a análise temática é a contagem de frequência das unidades de significação que definem o caráter do discurso. Esta é designada em três etapas: Pré-análise: consiste na escolha dos documentos a serem analisados, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da presente pesquisa; Exploração do material: consiste, essencialmente, na operação de codificação; Tratamento de todos os resultados obtidos e a interpretação: os resultados brutos obtidos são submetidos a operações simples ou complexas que permitem colocar em relevo as informações obtidas.

3 | APRESENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Foram entrevistadas um total de cinco familiares, com idade entre 34 e 63 anos, sendo todos os participantes do sexo feminino. Entre as participantes quatro eram mãe e uma era avó materna. Para a apresentação dos sujeitos, cada entrevistada foi identificada por um codinome, conforme já descrito, anteriormente, a fim de preservar suas identidades.

Sabe-se que do ponto de vista histórico-social a mulher tende a assumir com maior responsabilidade o cuidado ao filho, o que se manifesta é a ligação afetiva e emotiva a determinar que seja esse seu papel. A mulher não admite a hipótese de ser outra pessoa a fazê-lo, porque se o filho sofre, ela tem de estar presente e sofrer com ele. Ela assume que vive para o filho e que o bem-estar e a felicidade da criança são as suas prioridades. Viver a experiência de ter um filho com câncer coloca a pessoa em uma nova condição face à vida. A criança e sua doença impõem-se como a nova centralidade da família. O papel de cuidador é, na sua maioria, assumido pela mulher que abdica de projetos pessoais e atividades sociais para cuidar da criança (SILVA; BARBIERI-FIGUEIREDO, 2011).

Após a análise das informações obtidas, surgiu uma categoria denominada: **Assistência humanizada pela equipe de enfermagem**

A humanização da saúde está muito além de ambientes coloridos, brinquedos e palhaços, está dentro de cada pessoa, na pediatria a equipe de enfermagem fica muito

próxima do paciente, fazendo parte do seu mundo pois a interação entre ambos facilita a comunicação e evolução do tratamento.

O diagnóstico de câncer acarreta em vários sentimentos, medo, ansiedade, insegurança, pois está muito relacionado com a morte, quando em criança, o paciente muitas vezes, não tem noção do que está acontecendo, mas há ali uma mãe, um pai, uma avó, apreensivos que como parte de um contexto familiar se sentem perdidos e sem saída. A equipe de enfermagem que atua na oncologia pediátrica deve estar preparada não só para o atendimento ao enfermo, mas ao cuidado à família desta criança, é necessário uma assistência humanizada, visando a aproximação da criança, respeitando seus medos, suas limitações e necessidades, proporcionando um maior vínculo com todos os envolvidos (família + paciente) desde o diagnóstico até o desfecho final, no intuito de proporcionar um processo menos doloroso, contribuindo para desmistificar mitos e tabus, facilitando a aceitação da enfermidade. O enfermeiro precisa estabelecer uma relação de confiança com a família, incluindo todos no cuidado com a criança, fornecendo as informações, minimizando os níveis de estresse dos mesmos, pois o tratamento é um momento traumático para todos envolvidos, essa assistência deve se dar de forma crescente e permanente, não esquecendo que cada paciente é um ser diferente do outro, faz se necessário um cuidado individualizado (VIEIRA; CASTRO; COUTINHO, 2016).
Conforme citado pela **participante Branca de Neve**:

Tivemos uma assistência muito boa, todos os profissionais envolvidos, todos nos ajudaram muito, exames saiam logo os resultados, exames que precisavam, porque na verdade a gente descobriu por uma dor na barriga a doença dele – Branca de Neve

Percebe-se que a forma como ocorre o atendimento pode deixar lembranças tanto positivas quanto negativas. Fornecer informações adequadas, atualizar os cuidados prestados, faz com que a família se sinta segura com a assistência recebida. A enfermagem é a ciência e a arte de cuidar dos seres humanos em suas necessidades humanas básicas, devendo o cuidar/ cuidado ser uma experiência vivida por meio de uma inter-relação pessoa com pessoa, lembrando que tão importante quanto o cuidar é estarmos atentos aos efeitos que o cuidado produz nos pacientes (SCHIMIGUEL et al., 2015).

A enfermagem é quem está ali lado a lado com família e o doente, uma assistência humanizada e equilíbrio emocional são imprescindíveis, pois a referência da família é a equipe, e é esta quem deve apoiá-los e ajudá-los a enfrentar este momento, com o objetivo de torná-lo o menos doloroso possível. (SILVA et. al., 2013).

Para uma assistência humanizada, é extremamente importante que o profissional tenha sensibilidade para compreender as reações diversas que os familiares podem apresentar, para cada uma delas é necessário um manejo diferente, pois são situações e momentos diferentes. O enfermeiro é quem está à frente do cuidado e coordenando a equipe, ele deve instigar a criatividade destes profissionais, visando a melhor aderência ao tratamento, reduzindo o medo e a ansiedade frente a procedimentos de enfermagem.

(SANTOS; SOUZA, 2015).

O cuidar em oncológica pediátrica abrange diversos aspectos, exige da equipe o respeito pela individualidade de cada ser, envolvimento com a criança e sua família, sendo o câncer um fator que afeta todo o núcleo familiar, tornando-se o centro de tudo. A equipe de enfermagem que atua nesta área precisa sentir satisfação pelo seu trabalho, buscando o vínculo com o paciente, ter consciência de que muitas vezes terá que negociar com a criança. Humanizar é dar amor, sentir prazer em cuidar do outro, ter empatia pelo paciente e sua família, contribuindo para que estes, mantenham o equilíbrio para enfrentarem da melhor maneira possível a essa nova realidade.

A equipe de enfermagem é quem dispense de maior tempo no cuidado aos pacientes. Segundo Rodrigues; Cesar e Pacheco (2018), espera-se destes profissionais um atendimento humanizado, visando a qualidade da assistência, assim como uma comunicação efetiva, no intuito de aproximar o paciente, a família e a equipe, afim de que todos os envolvidos no tratamento, contribuam para a redução de eventos traumáticos, de desgaste físico relacionado a doença, assim como os efeitos psicossociais que se apresentam ao longo do caminho. Ao encontro da tarefa primordial do fazer enfermagem, a participante **Frozen**, aborda o vínculo que a família constrói com os profissionais:

a gente cria um vínculo, nós passamos um ano e meio, não deu bem um ano e meio, mas deu quase assim, sabe elas estavam sempre com nós, nas horas ruins, ela fez duas cirurgias, então, na recuperação também ótimo, tudo muito bom – Frozen

Estabelecer vínculo de confiança e amizade, empatia, fazer com que o paciente se sinta parte do processo, são elementos que permitem um cuidado além da técnica, considerando a dimensão humana desse processo (SANTOS et al., 2013). A aproximação com o paciente e família, acarreta em diversos benefícios, tanto para os profissionais quanto para a criança, uma boa comunicação, informações claras e precisas, fazem com que a família se sinta segura em relação ao cuidado que está sendo prestado à criança. Conforme relato da participante **Cinderela**:

durante a quimioterapia eu não podia ficar junto, porque eu estava grávida, então o meu marido ficou a maior parte do tempo com ela e às vezes era a única pessoa que tu tinha pra conversar era as técnicas de enfermagem e as enfermeiras – Cinderela

A presença do acompanhante é uma necessidade indispensável no tratamento do câncer, faz com que, a criança se sinta segura com um adulto em que tenha vínculo e confiança, pois este é o seu único contato com o mundo fora o hospital, já que, o paciente está em um ambiente totalmente desconhecido, com horários estipulados e pouco flexíveis, impossibilitado de brincar e de ser criança. Em conjunto a tudo isso, outros seres fragilizados e inseguros, são os familiares que vivem o dia a dia ao lado dessas crianças, são eles quem dão força, ao mesmo tempo, em que necessitam de atenção por parte da enfermagem, pois estão vivenciando uma situação que foge ao seu cotidiano, a sua realidade (SILVA et. al., 2013).

Os profissionais da enfermagem que atuam em unidade de oncologia pediátrica estão de frente a uma infinidade de sentimentos, que vão de sofrimento até a satisfação profissional, manifestada quando o paciente se recupera. Além do conhecimento técnico o profissional necessita ter o conhecimento técnico, ter a habilidade de ouvir o paciente, se colocar no lugar dele, imaginar-se na situação desta família, a simples prática de escutar, modifica todo o contexto da hospitalização, fazendo com que a assistência se dê com qualidade (SALIMENA et. al, 2013). As participantes **Dona Benta e Frozen**

demonstram a importância da aproximação com o paciente, onde é imprescindível que o profissional ao atender a criança perceba que cada um é individual, tratando-se de um processo desgastante, o mau humor é constante, necessitando de paciência do profissional, e empatia para entender e abordar a criança.

Elas eram muito amigas, eram queridas, vinham rápido, ele conhecia todo mundo, acaba tendo amizade né, ele era ranzinzo, era muito nervoso – Dona Benta

as vezes ela estava com um humor do cão né, mas as enfermeiras tinham muita paciência né, muita paciência, porque eles tão acostumados né, tem que ter, porque a pessoa está ali, como eu vou dizer, vulnerável né, mas lá tá tudo de bom, ela adorava as enfermeiras – Frozen

O acolhimento não é algo momentâneo ou isolado, resumido a uma boa recepção. Deve ser entendido como um processo de responsabilização, busca pela criação de vínculo, escuta terapêutica, reconhecimento dos direitos e deveres, possibilitando sempre a abertura necessária para o paciente e sua família expressarem suas demandas (BRASIL, 2013). Na oncologia, o acolhimento remete-se na escuta do paciente/familiar sobre suas queixas, na identificação dos agravantes do adoecimento e na responsabilização pela resolução, na assistência baseada na integralidade e interprofissionalidade com acionamento de redes de compartilhamento de saberes, entre outros. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos pacientes (SCHIMIGUEL et al., 2015).

Os profissionais da enfermagem necessitam estar dispostos e capacitados para agirem de forma intensificada em todo o contexto da doença e sua importância, especialmente na humanização da assistência, é exaltada na ajuda da promoção e do alívio da dor física e emocional. O profissional, ao prestar a assistência, deve agir de forma holística, visando a saúde e o bem-estar do paciente e de sua família, minimizando o sofrimento do diagnóstico e do tratamento (SILVA; JESUS; BORGES, 2015). Conforme o relato da participante **Frozen**, percebe-se a importância de atuar com satisfação:

tem que gostar, porque a gente nota se não gosta, e está lá pelo emprego e deu né, tem que fazer aquilo por amor também, se não, até porque nem sempre a criança está disposta, nem sempre vai está disposta, e ali tem muito mal humor, porque a quimioterapia mexe muito – Frozen

Percebe-se na fala acima, que o familiar consegue elencar quais os profissionais fazem seu trabalho com prazer, assim como fica evidente os que não o sentem. O cuidado com o ser humano deve-se manifestar em atitudes que valorizem e dignifiquem

a vida humana, o respeito ao próximo, estando este presente, ausente, consciente ou inconsciente; o compromisso de tornar humanas as nossas relações profissionais com os colegas, pacientes e ambientes depende de um compromisso individual como ponto de partida (SILVA; JESUS; BORGES, 2015).

Para Santos et al. (2013), a assistência de enfermagem às crianças oncológicas, necessita basear-se em conceitos e sentimentos humanos, como a bondade, o interesse pelo outro, o profissional a frente deste cuidado precisa sentir prazer pelo que faz, estar satisfeito com sua profissão. O amor ao próximo, o amor profissão tornam as coisas mais leves na oncologia pediátrica e estreita os laços com a família.

Conforme os relatos das participantes **Cinderela e Branca de Neve**, percebe-se a importância da satisfação da equipe de enfermagem, pelo trabalho que desenvolvem na oncologia o quanto a maneira como o profissional aborda o paciente reflete na vida da família, a maneira como se trata o paciente, revela muito sobre o profissional, assim como, seu objetivo e o que o faz estar ali, se é o amor pela profissão ou somente receber o salário no final do mês.

*se tu gosta, insistir e trabalhar nisso, agora se tu não gosta, sei lá procura outra coisa, acho que isso que falta um pouquinho né, talvez falta um pouco de incentivo pra essas pessoas também, ainda mais nesses hospitais grandes, porque muitos ali, que nem no Clínicas não tavam recebendo salário, então com que motivação elas iam trabalhar, e aqueles, que nem eu te falei, aquelas que iam por amor pelo que elas faziam e tinha outras que a gente já via, já entravam no quarto dizendo né, que a gente pegou essa situação da greve lá, “ se a gente não ganhar, a gente não vai vir trabalhar” **Cinderela***

*Tu tem que ter amor por aquilo ali, tem que ser prazeroso pra ti, porque essas crianças são muito debilitadas, elas precisam muito de amor, muito amor, não que as outras não precisem, mas precisam muito mais, e elas precisam de muita força, precisam de pessoas com carinho do lado delas, não adianta colocar qualquer pessoa pra cuidar uma criança dessas, não estar ali só pelo o salário, tu tem que gostar. Todos já conheciam ele lá, e ele conhecia todos, ele amava aquelas enfermeiras, elas vinham as vezes davam um beijinho nele assim né, ele adorava isso – **Branca de Neve***

Conforme Belhiane; Matos e Camargos (2015), os profissionais da oncologia, além de todo o amor e dedicação com que realizam seu trabalho, precisam se estar unidos, mantendo o trabalho em equipe, visando uma assistência continuada e de qualidade. Os enfermeiros necessitam estar em sintonia com a família, estabelecendo a comunicação, a sensibilidade, ter empatia pelo outro, priorizando o respeito, onde cada ser humano tem seu espaço, suas crenças e manifestações de fé esperança.

É imperceptível a ligação entre paciente, família e equipe de enfermagem no seguimento do cuidar, em especial através da escuta e do olhar. A aproximação com o nosso semelhante ocorre quando existe a familiarização com sua realidade, os profissionais precisam se aproximar do que o paciente e familiar estão vivendo para, de fato, compreender quais são suas angústias em relação às circunstâncias vividas e, assim, poder disponibilizar um cuidado integral (VICENZI et al., 2013).

A empatia é um dos sentimentos essenciais na assistência à criança e sua família,

porém, vem de dentro das pessoas, sendo uma coisa que não se aprende ou ensina. As famílias estão fragilizadas, presas em um novo mundo, um ambiente diferente, com poucas opções do que fazer, o enfermeiro pode orientá-los quanto as atividades, programas do qual podem participar e assim se distrair. Evidenciado no relato da participante **Rapunzel**:

tu precisa sair daqui, tu precisa pegar sol”, tem a terapia com os cães ali no sexto andar que os pais se unem pra ver as crianças mais felizes, pessoas numa situação as vezes, pior que a tua, aquela legítimas palavra um corredor nunca ouviu tanta verdade e tanta promessa, como um corredor de hospital – Rapunzel

É importante que os profissionais atuantes na oncologia, tenham empatia pelo enfermo e seu familiar, que este consiga se ver na mesma situação, que tenha um olhar diferenciado para cada pessoa, tendo em vista de que todos são diferentes, com necessidades específicas, podendo desta forma, assistir à criança e seu cuidador dignamente, visando trata-los em sua plenitude e subjetividade de ser (SALIMENA et. al, 2013). É fundamental o desenvolvimento da empatia e do vínculo para que a equipe de enfermagem que atua no tratamento a criança oncológica, proporcione um trabalho qualificado e uma assistência de enfermagem humanizada.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de enfermagem tem papel fundamental no acompanhamento do tratamento oncológico, tendo a responsabilidade na realização da maior parte dos procedimentos a que são submetidas essas crianças, aproximar-se do paciente e também de sua família, traz como consequência, o respeito, a confiança, criando vínculos, que em contrapartida facilita a atuação da enfermagem para com a criança. O enfermeiro como líder de uma equipe, se torna referência para a família, apresentando uma postura de confiança, este deve desenvolver em sua equipe a capacidade de comunicação, de escuta e sensibilidade para com a família, a fim de que a assistência seja humanizada, uma continuidade, priorizando a qualidade.

Ninguém conhece melhor a criança do que o pai, a mãe ou responsável que o acompanha, é necessário que a equipe, estabeleça vínculos como meio facilitador da assistência, evitando erros e administração de medicamentos ao qual os mesmos possam apresentar alguma alteração. O enfermeiro precisa incluir estes familiares no cuidado, fazendo com que participem do tratamento da criança, e desta forma, se sintam úteis e importantes nesta transição.

REFERÊNCIAS

ALMICO, T.; FARO, A. Enfrentamento de cuidadores de crianças com câncer em processo de quimioterapia. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v.15, n. 3, p. 723-737, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164500862014000300013>. Acesso em: 12 mar. 2018.

ALVES, D. F. S.; GUIARDELLO, E. B.; KURASHIMA, A. Y. Estresse relacionado ao cuidado: o impacto do câncer infantil na vida dos pais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 1-7, jan/fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692013000100010&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 14 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Acolhimento à demanda espontânea. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1. Acesso em: 01 nov. 2018.

BELHIANE, H.P.P; MATOS, L.R.P.M, Camargos, F. O paciente frente ao diagnóstico de câncer e a atuação dos profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa de literatura. **RECOM**, Itaúna, MG, v. 3, n. 4, p. 1374-1381, set/dez 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/592/773>. Acesso em: 13 set. 2018.

INCA. **Tipo de Câncer**: infantil. 2018. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps-/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NEGREIROS, R. V. et al. A importância do apoio familiar para efetividade no tratamento do câncer infantil: uma vivência hospitalar. **Revista Saúde e Ciência**, Campina Grande, v. 6, n. 1, p. 57-64. 2017. Disponível em: <<http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeeciencia/index.php/RSCFCG/article/view/464>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

RODRIGUES, C; CESAR, G. S; PACHECO, V. C. Vivências e percepções dos familiares/acompanhantes frente ao tratamento oncológico em crianças e adolescentes. **REDES**, v. 1, n. 1, p. 147 – 160, jun. 2018. Disponível em: <http://revistaredes.ielusc.br/index.php/revistaredes/article/view/16>. Acesso em: 31 out. 2018.

SALIMENA, A. M. O. et. al. O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. **Cogitare Enfermagem**, Minas Gerais, v. 18, n. 1, p. 142 – 147. 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31320>. Acesso em 25 out. 2018.

SANTOS, B.R.A; SOUZA, M.R.C. Atuação da equipe de enfermagem no cuidado humanizado as crianças oncológicas hospitalizadas. **I simpósio a atenção integral à saúde da criança e do adolescente**, Londrina, p. 1 – 2. 2015. Disponível em: <http://anais.uel.br/portal/index.php/saisca/article/view/171>. Acesso em: 24 out. 2018.

SANTOS, L. F. et al. Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 473-478, jul/ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a02>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

SCHIMIGUEL, J. et. al. O acolhimento de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 15, n. 39, p. 47 – 57, jan/abr. 2015. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/view/2375>. Acesso em 02 nov. 2018.

SILVA, C.C; BARBIERI-FIGUEIREDO, M.C. A pessoa que vive a experiência de cuidar de um filho com câncer. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 11. N. 1, p. 25 – 32, jul. 2011. Disponível em: <https://sobep.org.br/revista/component/zine/article/138-a-pessoa-que-vive-a-experincia-de-cuidar-de-um-filho-com-cncer.html>.

Acesso em: 04 nov. 2018.

SILVA, H.C.S; JESUS, M. H; BORGES, R.C. A importância da equipe de enfermagem no acolhimento aos familiares de pacientes oncológicos. **ICESP**, Brasília, p. 1 – 8, 2015. Disponível em: http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/552ad8fa3edabb181adb4a1b2bddaf2f.pdf Acesso em 02 nov. 2018.

SILVA, T. P. et. al. Cuidados de enfermagem à criança com câncer: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem UFSM**, v. 3, n. 1, p. 68 – 78. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/6918>. Acesso em: 31 out. 2018.

SOBOPE, Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica. **O câncer infantil**. Disponível em: <http://sobo.org.br/apex/f?p=106:13:9118065076600-::NO::DFL_PAGE_ID:201>. Acesso em: 12 mar. 2018.

VICENZI, A. et. al. Cuidado integral de enfermagem ao paciente e à família. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 3, n. 3, p. 409 – 417, set/dez. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8816>. Acesso em: 04 nov. 2018.

VIEIRA, A. P. M. S.; CASTRO, D. L.; COUTINHO, M. S. Assistência de enfermagem na oncologia pediátrica. **Revista Atualiza Saúde**, Salvador, v. 3, n. 3, p. 67-75, jan/jun. 2016. Disponível em: <<http://atualizarevista.com.br/article/assistencia-de-enfermagem-na-oncologia-pediatria-v-3-n-3/>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temática**, Campinas, v. 22, n. 44. P. 203 – 220, ago/dez. 2014. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144>. Acesso em 15 ago. 2018.

ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) JUNTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA E A QUESTÃO DA INCLUSÃO ESCOLAR

Data de aceite: 05/06/2020

Giulliany De Freitas Biscassi

Escola de enfermagem de Ribeirão - EERP/USP
<http://lattes.cnpq.br/2201770606118850>

Luciane Sá de Andrade

Escola de enfermagem de Ribeirão - EERP/USP
<http://lattes.cnpq.br/5793905023496091>

Bruna Domingos dos Santos

Escola de enfermagem de Ribeirão - EERP/USP
<http://lattes.cnpq.br/8252277596953851>

RESUMO: Objetivo: Analisar como enfermeiros da Unidade de Saúde da Família (USF) desenvolvem seu trabalho junto a jovens com deficiência. **Método:** Estudo de abordagem qualitativa, cujos participantes foram enfermeiros da USF de um município do interior paulista. Entrevistas semi-estruturadas foram utilizadas para a coleta dos dados e a análise temática indutiva foi empregada. **Resultados:** Foram entrevistados 27 enfermeiros. Identificamos que o trabalho do enfermeiro da USF com crianças e adolescentes com deficiência é fundamental, pois esse profissional é o primeiro a ter contato com a criança quando nasce, podendo desenvolver ações de detecção precoce de problemas e ações de promoção de saúde para

que o crescimento e desenvolvimento da criança seja melhor possível dentro de condições concretas de existência. **Considerações Finais:** É preciso que o enfermeiro advogue sobre as necessidades de saúde junto à própria USF e a outros setores a fim de garantir o direito à educação e à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de Saúde para Pessoas com Deficiência. Criança. Adolescente. Enfermeiros. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT: Objective: To analyze how nurses from the Family Health Unit (USF) develop their work with young people with disabilities.

Method: Qualitative study, with participants being nurses who were nurses from the USF in a city from the state São Paulo. The data will be collected through semi-structured questionnaire; content analyses will be applied during the data analyse.

Results: 27 nurses were interviewed. We identified that nurses who work of the USF nurse with children and adolescents with disabilities is essential, as this professional is the first to have contact with the child when he is born, and can develop actions for early detection of problems and health promotion actions so that growth and the child's development is best possible within concrete conditions of existence.

Conclusion: It is necessary for nurses to advocate about health needs with the FHU itself and other sectors in order to guarantee the right to education and health.

KEYWORDS: Health Services for Persons with Disabilities. Child. Adolescent. Nurse. Family Health Strategy.

1 | INTRODUÇÃO

Em âmbito mundial estima-se que a cada sete pessoas, uma tenha deficiência e embora a população com deficiência possua as mesmas necessidades de saúde que a sem deficiência, ela é duas vezes mais propensa a ter atendimento inadequado por parte dos profissionais da saúde e, ainda tem quatro vezes mais chances de receber um tratamento ruim dos serviços de saúde¹. Ao se tratar do público infantil, dados globais indicam que em 2013 existiam 93 milhões de crianças e adolescentes com algum tipo de deficiência, classificada em moderada ou grave². Para este público, no Brasil, sobreviver e se desenvolver podem ser tarefas especialmente difíceis, pois, além da condição de pobreza em que muitos se encontram e das questões próprias da infância/adolescência, crianças e adolescentes com deficiência terão que enfrentar desafios adicionais, em decorrência das limitações e das inúmeras barreiras que a sociedade coloca em seu caminho².

Isto porque a deficiência é entendida como um termo genérico e dinâmico e abriga em sua concepção as alterações orgânicas, as limitações de atividades e as restrições de participação¹, além de ainda estar fortemente vinculada às significações históricas e culturais que geram preconceito e exclusão³. Assim, ter deficiência não é apenas uma questão médica ou biológica, mas um fenômeno complexo que diz respeito à interação das características do corpo de uma pessoa com as características da sociedade em que ela se insere¹. No contexto brasileiro, a Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência reconhece que a pessoa deficiente necessita de equidade na acessibilidade aos meios físico, social, econômico e cultural, e da garantia ao direito à saúde, à educação e à informação e comunicação a fim de que gozem plenamente dos direitos humanos e liberdades inerentes à vida humana. Este dispositivo legal ainda assegura que o sistema educacional garanta condições de acesso, permanência, participação e aprendizagem, por meio da disponibilidade de serviços e de recursos de acessibilidade que eliminem as barreiras e promovam a inclusão plena⁴.

Um levantamento preciso e atual acerca da quantidade de crianças e adolescentes deficientes no contexto brasileiro ainda precisa ser realizado, entretanto dados do último censo brasileiro realizado em 2010, em que o modelo biomédico da deficiência era mais comumente empregado⁵, apontavam que existia cerca de 3,4 milhões de crianças e adolescentes com deficiência, com idades de 0 a 14 anos no país⁶. Em contrapartida, de acordo com o atual censo escolar (2017), foram realizadas apenas cerca de 1,5 milhões

de matrículas de educação especial nas escolas regulares das redes públicas e privadas⁷. Este quadro é preocupante, pois as estimativas dependem de uma série de circunstâncias sociais que podem implicar em pesquisas infundadas sobre deficiência infantil, especialmente em países em desenvolvimento. Esta falha resulta em falta de evidências para adequações de serviços de qualidade, tornando este público ainda mais invisível e vulnerável¹. Embora seja preciso maior investigação acerca da grande discrepância apresentada entre a quantidade de crianças com deficiência e as matrículas realizadas, esses números sugerem a necessidade de investigar os desafios enfrentados por este público, a fim de propor ações eficazes que propiciem a garantia do acesso a serviços de saúde, além da inclusão e a permanência escolar destas crianças e adolescentes.

Em busca da coerência com um conceito de saúde que reflita uma visão mais holística sobre o processo saúde-doença, políticas de saúde deixam de ser guiadas de forma restrita à biologia humana e a fatores ambientais mais imediatos, e passam a considerar os determinantes sociais de saúde, ou seja, consideram nas suas formulações fatores sociais, econômicos, culturais, comportamentais e psicológicos que, sendo aspectos indissociáveis da vida em sociedade influenciam na ocorrência de agravos à saúde⁸. As políticas de saúde procuram também favorecer um desenvolvimento saudável por meio de ações de promoção e educação em saúde⁹. Nesta perspectiva, educação passa a ser pré-requisito para a saúde, o que gera uma demanda de articulação entre serviços de saúde e escolas, uma vez que o desenvolvimento pessoal e social que se estabelece por meio da educação tem poder de intensificar as habilidades vitais dos indivíduos, possibilitando a capacitação para o empoderamento das pessoas sobre sua saúde e o da coletividade¹⁰.

Para essa articulação, diversos municípios brasileiros vêm participando do Programa Saúde na Escola (PSE), o qual foi implementado por portaria interministerial da saúde e da educação¹¹ e que tem como objetivo “contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde”¹². Além disso, o PSE demonstra a importância de ter um sistema educacional inclusivo, para tornar as escolas públicas brasileiras acessíveis a crianças e adolescentes com deficiência, firmando a pertinência da participação dos profissionais de saúde na consecução desse objetivo¹². Nesse sentido, a atuação da Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa a corresponder a esta concepção de saúde, integrando ações de promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais, tais como o PSE. A atuação da equipe da ESF deve pautar-se nos princípios da universalidade, equidade da assistência em saúde e integralidade das ações, e estruturar-se, assim, na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde¹³

Dentre os integrantes desta equipe está o enfermeiro, o qual tem a capacidade de atuar desde a atenção primária até a terciária, desenvolvendo ações de promoção,

proteção, recuperação e reabilitação da saúde, tanto dos indivíduos, como da família e/ou comunidade¹⁴. Com isso, esse profissional juntamente com uma equipe multidisciplinar irá buscar a garantia de atendimento das necessidades de saúde da população, incluindo crianças e adolescentes com deficiências, com base nos princípios de universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia do indivíduo, participação da comunidade, dentre outros.

Entretanto, apesar da gama de possibilidades de contextos de atuação deste profissional junto a crianças e adolescentes com deficiência, a produção científica a cerca do cuidado do enfermeiro oferecido para escolares com deficiência é escassa e a produção existente concentra-se em países desenvolvidos e em sua maioria, aborda o cuidado à saúde a partir de uma perspectiva curativista, ainda muito centrada no modelo biomédico, em que a criança deficiente é tratada como portador de uma doença pelos enfermeiros^{15,16}.

O enfermeiro, no contexto da ESF tem papel importante durante o desenvolvimento de crianças e adolescentes com deficiência, uma vez que este profissional pode ir além da assistência à doença, integrando junto com a escola, ações que promovam a saúde e propiciem a inclusão escolar. Assim, os desafios apresentados suscitam a necessidade de explorar a atuação de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família no cuidado à saúde de crianças com deficiência, investigar como suas ações se articulam com a educação básica e as políticas públicas atuais. Assim, o objetivo desta pesquisa é analisar como enfermeiros do Programa Estratégia de Saúde da Família concebem e desenvolvem seu trabalho junto a crianças e adolescentes com deficiência.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritiva¹⁷, a qual visa à compreensão do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, presentes no espaço das relações entre os homens, o que corresponde a uma esfera dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis¹⁸.

Todos os 27 enfermeiros das 18 unidades de saúde da família (USF) de um município do interior paulista foram convidados a participar, sendo que 27 enfermeiros de 16 USF aceitaram o convite. Como critérios de inclusão, optou-se por enfermeiros atuantes por pelo menos três meses na USF investigada. O processo de coleta de dados teve duração de cinco meses (dezembro/2016 a abril/2017). As entrevistas foram do tipo semi-estruturada, com a utilização de perguntas norteadoras tais como “Quantas crianças e adolescentes com deficiência são assistidas por essa Unidade?” e “Qual trabalho você desenvolve com estas?”. As entrevistas foram áudio-gravadas, tiveram em média 30 minutos de duração e foram posteriormente transcritas de forma literal para análise do tipo temática conforme

proposta de Braun e Clarke¹⁹.

A análise temática indutiva empregada neste estudo consistiu em identificar, analisar e relatar padrões (temas) dentro dos dados, os quais foram organizados e descritos. Este processo compreendeu as seguintes fases: Fase 1: familiarização com os dados, por meio da imersão e leitura exaustiva das transcrições e anotações das idéias iniciais. Fase 2: identificação de códigos com as características relevantes a partir dos dados. Fase 3: busca por temas, realizando o agrupamento de códigos para a elaboração de potenciais temas. Fase 4: revisão dos temas, verificando sua relação com os extratos codificados e todo o conjunto de dados, gerando um “mapa” temático. Fase 5: definição e nomeação dos temas, analisando o curso do mapa temático. Fase 6: análise a partir de sua relação com a questão da pesquisa e da produção científica produzida acerca da temática¹⁹.

Este projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) sob o número 1.797.858 e todas as devidas autorizações junto à instituição co-participante Secretaria Municipal de Saúde do município do interior paulista, onde a pesquisa ocorreu, foram concedidas. Os participantes foram informados sobre seu anonimato, e apenas após seu consentimento e autorização iniciou o processo de coleta dos dados.

3 | RESULTADOS

Participaram do estudo 16 USF, totalizando 27 enfermeiros participantes, sendo 25 do gênero feminino e dois do gênero masculino, que tinham idades entre 27 e 61 anos; todos possuíam especialização; 18 cursaram universidade pública e nove faculdades privadas; e o tempo de atuação na unidade variou de quatro meses a 18 anos.

3.1 O papel estratégico do enfermeiro na ESF: o profissional que faz a conexão inicial entre as necessidades da criança e as possibilidades ofertadas pelos serviços de saúde:

Os enfermeiros referem que são eles os primeiros profissionais da atenção primária a ter contato com crianças e adolescentes no serviço de saúde. Isso acontece porque a Secretaria de Saúde do município possui um programa específico em que a maternidade pública entra em contato com a unidade de saúde de referência daquela família e marca a primeira consulta de puericultura com o enfermeiro, entre o 3º até o 5º dia de nascimento, incentivando assim, a assistência para o recém-nascido e sua mãe. Aquelas crianças que nascem em maternidade particular procuram o serviço por meio de demanda espontânea. Na consulta de puericultura com o enfermeiro, são abordados alguns aspectos como, por exemplo, a realização do teste do pezinho, questões sobre o desenvolvimento e crescimento do recém-nascido, amamentação e vacinação da BCG.

A primeira consulta, é a consulta de recém-nascido que é com a enfermeira, tá?! As crianças que nascem em maternidade pública, elas já vêm agendadas com o enfermeiro, essa primeira consulta, entre três a cinco dias, tá?! As crianças que vêm de maternidades particulares, elas vêm de demanda espontânea procurando o teste do pezinho e a BCG, também uma porta de entrada, que também a gente faz a primeira consulta de enfermagem (E.1- 40 anos, há 7 meses na ESF, formada em universidade pública).

Visto a importância do enfermeiro, como o profissional que acompanha o crescimento e desenvolvimento da criança, ele pode ser fundamental para identificar (possível) aparecimento de alterações no desenvolvimento infantil ou no acompanhamento de casos já identificados. Assim, pode desenvolver ações para atender as diferentes necessidades de saúde daquele paciente. Os enfermeiros deste estudo argumentaram buscar o desenvolvimento de vínculo com o paciente e sua família.

(...) a gente tem esse vínculo com a família e o vínculo de cuidados com essas crianças, então a gente faz esse acompanhamento, todos eles passam aqui (E.1- 40 anos, há 7 meses na ESF, formada em universidade pública)

Além das consultas de puericultura, as visitas domiciliares é outro tipo de serviço ofertado pela Unidade Saúde da Família, para as crianças e adolescentes com deficiência e suas famílias. As visitas podem ser realizadas por questões de intercorrências, busca ativa ou por agendamento. Essa ação é desenvolvida com mais frequência pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), que vai até a residência do paciente, observa a realidade em que aquela família vive, levanta as queixas principais, acolhe as demandas e retorna para a Unidade de Saúde com o levantamento das necessidades de cuidado para aquela respectiva família/paciente. No diálogo com os ACS, o enfermeiro atua para a elaboração do plano de cuidado, buscando envolver todos os profissionais de saúde.

(...) a gente conta com a ajuda aqui do...do agente comunitário de saúde que entra é, que faz a visita mensal, que conversa muito com a mãe, que tem envolvimento com a criança (E.4- 52 anos, há 7 anos na ESF, formada em universidade pública).

De acordo com os entrevistados, as visitas domiciliares são de extrema importância, pois essa ação permite uma aproximação com o contexto social em que a família do paciente com deficiência está inserida, possibilitando assim realizar intervenções baseadas naquilo que a família consegue oferecer, para que o paciente consiga ter um desenvolvimento de qualidade mediante o plano de cuidado estabelecido.

(...) as minhas visitas são às terças-feiras, toda semana, então normalmente eu vou eh... numa situação como essa costuma-se também solicitar apoio de alguém da equipe multi. Vai um T.O junto comigo ou um FISIO e aí é no ambiente domiciliar que a gente se aproxima das necessidades (...) (E.13- 33 anos, há 3 anos na ESF, formada em universidade pública).

Os entrevistados reservam um dia da sua agenda semanal para realizar atendimento

domiciliar, mas nem sempre conseguem se ausentar da unidade, pois muitas vezes a demanda dentro da unidade é excessiva, e a visita domiciliar acaba ficando em segundo plano. Esse excesso de demanda imposta pelo cotidiano pode restringir as possibilidades de interação do enfermeiro com a família.

3.2 A fragmentação do trabalho dentro da ESF: uma equipe ou várias equipes?

As USFs podem ser divididas no município pesquisado, em até quatro sub-áreas/equipes, o que demanda muito esforço de integração entre as equipes, colocando em risco uma visão de totalidade do território abarcado pela USF. De acordo com vários participantes as equipes de uma mesma USF não conversam entre si, o que reflete em pouca comunicação interna, em trabalho fragmentado e desconhecimento sobre a quantidade e perfil de crianças e adolescentes com deficiência. Quando questionado aos enfermeiros sobre o número de crianças e adolescentes com deficiência que são assistidas pela unidade, a resposta é dada com os números da equipe sob responsabilidade de cada enfermeiro:

Na minha equipe, porque nós somos por equipe né, a gente acaba tendo um vínculo maior por equipe. Na minha equipe eh...nós temos três crianças com necessidades especiais, ta?! (...) (E.1- 40 anos, há 7 meses na ESF, formada pela universidade pública).

Entretanto, há algumas USFs que trabalham com reuniões integradas com discussão de casos de pacientes atendidos pela unidade, independente da equipe que faz atendimento. Nas reuniões de equipe, são discutidos casos em conjunto, com discussões mais aprofundadas sobre as formas de atender as demandas daquela família. A discussão conjunta é uma estratégia que potencializa a atuação do enfermeiro que pode mobilizar diferentes estratégias para melhor atendimento dos casos concretos envolvendo estas crianças, como exemplifica o relato a seguir:

O que eu considero que seria um trabalho que a gente desenvolve eh... todas essas famílias que têm problemas de criança com deficiência, em geral, a gente faz os PTS né, os Projetos Terapêuticos Singulares dessas famílias, que na realidade é pegar é..o caso da família coloca ele assim pra todo mundo ver os problemas né, as fraquezas e fortalezas da família e discutir... em..., coletivamente com a equipe, pra ver que, onde a gente, que é a parte serviço de saúde, podemos ajudar essa família, (...) (E.12- 29 anos, há 1 ano e 3 meses na ESF, formada em universidade pública)

3.3 Trabalho em rede: saúde não se constrói de forma isolada

O enfermeiro pode acionar outros serviços e outros profissionais para o desenvolvimento do plano de cuidados de crianças e adolescentes com deficiência, segundo as falas dos participantes. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e a requisição de serviços com outras profissões como, por exemplo, o fisioterapeuta, permitem a realização de um trabalho em parceria com a USF durante visitas domiciliares em conjunto, o que contribui para a oferta de cuidado mais qualidade:

A gente sempre está fazendo visita domiciliar, a gente envolve o médico também para estar indo junto e dar todo o cuidado, dar todo o suporte. A gente ajuda o cuidador, a gente orienta o cuidador, sendo a mãe ou pai ou alguma tia, como há alguns casos aqui que nós temos parentes que cuidam, porque a mãe trabalha, então assim, a gente faz esse atendimento total com a criança e em conjunto com o SAD que é o serviço de assistência domiciliar da secretaria municipal de saúde que também nos dá esse apoio. (E.4- 52 anos, há 7 anos na ESF, formada em universidade pública).

O trabalho em rede, com integração de diferentes setores, como serviço social, a educação, entre outros, é apontado como importante estratégia para o trabalho das ESF junto a crianças e adolescentes com deficiência. Quando o enfermeiro foi questionado se ele vivenciou casos em que crianças e adolescentes com deficiência abandonaram a escola e qual conduta teve ou teria mediante a isso, um dos enfermeiros relata a seguir.

Identificada a necessidade de estar na escola, a gente vai primeiro acionar, entender porque isso aconteceu conversando com a família, se a dificuldade é locomoção, se a dificuldade é essa família não compreender a importância dessa criança tá na escola, se tem alguma outra dificuldade que a gente não consegue imaginar, identificando, conversando com a família, a gente aciona então a rede, no sentido se é mais um problema da assistência, se é um problema da educação mesmo, daí a gente amplia um pouco pra pensar na rede (E.13- 33 anos, há 3 anos na ESF, formada pela universidade pública).

Uma possibilidade de rede de apoio é a própria escola que pertence à área de abrangência da unidade de saúde, tendo em vista que o trabalho em conjunto envolvendo o serviço de saúde e o de educação proporcionaria ações “extramuros” que favoreceriam a promoção de saúde. Porém, há enfermeiros que relatam que sentem falta destas ações, ou seja, sentem falta da aproximação com escolas, creches, associações de bairro, reconhecendo assim que é necessário expandir as redes de apoio.

Verdadeiramente ações de promoção, que seriam ações mais extramuro pouco fazemos, (pausa longa), eu acho assim...a gente acaba fazendo mais prevenção, promoção que vai além dos...daqui né?!, trabalhar com...mais fora mesmo. Eu acho assim, a unidade, e mesmo a formação da gente acaba deixando a gente muito preso aqui dentro e para promoção mesmo, que seria lá fora, entendeu?! Com associação de bairro, sabe?! Com escola mesmo, com creche, a gente faz, mas faz pouco, na minha opinião. (E.2- 53 anos, há 5 anos na ESF, formada em faculdade privada)

3.4 Barreiras na concretização da inclusão da criança e adolescente com deficiência na sociedade

As entrevistas evidenciaram pouca articulação entre a USF e as escolas para atendimento de crianças e adolescentes com deficiência. Esta situação pode ser atribuída ao despreparo do enfermeiro, bem como das escolas e da própria família.

Os enfermeiros relataram que se sentiam despreparados para lidar com esta questão, o que foi relacionado com a sua formação inicial, que não teve a preparação necessária

para o cuidado com as crianças e adolescentes com deficiência numa perspectiva mais ampliada do cuidado que envolvesse também aspectos educacionais. Quando esse profissional é acionado para prover o cuidado com o corpo biológico, não há dificuldades. Entretanto, quando se depara com o atendimento dessa população, principalmente quando o foco do cuidado está na promoção da saúde, ele encontra dificuldades. De acordo com os enfermeiros entrevistados não há trabalhos específicos de promoção de saúde com esse público envolvendo a escola e a USF:

Eu acho que...muito mesmo da nossa formação que não tem uma formação com esse olhar, pouco esse olhar, você entendeu?! Eu acho mesmo a gente...talvez a gente não consegue, porque a gente não sabe, a gente não tem o preparo, a gente pensa algumas coisas, mas a gente não sabe muito como fazer. Eu acho que falta...eu acho que falta, mais conhecimento voltado para isso (promoção de saúde). (E.2- 53 anos, há 5 anos na ESF, formada em faculdade privada).

Em função da formação dos enfermeiros entrevistados não ter dado suporte suficiente para que estes desenvolvessem ações que promovam a saúde. O cuidado em geral se restringe em atender a demanda que aquele paciente e sua família estão trazendo para o serviço de saúde.

Eu não tenho nenhum trabalho programático, sistematizado, pré-estabelecido pra desenvolver com criança e adolescente com...eh, alguma deficiência. Na verdade, o meu trabalho ele muitas vezes, eh...ele é pontual, a gente cuida ou tenta resolver algum problema da criança quando é levantado alguma deficiência juntamente com a família (...). (E.5- 35 anos, há 5 meses na ESF, formada em universidade pública).

Muitas vezes o enfermeiro constata que as escolas não estão com acessibilidade adequada para receber crianças e adolescentes com deficiência, o que leva a família a enfrentar dificuldades na manutenção do filho na escola. Entretanto, a falta de acesso à escola não foi vista necessariamente como uma problemática relacionada à saúde, conforme relato a seguir:

Mas em outras unidades a gente tinha eh...dificuldade de adaptação. Eu já tive paciente que chegou a frequentar escolas e tinham dificuldades de adaptação por conta dos problemas físicos, por exemplo, era um paciente que não conseguia se locomover de uma maneira muito fácil...então, a mãe às vezes não conseguia acompanhá-lo e acabou que ela não conseguia (ir para a escola). (E.1- 40 anos, há 7 meses na ESF, formada em universidade pública).

Inclusão escolar é um conceito visto, por muitos enfermeiros, como uma forma de socialização da criança e do adolescente com deficiência. Não parece haver uma atuação conjunta entre o serviço de saúde e a escola para que sejam melhoradas as condições que a escola possui para receber esses alunos, para que seja viabilizada sua permanência na escola, gerando reflexos não só para sua educação, mas também para sua saúde. A inclusão escolar não é vista como parte das demandas de trabalho destes profissionais ou da unidade de saúde em que trabalham.

É na minha área, como eu já havia dito, eh...eu tenho duas crianças acamadas eh...com deficiência. Elas frequentam a escola e a gente também tem...a gente conta com a ajuda

aqui do...do agente comunitário de saúde que...que entra eh, que faz a visita mensal, que conversa muito com a mãe eh... que tem eh...envolvimento com a criança no período que elas não estão na escola ou no período da manhã ou no período da tarde, mas assim nós não temos um trabalho na parte da educação com a criança. (E.4- 52 anos, há 7 anos na ESF, formada em universidade pública).

O trabalho com as famílias de crianças e adolescentes com deficiência é uma frente ampla de trabalho ainda a ser mais explorada pelo enfermeiro. Do ponto de vista de alguns enfermeiros, a própria família pode ter dificuldades na aceitação do filho com deficiência, assumindo atitudes que colocam as crianças como incapazes de aprender, ou ainda, apresentam receio de que seus filhos sofram preconceito e por isso, os mantém fora do ambiente escolar:

(...) a mãe também tinha esse preconceito, eh... era um tipo de preconceito com ele (criança deficiente), "Ah tem festinha na escola, mas não vou levar não, porque ele fica na cadeira de roda" (Referindo-se à fala da mãe da criança). (E.16- 32 anos, há 11 meses na ESF, formada em faculdade privada)

Essas barreiras são notadas por alguns enfermeiros e indicam que este profissional, ao perceber esta dificuldade, poderia ter sua ação estendida sobre estas famílias, auxiliando-as a lidarem com a criança deficiente a partir de outro olhar. Entretanto, este parece não ser um trabalho fácil para o enfermeiro, como refere um enfermeiro no trecho abaixo.

Porque muitas vezes a gente orienta a mãe a tentar tratar a criança como...não enxergando ela como deficiente, porque a escola cria vínculo, cria amizade, a criança aprende, ela é estimulada por um lado, que às vezes, só dentro de casa, a família não consegue, por mais que a orientação seja fornecida, às vezes a família não entende.- (E.5- 35 anos, há 5 meses na ESF, formada em universidade pública).

4 | DISCUSSÃO

A Unidade de Saúde da Família (USF) é a porta de entrada da atenção básica, a qual deve garantir ações que focam em prevenir agravos, promover e recuperar a saúde da criança, com isso, é possível desenvolver um acompanhamento sistemático para as crianças. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças é realizado na atenção básica de acordo com protocolos desenvolvidos e exigidos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Saúde de cada município. Um desses protocolos dispõe de consultas de puericultura, em que o enfermeiro é o primeiro profissional na comunidade a ter contato com o recém-nascido e sua mãe. O intuito dessas consultas é desenvolver ações de assistência, orientações, detecção precoce de problemas e implementação de cuidados que promovam a saúde da criança e sua família. Sendo assim, a consulta de enfermagem à criança é realizada logo nos primeiros dias de vida devido a sua importância de diagnosticar problemas²⁰ e para vincular as famílias aos diferentes programas e estratégias de promoção da saúde implementados em cada USF.

A consulta de enfermagem é uma ação privativa do enfermeiro, contemplada na Lei do Exercício Profissional nº. 7.498/86²¹. Essa ação permite autonomia para o profissional, interação entre profissional e paciente, desenvolvimento de raciocínio clínico para abordar a situação e de realizar escolhas para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde. Porém, não é só no espaço físico da unidade que as consultas de enfermagem podem ser desenvolvidas; é possível realizá-las por meio de consultas no domicílio, ou seja, fazer visita domiciliar. Com a ida até a casa da família, o profissional irá conhecer as condições em que aquela família vive, em qual o contexto social está inserida, para que assim o processo de cuidado e sua implementação esteja de acordo com as condições que a família possui²⁰.

Porém, para que as consultas de enfermagem obtenham qualidade, se faz necessário desenvolver o vínculo entre profissional- paciente- família. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o vínculo consiste na formação de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o profissional de saúde, o que permite o processo de corresponsabilização pela saúde, favorecendo o potencial terapêutico do cuidado²². Sendo assim, a formação do vínculo deve ocorrer através de episódios de conversação, escuta, acolhimento e responsabilização diante do problema que será enfrentado. É através do vínculo que haverá uma relação de respeito e confiança entre profissional e usuário favorecendo a boa adesão ao cuidado oferecido²³.

Entretanto, esta pesquisa levantou aspectos que mostram que a ação que os enfermeiros têm desenvolvido para as crianças e adolescentes com deficiência, e para suas famílias, tem ocorrido de maneira pouco articulada, com orientações incompletas e realizadas focando apenas as queixas apresentadas, o que pode comprometer o cuidado de qualidade, quando se pensa o desenvolvimento pleno destas crianças e adolescentes. Isso pode ocorrer devido à falta de reuniões de equipe, o que impossibilita que todos que atuam na unidade tenham um panorama do público que a unidade atende e sua realidade. Também foram evidenciadas a falta de preparo dos profissionais em lidar com crianças e adolescentes com deficiência e a não realização de ações de promoção de saúde. Existem fragilidades na comunicação entre as equipes e na comunicação com setores externos, como a escola e a família, o que pode acarretar no trabalho fragmentado, favorecendo o foco do cuidado de enfermagem sob uma perspectiva biologicista para este público.

As reuniões de equipe têm como objetivo discutir, elaborar e decidir quais são as melhores ações para desenvolver para aquele usuário e quem são os profissionais envolvidos para desenvolver o plano terapêutico. Com isto, todos os profissionais que atuam na Unidade de Saúde da Família conseguem ter uma noção de quais são os pacientes mais dependentes de cuidado, quais são as doenças mais prevalentes da área de abrangência da unidade, ou seja, avaliar se há um trabalho de equipe sendo desenvolvido²⁴.

A falta de realização de reuniões com todas as equipes da USF, conforme referido

por parte dos enfermeiros deste estudo dificulta, a realização do trabalho em rede de atenção à saúde ou as redes de apoio, ou seja, favorece a fragmentação do cuidado. O serviço, quando trabalha de forma isolada, sem a devida comunicação com outros setores que são fundamentais para que o cuidado seja oferecido de forma satisfatória, seja no espaço da casa ou da escola, perde a chance de avançar no plano de cuidados de forma integral, incluindo também o acesso à escola, como forma de promover saúde.

O modelo biomédico ainda parece estar muito forte na visão de cuidados a serem oferecidos pelos enfermeiros nas USF. Educação é direito assegurado a todas as crianças e adolescentes e sua relação com a saúde está prevista em diferentes documentos desta área. Entretanto, os enfermeiros sentem dificuldade em desenvolver ações que promovam saúde integrando no seu plano de cuidados a necessidade de acesso à escola. O modelo assistencial segue o modelo biomédico, ou seja, esse modelo está focado na doença em detrimento do cuidado integral do usuário. Quando o enfermeiro se depara com o público infanto-juvenil com deficiência, ele acaba atendendo somente a demanda pontual do usuário sem desenvolver outras ações que vão além da queixa tradicionalmente atendida pelo setor saúde. Isso pode ser consequência da forma como esta questão vem sendo trabalhada em sua formação, gerando o despreparo destes profissionais nessa área de deficiência²⁵.

O enfermeiro através de suas ações com as crianças e adolescentes com deficiência pode fazer a articulação entre a saúde e a educação, possibilitando a inclusão escolar dessas pessoas na escola regular. A inclusão escolar visa que as necessidades pedagógicas de todos os alunos se façam no mesmo contexto por meio de atividades comuns, embora adaptadas, com isso haverá a inserção não só dos deficientes, mas de todos os alunos, nas escolas regulares, de maneira mais completa e sistemática²⁶. Por outro lado, estudos apontam que os professores das escolas de ensino regular também não se sentem preparados para lidar com os alunos da educação especial, o que favorece para um ciclo educativo do aluno cheio de lacunas²⁷.

A família é outro ponto de tensão no cuidado de crianças e adolescentes com deficiência. Muitas podem isolar o filho deficiente da sociedade e o enfermeiro não parece se sentir empoderado para transformar este panorama. O impacto que é gerado com chegada de uma criança com deficiência na família provoca desorganização na estabilidade familiar, uma vez que ocorrem frustrações e elas sentem inicialmente despreparada em cuidar, tendo em vista que a criança necessita de cuidados especiais²⁸. O enfermeiro parece se sentir capacitado para as ações de puericultura, com garantia da sobrevivência do corpo biológico da criança. Na medida em que esta cresce, em que outras necessidades vão surgindo, como as necessidades de ter garantido seu direito à educação, de enfrentamento de preconceitos e desenvolvimento de autonomia, o enfermeiro sente-se despreparado²⁰. E é necessário haver profissionais preparados para ajudar essas famílias a superar estas dificuldades²⁸, o que aponta para grande

potencialidade, ainda não plenamente desenvolvida, do trabalho do enfermeiro lidando com estas famílias na comunidade.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar que o trabalho do enfermeiro do PSF junto a crianças e adolescentes com deficiência é fundamental, tendo em vista que esse profissional é o primeiro a ter contato com a criança, quando nasce, e sua mãe, podendo desenvolver ações de detecção precoce de problemas e implementar ações de promoção de saúde para que o crescimento e desenvolvimento da criança seja o melhor possível dentro de condições concretas de existência. É nesse momento, que a criação do vínculo se torna importante, pois é através dessa ferramenta que a relação interpessoal consegue ganhar confiança e credibilidade. Porém, ainda há uma cultura que visa muito o modelo biomédico, ou seja, são priorizadas as ações voltadas para as demandas curativistas, o que acaba colocando em segundo plano ou em esquecimento ações que possam propiciar a promoção de saúde dessas crianças e adolescentes. Outra dificuldade que merece atenção relaciona-se com o despreparo dos profissionais da enfermagem em lidar com esse público, que demanda maior conhecimento sobre o assunto. Estas dificuldades contribuem para que a inclusão escolar não seja um assunto em evidência para os enfermeiros. Por isso, se faz necessário avançar o conhecimento em enfermagem, para que a atenção primária na perspectiva da promoção da saúde torne-se efetiva junto a crianças e adolescentes com deficiência. O enfermeiro pode ter importante papel na comunidade, advogando sobre as necessidades de saúde junto à própria ESF e a outros setores, a fim de garantir o direito à educação e, conseqüentemente, à saúde numa visão ampliada, destes jovens com deficiência, a partir de ações que incluam a família, a escola, e outros setores.

REFERÊNCIAS

1. Who. World Health Organization. Disability. Geneva. [Internet]. 2017. [cited 2018 Maio 10] Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/
2. Unicef. United Nations Children's Fund. Situação Mundial da infância 2013: crianças com deficiência. [Internet]. 2013. [cited 2016 Mar 10]; (1): 1-12. Available from: http://www.unicef.org/brazil/pt/PT_SOWC2013ResumoExecutivo.pdf
3. Nunes SS, Saia AL, Tavares RE. Educação Inclusiva: Entre a História, os Preconceitos, a Escola e a Família. *Psicol. cienc. prof.* [Internet] 2015. [cited 2018 Jun 07]; 35(4): 1106-1119. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000401106&lng=en&nrm=iso
4. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Presidência da República Casa Civil, Brasília, DF, 06 de jul. [Internet] 2015. [cited 2018 Jun 08]. 194 da Independência e 127 da República. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm
5. Battistella, LR. Conceito de deficiência segundo a convenção da ONU e os critérios da CIF. Secretária

dos Direitos das Pessoas com Deficiência. [Internet]. 2013. [cited 2016 Abr 20]. Available from: <<http://www.Desenvolvimento-social.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/274.pdf>>.

6. Brasil. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Decreto Legislativo no 186, de 09 de julho de 2008. Decreto no 6.949, de 25 de agosto de 2009. Rev. e atual. [Internet]. 2010. [cited 2016 Maio 20] (4): 100. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm

7. Brasil. INEP. Censo Escolar, 2017. [Internet] 2017. [cited 2016 Maio 20] Available from: <http://portal.inep.gov.br/resultados-e-resumos>

8. Souza DO; Silva SEV; Silva NO. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. Saúde soc. [Internet]. 2013 [cited 2018 Jun 07]; 22 (1): 44-56. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100006&lng=en.

9. Salci MA; Maceno P; Rozza SG; Silva DMGV; Boehs AE; Heidemann ITSB. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2013. [cited 2018 Jun 07]; 22(1): 224-230. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100027&lng=en.

10. Brasil. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. [Internet] 2014. [cited 2018 Jun 07] Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html

11. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. [Internet]. 2007. [cited 2018 Jun 06] Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm

12. Brasil. Cadernos de atenção básica - Saúde na escola. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – [Internet] 2009. [cited 2018 Jun 07]. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf

13. Brasil. A Implantação da Unidade de Saúde da Família/Milton Menezes da Costa Neto, org. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica [Internet]. 2000. [cited 2018 Jun 07]. (1)- 44. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf

14. Rebouças CBA; Cezario KG; Oliveira PMP; Pagliuca LMF. Pessoa com deficiência física e sensorial: percepção de alunos da graduação em enfermagem. Acta paul. enferm. [Internet]. 2011 [cited 2018 Jun 07]; 24 (1): 80-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000100012&lng=en.

15. Shimizu F.; Katsuda H. Teachers' perceptions of the role of nurses: caring for children who are technology-dependent in mainstream schools. Japan journal of nursing science. [Internet]. 2015. [cited 2018 Jun 07] 12(1): 35–43. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jjns.12046>

16. Spratling R. The experiences of medically fragile adolescents who require respiratory assistance. Journal of Advanced Nursing. [Internet]. 2012. [cited 2018 Jun 09]; 68 (12): 2740–2749. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22416944>

17. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. Atlas, 2008. [Internet]. 2008. [cited 2018 Jun 09]. 6 (1): 28. Available from: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9nicas-de-pesquisa-social.pdf>

18. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 [cited 2018 May 27]; 17(3): 621-626. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en.

19. Braun V.; Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. [Internet]. 2006. [cited 2018 Maio 15]. 3(2): 77-101. Available from: http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised...
- Souza RS; Ferrari, RAP; Santos, TFM; Tacla, MTGM. Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família. *Rev Min Enferm*. [Internet]. 2013 [cited 2018 Jun 07]; 17(2): 331-339. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/653>
20. Brasil. Lei do Exercício Profissional nº. 7.498/86. [Internet]. 1986. [cited 2018 Maio 30]; 165º da Independência e 98º da República. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm
21. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. [Internet]. 2012. [cited 2018 Maio 30]; 1: 100. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
22. Santos RCA; Miranda Francisco, Arnaldo Nunes De. Importância Do Vínculo Entre Profissional-Usuário Na Estratégia De Saúde Da Família. *RevEnferm* [Internet] 2016 [cited 2018 Jun 06] 6(3): 350-359. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17313/pdf>
23. Heinzelmann Ricardo Souza; Brasileiro Pedro Gomes de Lima. Organização da equipe de APS sugestões de atividades estratégicas. *TelessaúdeRS/UFRGS* [internet] 2016. [cited 2018 Maio 14]. 1:4-6. Available from: <https://moodle.telessauders.ufrgs.br/>
24. Alves TJJ, Pires MNA, Servo MLS. Um Olhar Sobre A Atuação Do Enfermeiro Na Atenção Às Pessoas Com Deficiência: Revisão Integrativa. *Rev. enferm UFPE* [Internet] 2013. [cited 2018 Jun 07]; 7 (esp):4892-8.
25. Borges MC; Pereira HOS; Aquino OF. Inclusão versus integração: a problemática das políticas e da formação docente. *Revista Ibero-americana de Educação*. [Internet]. 2012. [cited 2018 Jun 06]; 59(3): 1-11. Available from: <https://rieoei.org/RIE/article/view/1376>
26. Ferreira MFM; Vicenti, T. O processo de inclusão do aluno deficiente no ensino regular publica na ultima década no brasil. [Internet] 2017. [cited 2018 Jun 06]. 1: 1-21 Available from: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/Maria-de-Fatima-Matos-Ferreira.pdf>
27. Branco APSC; Ciantelli, APC. Interações familiares e deficiência intelectual: uma revisão de literatura. *Pensando fam.*, [Internet]. 2017. [cited 2018 Jun 01]. 21 (2): 149-166. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2017000200012&lng=pt&nrm=iso.

CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTE EM TRABALHO DE PARTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 19/04/2020

Geyslane Pereira Melo de Albuquerque

Universidade de Pernambuco- UPE
Jaboatão dos Guararapes, PE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4014711467514511>

Luciana Marques Andreto

Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS
Recife, PE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3130999007786844>

Viviane Rolim de Holanda

Universidade Federal da Paraíba – UFPB
João Pessoa, PB

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2166330676319298>

Viviane Maria Gomes de Araújo

Instituto de Medicina Integral Profº Fernando
Figueira – IMIP
Recife, PE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9622454899522010>

Aurélio Molina da Costa

Universidade de Pernambuco
Recife, PE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9978031327378478>

Fátima Maria da Silva Abrão

Universidade de Pernambuco – UPE
Recife, PE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0068635489527393>

Daniela de Aquino Freire

Universidade de Pernambuco – UPE
Recife, PE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2935160854391493>

Rommel Candeia de Albuquerque

Residência Médica em Psiquiatria da Prefeitura
do Recife
Jaboatão dos Guararapes – PE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4854851162292595>

Karla da Silva Ramos

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS
Recife, PE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2208274457835360>

Maria Inês Bezerra de Melo

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS
Recife, PE

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7732728071409829>

Heverton Valentim Colaço da Silva

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE
Limoeiro, Pernambuco

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7375012530963946>

RESUMO: Objetivo: relatar a experiência de elaboração de um protocolo assistencial para a sala de pré-parto, parto e pós-parto do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. Métodos: estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado no período de março a setembro de 2015 através de três

etapas: 1- Revisão da literatura, 2- Construção do protocolo e 3- Validação do protocolo por especialistas. Resultados: O protocolo foi então estruturado de acordo com as melhores evidências científicas disponíveis e levou em consideração a rotina das enfermeiras obstetras da sala de parto, em seguida foi validado pelos especialistas e encontra-se apto para utilização. Possui como objetivo acadêmico e profissional guiar os enfermeiros, residentes e acadêmicos de enfermagem no planejamento da assistência à parturiente e ao recém-nascido, tornando-os aptos a identificar as suas principais necessidades. Conclusão: o protocolo constitui uma ferramenta valiosa que irá contribuir numa assistência sistematizada e humana para as parturientes.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Perinatal; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Obstétrica.

CONSTRUCTION OF A NURSING ASSISTANCE PROTOCOL TO PATIENTS IN CHILDBIRTH: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Objective: to report the experience of elaborating a care protocol for the pre-delivery, delivery and post-delivery room of the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP. Methods: descriptive study of the type of experience report carried out from March to September 2015 through three stages: 1- Literature review, 2- Construction of the protocol and 3- Validation of the protocol by specialists. Results: The protocol was then structured according to the best available scientific evidence and took into account the routine of obstetric nurses in the delivery room, after which it was validated by specialists and is now ready for use. Its academic and professional objective is to guide nurses, residents and nursing students in the planning of care for parturient women and newborns, making them able to identify their main needs. Conclusion: the protocol is a valuable tool that will contribute to a systematic and humane assistance for parturient women.

KEYWORDS: Perinatal Care; Nursing care; Obstetric Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O cuidado prestado à parturientes vem recebendo contribuições da Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1980 com a introdução das tecnologias utilizadas durante o trabalho de parto e parto, baseadas em evidências científicas no intuito de resgatar o processo natural do nascimento, respeitando a sua fisiologia e evitando condutas desnecessárias (SANTOS, 2012).

Essa reorientação do processo de cuidar originou-se após a expansão de rotinas hospitalares em que as mulheres se tornaram passivas do parto e das condutas impostas sobre elas, perdendo desta forma a sua autonomia, valores e hábitos (ALMEIDA, 2015). Intervenções excessivas e invasivas deixaram o parto com um rosto medicalizado com o

objetivo de favorecer o tempo e oferecer mais praticidade para quem o assistia (FERREIRA, 2014).

No entanto, com a inserção da enfermagem obstétrica houve uma reconfiguração nos modelos de assistência prestados à parturiente, colocando em prática a humanização, neste momento tão delicado na vida da mulher, numa tentativa de diminuir seus medos e anseios relacionados ao parto (FERREIRA, 2014).

A atuação do enfermeiro obstetra na assistência ao parto tem proporcionado mudanças efetivas desempenhando cuidados pautados na humanização e estabelecendo o vínculo entre a mulher e a equipe, à medida que está se conscientiza incorpora seu papel ativo e empoderado. Além do mais, estas práticas tem incorporado princípios éticos que promovem uma assistência baseada no respeito, dignidade e acolhimento das parturientes (SILVA, 2011).

Neste contexto, os cuidados prestados pela equipe de enfermagem obstétrica devem ser pautados nas necessidades da mulher, com base nos seus valores culturais, sentimentos e desejos. Promover cuidado humanizado em obstetrícia está intimamente ligado à utilização de técnicas não farmacológicas que ofereçam conforto físico e emocional, aliviem a dor e considere a individualidade da mulher, de forma que, o parto seja tranquilo e saudável (MEDEIROS, 2015).

Assim, os profissionais de enfermagem possuem fundamental importância no desenvolvimento de estratégias que priorizam o bem-estar centrado na dupla mãe e filho, de modo que os resultados obtidos com as práticas humanizadas excedam os riscos (MEDEIROS, 2015). Porém, para que o serviço funcione adequadamente, é fundamental o engajamento e padronização de técnicas baseadas em evidências científicas que facilitem e padronizem o cuidado oferecido às parturientes.

Deste modo, os protocolos assistenciais surgem da necessidade em organizar os serviços e setores da saúde estruturando de uma forma didática a sistematização da assistência ofertada (MEDEIROS, 2015). A implantação de um protocolo assistencial dentro de uma sala de parto se traduz numa tentativa de planejar, implementar e promover uma assistência uniforme, segura e de qualidade para as parturientes.

O processo de implantação de um protocolo levando em conta toda sua formatação e conteúdo é essencial para que os seus objetivos sejam devidamente alcançados, levando em consideração a modificação positiva na postura dos profissionais que vão utilizá-lo, a fim de promover mais saúde para a clientela assistida (MATTEI, 2014).

Para se pôr em prática a consulta de enfermagem à parturiente, é necessário estabelecer um protocolo assistencial que possa contribuir garantindo um melhor atendimento a essa mulher e ao seu filho, permitindo identificar os problemas e direcionar a conduta a ser realizada de forma segura e baseada em evidências clínicas.

Com a intenção de ampliar o conhecimento dos enfermeiros obstetras, residentes e acadêmicos de enfermagem e facilitar a assistência prestada às parturientes na Sala de

Pré-Parto, Parto e Pós-Parto (PPP), teve-se a ideia de disponibilizar essas informações através de um protocolo assistencial.

2 | RELATO DA EXPERIÊNCIA

O PPP, também conhecido como Espaço Aconchego do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira-IMIP, o setor possui cinco alojamentos individuais destinados a receber a parturiente de baixo risco, juntamente com seus acompanhantes. O objetivo do Espaço Aconchego é assistir a mulher durante o pré-parto, parto e pós parto de forma que o parto aconteça de maneira natural, com o mínimo de intervenções profissionais possíveis.

O IMIP é localizado no Recife, Pernambuco/Brasil, a instituição é credenciada pelo Ministério da Saúde como Centro Nacional de Referência para Assistência à Mulher e à Criança, em nível terciário. O Complexo Hospitalar do IMIP, centro de referência assistencial em diversas especialidades médicas, presta atendimento a todo estado e também aos vizinhos.

A ideia de elaboração do protocolo veio da necessidade de criar um material que auxiliasse na tomada de decisão, baseado em evidências científicas e que ao mesmo tempo oferecesse um conhecimento de forma didática e convidativa, de forma que os leitores se sentissem atraídos pelo seu conteúdo.

O protocolo foi então estruturado de acordo com as melhores evidências científicas disponíveis e levou em consideração a rotina das enfermeiras obstetras da sala de parto PPP. Possui como objetivo acadêmico e profissional guiar os enfermeiros, residentes e acadêmicos de enfermagem no planejamento da assistência à parturiente e ao recém-nascido, tornando-os aptos a identificar as suas principais necessidades.

Possui uma proposta construtivista para o processo ensino-aprendizagem, seus textos foram extensivamente revisados visando evitar erros gramaticais e desvios do estilo da língua portuguesa, sendo intitulado “Protocolo Assistencial de Enfermagem Obstétrica do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP”.

Em sua modelagem, optou-se por desenhar uma estrutura que atendesse a normatizações do Conselho Federal de Enfermagem, mas, também trabalhasse de forma didática oferecendo informações atualizadas para os leitores. Para tanto, o mesmo foi organizado na forma de livro em um modelo esquemático constituído pelas etapas descritas na figura 1:

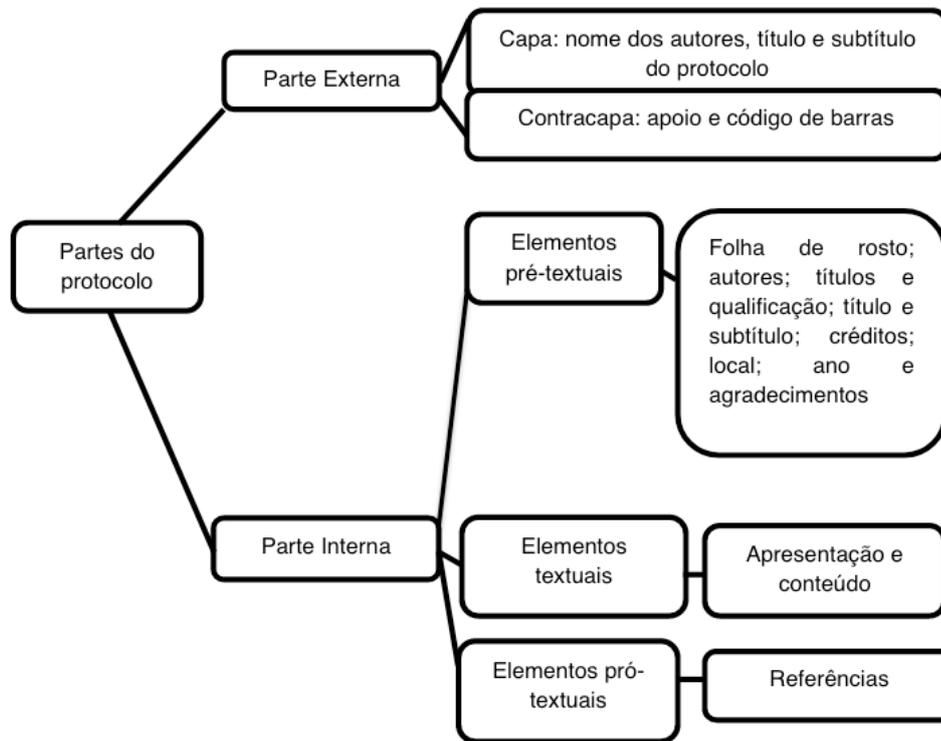


Figura 1- Esquema representativo das partes que compõem o Protocolo Assistencial

O conteúdo foi composto por aspectos diversos sobre a rotina na sala de parto PPP do IMIP direcionados à prática da enfermagem obstétrica. Para tanto se realizou um amplo resgate na literatura de modo a disponibilizar as principais referências, revisões e consensos existentes sobre a temática.

A primeira etapa do processo de construção consistiu ao levantamento do conteúdo, onde se realizou consultas em livros de obstetrícia e ginecologia, manuais técnicos do Ministério da Saúde, *websites*, teses e artigos científicos com a finalidade de selecionar as melhores referências, de forma que ao final foram selecionadas 25.

A partir das referências supracitadas foram construídos os seguintes tópicos: Apresentação, Considerações, Fluxograma de Atendimento à Parturiente, Cuidados à mulher durante o Trabalho de Parto (TP), Definição de Trabalho de Parto, Diagnóstico de Trabalho de Parto, Avaliação da evolução do Trabalho de Parto e da Vitalidade Fetal, Partograma, Amniotomia, Exame Vaginal, Oferecimento de Aporte Calórico/Dieta, Monitoração de Batimentos Cardíacos Fetais, Práticas de cuidados à mulher durante o Trabalho de Parto, Cuidados à mulher no período expulsivo, Critérios para internamento e assistência da enfermeira obstétrica no Espaço Aconchego/ PPP, Critérios para transferência da gestante para o Pré-Parto, Indicações para indução do Trabalho de Parto, Indução do Trabalho de Parto, Hemorragia Pós-Parto, Atribuições da Equipe de Enfermagem.

Após a construção do protocolo houve o envio do material para 22 especialistas juntamente com um questionário de validação. Estes avaliaram o protocolo segundo seus objetivos, conteúdo teórico e quanto a adequação para utilização pelos acadêmicos,

residentes e enfermeiros atuantes no PPP, obtendo um IVC geral de 0,96 não havendo necessidade de alteração na estrutura do protocolo.

Porém foram sugeridas algumas considerações que foram acatadas pelos autores, como: aumentar o tópico que tratava sobre tecnologias não invasivas de alívio da dor no parto, retirar o item que relatava as atribuições dos maqueiros do setor e esclarecer mais especificamente os critérios sobre a alta hospitalar das pacientes.

Todos os juízes que participaram do estudo eram enfermeiros com titulação de residente (84,61%) ou especialização em saúde da mulher ou obstetrícia (15,38%), cerca 11,53 % de eram doutores e 15,38% mestres com idade entre vinte e quatro e cinquenta e um anos e com média de formação profissional de nove anos.

Foi necessário que houvesse uma ligação entre o conteúdo e a linguagem utilizada para que os leitores pudessem compreender da maneira mais simples possível. De acordo com Vital (2015) a linguagem de um texto deve ser bastante analisada com o intuito de atrair a atenção do leitor ao mesmo tempo em que é esclarecedora e concisa.

As ilustrações com figuras, quadros e tabelas usadas no protocolo propõem exibir de maneira facilitadora a compreensão do leitor. Santos (2012) relatou que as imagens são uma maneira de solidificar as informações que são repassadas sobre determinado tema simplificando a interação de quem lê o material dentro do contexto educacional, além de ressaltar a importância das imagens por ser um método popular e de fácil comunicação.

A implantação de um protocolo assistencial na sala de PPP do IMIP contribui de forma coordenada para uma sistematização da assistência de enfermagem de forma a melhorar a qualidade da assistência e conseqüentemente de vida das pacientes à medida que é fornecido subsídios para uma melhor compreensão do seu processo de trabalho de parto e parto.

Os protocolos assistenciais também colaboram para seguimento de ações propiciando um melhor gerenciamento do setor e das condutas por parte da equipe de enfermagem além de auxiliar no processo de educação em saúde das pacientes e acompanhantes (MATTEI, 2014).

3 | CONCLUSÃO

Um protocolo de atendimento para parturientes em uma sala de parto PPP elaborado de forma conjunta entre profissionais de saúde, de fácil manuseio e fundamentado cientificamente representa um grande avanço na sistematização da assistência prestada pela equipe de enfermagem.

No processo de elaboração do protocolo notou-se a importância da uniformização das condutas, de forma a criar um material que possa melhorar significativamente a performance profissional e os cuidados prestados dentro da sala de parto.

A esperança dos autores é de que o protocolo assistencial possa garantir uma

assistência pautada além de tudo na humanização e no acolhimento das parturientes e seus acompanhantes durante o internamento no IMIP. Outro ponto ainda mais importante é que as práticas utilizadas com essa nova proposta possibilitem que a mulher tenha autonomia e se empodere do seu corpo, da sua vida e do seu parto.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, O.S.C; GAMA, E.R; BAHIANA, P.M. **Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros.** Rev. Enferm. Contemp. v. 4, n.1, p. 79-90, jan. / jun. 2015.
- FERREIRA, K.M; VIANA, L.V.M; MESQUITA, M.A.S.B. **Humanização do parto normal: uma revisão de literatura.** Rev. Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 2, art. 1, p. 134-148, ago. / dez. 2014.
- LOPES, M.V.O; SILVA, V.M; ARAUJO, T.L. **Methods for stablishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses.** Int. J. Nurs. Knowledge, v. 23, n. 3, p.134-39, out. 2012.
- MATTEI, A.T; ARTHUR, J.P; MANTOVANI, M.F; ULBRICH, E.M; CRUZ, I.M.L. **Elaboração de protocolos para a alta hospitalar de pacientes hipertensos e diabéticos: relato de experiência.** Cienc Cuid Saude, v.13, n.1, p.160-5, jan / mar. 2014.
- MEDEIROS, M.S.M.F; CARVALHO, J.B.L; TEIXEIRA, G.A; LOPES, T.R.G. **Humanização do trabalho de parto e nascimento: aplicação de estratégias não farmacológicas efetivas nesse processo.** Rev enferm UFPE on line. v. 9 9(Supl. 7), p.9133-9738. 2015.
- POLIT DF; BECK CT. **The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations.** Res. Nurs. Health, v. 29, p.489-497. 2006.
- SANTOS, I.S; OKAZAKI, E.L.F.J. **Assistência de enfermagem ao parto humanizado.** Rev. Enferm. UNISA. v. 13, n. 1, p 64-8. 2012.
- SANTOS, W.A. **Utilização de Imagens na Construção do Material Didático na Ead.** 3 simpósio educação e distancia. In Anais do 3º Simpósio Educação e Comunicação Infoinclusão: possibilidades de ensinar e aprender. Aracaju, Sergipe, p. 229-40. 2012.
- SILVA, T.F; COSTA, G.A.B; PEREIRA, A.L.F. **Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal*.** Cogitare Enferm. v. 16, n. 1, p.82-7. 2011
- VITAL, A.C.O.R. **Livro didático e a importância da linguagem no processo de ensino e aprendizagem da EAD .** Revista Diálogos Interdisciplinares, v. 4, n.1, 2015.
- WERNECK, M.A.F; FARIA, H.P; CAMPOS, K.F.C. **Protocolo de cuidado à saúde e de organização de serviço.** Belo Horizonte: Coopmed; 2009.

CUIDADOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 05/06/2020

Gislene Alves de Araújo

Enfermeira pela Universidade Federal de Rondônia

Renata Barbosa da Silva

Enfermeira pela Universidade Federal de Rondônia

Tainan Fabrício da Silva

Enfermeiro pela Universidade Federal de Rondônia

Vivian Susi de Assis Canizares

Docente permanente da Universidade Federal de Rondônia

RESUMO: Revisão de literatura que objetivou apresentar métodos não farmacológicos no alívio da dor durante o trabalho de parto, enfatizando a importância do enfermeiro na orientação e implantação de medidas eficazes de alívio da dor. Foi realizada pesquisa de literatura referente à produção na área de Enfermagem Obstétrica na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO); vinte artigos foram selecionados, mas apenas dezessete artigos publicados na íntegra compuseram a amostra. Dentre os principais cuidados não farmacológicos para alívio da dor, foram abordados a estimulação

transcutânea, o posicionamento da parturiente, a deambulação, a bola de parto ou bola Suíça, o banho de chuveiro com água morna, exercícios respiratórios, crioterapia, massagem lombossacral, musicoterapia, aromaterapia e os exercícios de relaxamento. Os resultados obtidos consideram que a utilização dos cuidados não farmacológicos de alívio da dor representa um ato de necessidade nos dias atuais, devido aos altos índices de intervenções no parto. Com isso os profissionais de saúde devem refletir sobre o emprego destes cuidados, confirmando a necessidade de realização de mais estudos exploratórios sobre a temática em questão, tendo em vista a importância deste assunto na prática do enfermeiro obstetra.

PALAVRAS- CHAVE: Parto normal, dor do parto e alívio da dor no parto.

NON PHARMACOLOGICAL CARE FOR LABOR PAIN RELIEF: A REVIEW OF LITERATURE

ABSTRACT: Literature review that aimed to present the non pharmacological methods of pain relief during labor, emphasizing the importance of nurses in the orientation and implementation of effective pain relief. Literature search was conducted on production in the area

of midwifery in the database Scientific Electronic Library Online (SciELO), twenty articles were selected, but only seventeen articles published in full in our sample. Among the main non-pharmacological care for pain relief, were addressed to transcutaneous pacing, positioning of the mother, walking, a birthing ball or Swiss ball, taking a shower with warm water, breathing exercises, cryotherapy, lumbosacral massage, music therapy, aromatherapy and relaxation exercises. The results consider the use of non-pharmacological care for pain relief is an act of necessity these days, due to high rates of intervention in childbirth. With that healthcare professionals should reflect on the use of such care, confirming the need to conduct more exploratory studies on the subject in question, in view of the importance of this issue in the practice of obstetric nurses.

KEYWORDS: Natural childbirth, labor pain and pain relief in childbirth.

1 | INTRODUÇÃO

A dor representa o sinal de início do trabalho de parto, considerado desde os primórdios da humanidade como um processo doloroso pelo qual a mulher é submetida para dar luz a seus filhos. Desconhecimento sobre o trabalho de parto, medo, estresse, tensão, frio, fome, solidão, desamparo social e afetivo, ambiente diferente, contato com pessoas estranhas são alguns dos fatores que aumentam a percepção dolorosa da mulher (SILVA *et al*, 2013).

Gallo *et al* (2011) destacam que a maternidade é percebida por algumas mulheres como o início de um novo ciclo, embora a maioria delas associa o parto com intensa dor e sofrimento, e que apesar de fisiológico, o trabalho de parto é caracterizado por alterações mecânicas e hormonais que normalmente acarretam em dor, correspondendo a uma sensação subjetiva, descrita como aguda, visceral e difusa, podendo ser intensificada pelo estado emocional da parturiente e por fatores ambientais.

O processo de parturição é inegavelmente um estado de estresse fisiológico, representado por uma complexa resposta adaptativa neuroendócrina. A dor está envolvida nesse mecanismo, e é gerada, principalmente, pela contração uterina (MOURA, 2008).

Além das contrações uterinas, Almeida *et al* (2008) destacam outras causas fisiológicas da dor como a hipóxia da musculatura uterina e o acúmulo de catabólitos no miométrio; a tração nos ligamentos dos anexos, do útero e do colo; a pressão sobre os ureteres, bexiga, uretra e intestino; o estiramento cervical, vaginal e perineal durante o período expulsivo, o estresse (níveis aumentados de glicocorticóides e catecolaminas) e o limiar baixo de tolerância a dor (baixos níveis de endorfina, fadiga e patologias).

Segundo Gayeski & Brüggemann (2010), a manutenção do equilíbrio emocional durante o trabalho de parto é fundamental, pois o estresse é um mecanismo biológico adaptativo e de defesa do organismo. A introdução de cuidados não farmacológicos de alívio da dor é fundamental para amenizar o nível de estresse e ansiedade da parturiente,

por meio de conhecimento de técnicas não invasivas no processo de trabalho, minimizando o uso indiscriminado de analgésicos.

Embora diversas pesquisas literárias referentes ao tema demonstrem interesse no avanço da utilização de recursos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto, e reconhecendo que a dor pode ser aliviada, minimizando prejuízos tanto para a mãe quanto para o feto, Gallo *et al* (2011) enfatizam que as técnicas envolvem a participação ativa da parturiente durante o parto e nascimento, proporcionando um reflexo de maior conforto. Contudo, a utilização das técnicas na assistência obstétrica é pouco eficiente na rotina dos serviços, possivelmente pelo desconhecimento dos recursos e de seus possíveis benefícios por parte dos profissionais de saúde.

No que tange a temática do alívio da dor à parturiente, Silva (2011) afirma que o uso dos métodos não farmacológicos são propostos como uma opção para substituição de anestésicos e analgésicos durante o trabalho de parto e parto, incentivados através da recomendação da prática de algumas ações não farmacológicas com a finalidade de tornar o parto o mais natural possível, diminuindo intervenções invasivas, cesarianas desnecessárias e a administração de fármacos.

A humanização do parto recomendada pelo Ministério da Saúde são tecnologias do cuidado que envolve conhecimentos e práticas de enfermagem que devem ser empregadas, a fim de minimizar o estresse materno que produz efeitos prejudiciais à mãe e feto (CUNHA, 2012).

O objetivo geral desse estudo é apresentar revisão de literatura sobre os métodos não farmacológicos no alívio da dor durante o trabalho de parto. Além disso, apresenta ainda como objetivos específicos: elencar métodos não farmacológicos que podem reduzir a percepção dolorosa durante o trabalho de parto e enfatizar a importância do enfermeiro na orientação e implantação de medidas eficazes de alívio da dor.

Diante do exposto, este trabalho justifica-se pela necessidade de oferecer uma abordagem humanizada durante o trabalho de parto, com enfoque em técnicas que proporcionem conforto, enfatizando a importância de recursos não farmacológicos para alívio da dor durante este processo.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão da literatura, referente à produção na área de Enfermagem Obstétrica. Esse método de pesquisa permite a incorporação das evidências na prática clínica com a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada. Para elaboração do estudo, seguiram-se as seguintes etapas: estabelecimento da hipótese e objetivo da revisão de literatura; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos; definição das

informações a serem extraídas dos artigos selecionados e, por fim, a apresentação da revisão.

A coleta de dados foi realizada em agosto de 2013 por meio da base de dados Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Os descritores utilizados para a coleta de dados foram: parto normal, dor do parto e alívio da dor no parto.

Para seleção dos artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados referentes à área de Enfermagem Obstétrica com ênfase nos métodos para alívio da dor durante o trabalho de parto, publicados entre 2007 a 2013 disponíveis na íntegra em língua portuguesa, eletronicamente. Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos publicados anteriormente ao ano de 2007, artigos que só disponibilizavam os resumos e publicações que abordavam superficialmente o tema proposto.

Foram encontrados vinte artigos, desses três foram excluídos, respeitando os critérios de exclusão mencionados acima. Restaram dezessete artigos publicados na íntegra que compuseram a amostra.

Pesquisas que envolvem necessariamente seres humanos devem ser aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisas com a finalidade de defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O presente trabalho utilizou artigos aprovados por comitês de ética, dessa forma mantendo os aspectos éticos relativos à realização de pesquisas científicas.

Os dados utilizados neste estudo foram devidamente referenciados, respeitando e identificando seus autores e demais fontes de pesquisa, observando rigor ético quanto à propriedade intelectual dos textos científicos que foram pesquisados, no que diz respeito ao uso do conteúdo e de citação das partes das obras consultadas.

3 | REVISÃO DE LITERATURA

Os cuidados não farmacológicos de alívio da dor são enfatizados pelo movimento de humanização do parto, que têm crescido nos últimos anos. O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (FIALHO, 2008).

Assim, para promover a desmedicalização, utilizam-se os cuidados não farmacológicos que são alternativas que podem ser empregadas para alívio da dor dispensando os anestésicos e analgésicos (MONTEIRO *et al*, 2009).

Segundo Oliveira *et al* (2010) é essencial que cuidados não farmacológicos de alívio da dor sejam explorados, por serem mais seguros e acarretarem menos intervenções. Sendo assim, a equipe de enfermagem tem um papel fundamental na realização desses cuidados, proporcionando à parturiente alívio da dor, tornando o parto humanizado, dando

à mulher a oportunidade de ter uma boa vivência deste momento especial que é a chegada do filho.

Dentre os principais cuidados não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto encontram-se: a estimulação transcutânea, o posicionamento da parturiente, a deambulação, a bola de parto ou bola Suíça, o banho de chuveiro com água morna, exercícios respiratórios, crioterapia, massagem lombossacral, musicoterapia, aromaterapia e os exercícios de relaxamento que serão brevemente descritos.

4 | ESTIMULAÇÃO TRANSCUTÂNEA

A estimulação elétrica transcutânea consiste em um método para alívio da dor, o qual estimula o sistema opióide endógeno, por meio da colocação de eletrodos superficiais na região lombar quando começa a fase ativa do trabalho de parto, sendo finalizada quando a parturiente atinge a dilatação total (SILVA *et al*, 2013).

A proposta clínica visa utilizar a estimulação transcutânea para reduzir a dor nas fases iniciais do trabalho de parto e retardar a necessidade quanto ao uso dos métodos farmacológicos. Em consequência disso, o eventual efeito benéfico seria o menor tempo de exposição aos medicamentos, diminuindo a incidência de efeitos indesejáveis para a mãe e o feto, como a parada da progressão do parto e a depressão fetal (MELLO, 2012).

Coelho (2012) afirma que diversos autores evidenciam que o uso dos eletrodos durante o trabalho de parto provoca desconforto e incômodo. Mas é defendida por Gallo *et al* (2011), devido ao objetivo de minimizar a dor na fase ativa do trabalho de parto, sem efeitos danosos à mãe ou ao feto, demonstrando maior tolerância da parturiente à dor.

Menezes & Mejia (2012) afirmaram que a aplicação da estimulação mostrou ser de baixo custo, fácil aplicação e segura, por ser uma técnica não invasiva, o que pode vir a favorecer sua implantação e utilização dentro das maternidades, que associadas às várias técnicas de relaxamento e respiração, aumenta a possibilidade de um trabalho de parto menos traumático. Contudo, a falta de profissionais capacitados como enfermeiros e fisioterapeutas dentro da equipe que presta atendimento a essas parturientes deve ser considerada.

4.1 Posicionamento/Mudança de Posição

Silva (2011) destaca que, historicamente as mulheres adotaram diversas posições para o trabalho de parto, já os médicos preferem o decúbito dorsal durante o trabalho de parto. Mudar de posição frequentemente (a cada 30 minutos), sentando-se, caminhando, ajoelhando-se, ficando de pé, de quatro, ou deitando-se, ajuda a aliviar a dor e, também podem auxiliar a acelerar o trabalho de parto em razão de acrescentar os benefícios da gravidade e as mudanças no formato da pelve.

O método de mudança de posição da parturiente durante o trabalho de parto é indicada por proporcionar maior alívio da dor, aceleração da dilatação cervical uterina e facilitar a descida do feto durante, bem como obter uma posição confortável que frequentemente facilita uma rotação fetal favorável e o alinhamento da parte da apresentação com a pelve (SILVA *et al*, 2013).

Moura (2008) esclarece que a posição supina traz malefícios materno-fetais em razão de ocasionar pressão na veia cava e na aorta, causar hipotensão materna e possível sofrimento fetal. Neste caso, as contrações tornam-se ineficientes. Cita que a posição vertical, permite que a força da gravidade faça o útero pender para frente, facilitando o alinhamento do eixo axial fetal com o materno, com isso, o ângulo da passagem pélvica amplia-se.

Algumas mesas obstétricas têm barras que ajudam a gestante a assumir posições mais confortáveis e facilitam o nascimento. Silva (2011) ressalta que a posição de decúbito lateral pode retardar a descida do feto, mas proporciona alívio para a dor lombar. Já a posição de quatro apoios ameniza a dor. A posição de joelhos ou cócoras também pode ser combinada com a rotação pélvica, mas são desconfortáveis e cansativas. O profissional de enfermagem/obstetra deve encorajar e garantir à mulher a liberdade para escolher a posição a ser adotada quando está parindo.

4.2 Deambulação

Para Silva *et al* (2013), a deambulação durante o trabalho de parto promove conforto e, pode auxiliar a acelerar o trabalho de parto em razão de acrescentar os benefícios da gravidade. Se o trabalho de parto estiver evoluindo com lentidão, a deambulação pode acelerá-lo novamente.

Alguns estudos demonstram que a deambulação aumenta a tolerância à dor no trabalho de parto, beneficiando-se do efeito favorável da gravidade e da mobilidade pélvica, aumentando a velocidade da dilatação cervical e descida fetal (GALLO *et al*, 2011).

Amorin *et al* (2012) relataram que um estudo de revisão sobre movimentação e deambulação no trabalho de parto averiguou que as consequências da liberdade de posicionamento e movimentação da parturiente empregados a partir da antiguidade foram tornando possíveis a diminuição da dor, melhoria da contração uterina e do conforto além de garantir troca materno-placentário-fetal durante mais tempo, atenuando o risco de sofrimento fetal.

Silva *et al* (2013) ressaltam ainda que, o enfermeiro deve estimular a parturiente a caminhar, pois na posição ereta, a paciente terá contrações mais fortes, regulares e frequentes, porque a gravidade alinha o feto com ângulo pélvico, à medida que o útero inclina-se para frente a cada contração. A manutenção dessa posição pode abreviar o

trabalho de parto e reduzir a dor e a necessidade de usar analgésicos.

4.3 Bola de Parto ou Bola Suíça

A bola de parto, também conhecida como bola suíça, permite a mudança de posição, diminuindo a sensação dolorosa da contração uterina, permite que a mulher se movimente para frente e para trás, como numa cadeira de balanço, ajuda na rotação e na descida fetal, e relaxamento, beneficiando a evolução do trabalho de parto (SILVA *et al*, 2013).

Segundo Gallo *et al* (2011) a bola facilita a adoção de postura vertical pela parturiente de forma confortável, e como é lúdico a distrai, tornando o trabalho de parto mais tranquilo, servindo de suporte para técnicas de massagem, banho de chuveiro, alongamentos e exercícios ativos, favorecendo a promoção do parto humanizado, além de protelar a utilização de recursos farmacológicos e contribuir para interação entre a equipe de saúde, o acompanhante e a parturiente.

Silva *et al* (2010) destacam que em locais voltados ao parto natural, enfermeiras obstétricas permitem o uso da bola suíça no trabalho de parto, em razão da imobilidade materna contribuir para o aumento do número de distorcias e risco de partos operatórios, por prejudicar a progressão ou descida fetal. A bola permite à mulher assumir diferentes posições e movimentos da cintura pélvica, promovendo estímulo das contrações uterinas, sensação de relaxamento e diminuição das dores lombossacrais. Além disso, cabe ao profissional de enfermagem auxiliar a parturiente para evitar quedas.

4.4 Banho de Chuveiro

O banho de chuveiro com água morna é considerado uma forma de proporcionar conforto à parturiente, conferindo maior alívio das dores e relaxamento, não interferindo na progressão do trabalho de parto e não prejudica a saúde do feto (CUNHA, 2012).

De acordo com Silva *et al* (2013), a água quente proporciona uma estimulação confortante aos nervos da pele, o que promove vasodilatação, reversão da resposta nervosa simpática e redução de catecolaminas. Este mecanismo confere sensação de bem-estar durante as contrações uterinas, sendo recomendável o início da aplicação deste método, quando a mulher estiver em trabalho de parto ativo, a partir de 5 cm de dilatação, para que não haja desaceleração do trabalho de parto ocasionado pelo relaxamento muscular.

A aplicação terapêutica do banho de chuveiro requer que a temperatura da água esteja de acordo com temperatura corporal (37 a 38°C), sendo necessário que a paciente permaneça no mínimo vinte minutos no banho, e que a região dolorosa entre em contato com a ducha, comumente a região lombar ou o abdome inferior (GALLO *et al*, 2011). Cada mulher tem sua percepção em relação ao parto, portanto, a enfermagem deve atuar em ambos os planos físico e psicológico, conduzindo de melhor forma possível o trabalho de parto, minimizando ao máximo a dor e proporcionando maior conforto e relaxamento durante este processo.

4.5 Exercícios Respiratórios

Os exercícios respiratórios constituem um método não farmacológico que visa melhorar os níveis de saturação materna de oxigênio e redução da ansiedade durante as contrações uterinas e em seus intervalos (DAVIM *et al*, 2009).

Segundo Gallo *et al* (2011), a técnica propõe o uso da respiração torácica lenta com inspiração e expiração profundas e longas em ritmo natural durante as contrações uterinas, não podendo iniciar precocemente estas para evitar uma possível hiperventilação da mulher.

O uso da respiração completa ou de limpeza, que consiste na inspiração e expiração profundas no início e no fim das contrações uterinas que promove boa troca de oxigênio e de dióxido de carbono, e durante as contrações realiza-se a respiração rápida e superficial, de acordo com a duração e intensidade de cada contração. Essa alternância faz com que mantenha uma boa oxigenação para a parturiente e para o feto e ajuda a reduzir a dor e a ansiedade durante as contrações (SILVA *et al*, 2013). Esta técnica é muito utilizada pelas parturientes através de incentivo e orientação da equipe de enfermagem visando uma progressão do trabalho de parto, com redução da ansiedade materna e sem prejuízos ao feto, levando em consideração suas necessidades clínicas e psicológicas.

4.6 Crioterapia

Este recurso é utilizado na fase ativa do trabalho de parto, quando a cérvix uterina atinge cerca de sete a nove centímetros de dilatação da cérvix uterina, promovendo redução da dor lombar materna. A técnica para a utilização deste recurso consiste no uso de compressas de gelo em uma cinta apropriada, aplicada sobre a região lombar, em decúbito lateral esquerdo, durante pelo menos vinte minutos. A crioterapia proporciona à mulher uma redução da dor durante as contrações, o que pode ser explicado pela capacidade do gelo em promover a liberação de endorfinas (SILVA *et al*, 2013).

O uso da crioterapia ajuda a parturiente a suportar a dor durante as contrações uterinas no período de dilatação até o período expulsivo, fazendo com que haja diminuição da exaustão, do estresse e até mesmo a ansiedade. Durante alguns minutos de uso da técnica, estabelece um estado de relaxamento físico e mental, em que algumas mulheres relataram sono (COELHO, 2012). O enfermeiro poderá aplicar a técnica, orientando quanto seus benefícios e o momento adequado de utilizá-lo, que corresponde a fase ativa do trabalho de parto.

4.7 Massagem Lombossacral

A massagem lombossacral consiste na manipulação dos tecidos com objetivo de promover alívio da dor através do relaxamento, melhor circulação e oxigenação dos tecidos manipulados. No momento da realização da massagem, impulsos nervosos são

gerados em determinadas regiões do corpo que vão concorrer com as mensagens de dor enviadas ao cérebro, dessa forma minimiza a sensação de dor (CUNHA, 2012).

Segundo Gallo *et al* (2011), a aplicação terapêutica da massagem consiste no deslizamento leve e profundo ou pressão de forma circular, direcional e firme. Os locais indicados para aplicação são onde a mulher referir dor, comumente região lombar durante as contrações uterinas e nos intervalos nas regiões onde apresentam tensão muscular como ombros, abdome, dorso, sacro e pés, sempre de acordo com a tolerância da parturiente.

A utilização desta técnica de alívio de dor é uma forma de demonstração de companheirismo e de manter maior contato físico da parturiente com o profissional de enfermagem inicialmente e posteriormente, este poderá orientar o acompanhante quanto a sua realização, conforme aceitação da mulher (COELHO, 2012).

4.8 Musicoterapia e Aromaterapia

Segundo Silva *et al* (2013) a musicoterapia é a melhoria das capacidades humanas através do uso organizado das influências da música sobre o funcionamento do cérebro humano. Alguns investigadores defendem que a utilização da música potencializa os resultados, por ser considerado um meio muito eficaz como foco de atenção, sendo assim um meio de distração que não reduz a dor, mas causa um estímulo agradável ao cérebro, desviando a atenção da mãe na hora da dor.

O músico terapeuta começa a sessão no momento do parto. No momento em que se pede à mãe para fazer força a cada contração, o tempo, intensidade e energia da música aumentam para ajudar a mãe e dar-lhe mais energia. No entanto, na ausência de um músico terapeuta no local pode haver a substituição por um mecanismo sonoro feito através de caixas de som na sala de parto (MOURA, 2008).

A musicoterapia, ciência organizada como tal no século XX, estuda os efeitos terapêuticos da música nos seres humanos. O emprego da música tem baixo custo e fácil aplicabilidade, além de ser uma modalidade de cuidado não farmacológico e não invasivo. Gayeski & Brüggemann (2010) afirmam que o efeito da música, usada durante o trabalho de parto como método não farmacológico para o alívio da dor, pode interferir no ciclo vicioso “medo-tensão-dor”, de forma relaxante, visando à quebra deste ciclo e, conseqüentemente, minimizar a dor.

A aromaterapia é uma prática alternativa que utiliza o poder das plantas através do uso de suas essências. Apesar de incerto, seu mecanismo de ação parece estimular a produção de substâncias relaxantes, estimulantes e sedativas que são próprias do corpo (GALLO *et al*, 2011). A essência *L. augustifolium* (lavanda) é a mais utilizada por escolhas de algumas parturientes, através de inalação e massagem.

Os profissionais de saúde, particularmente os da área de Enfermagem, não

necessitam serem exímios e com titulações no ramo da musicoterapia e da aromaterapia para prestarem esses cuidados às parturientes. No entanto, devem valorizar a capacidade de escolha da gestante, bem como conhecer profissionais capacitados nessas atividades e utilizar seus serviços se for da preferência da mulher (DAVIM *et al*, 2009). Dessa forma, o enfermeiro deve esclarecer as dúvidas da parturiente relacionadas a essas práticas e mostrar as vantagens que proporcionam no alívio da dor, bem como deve estar preparado à recusa da mesma.

4.9 Exercícios de Relaxamento

Os exercícios de relaxamento têm como objetivo permitir que as parturientes reconheçam as partes do seu corpo, evidenciando as diferenças entre relaxamento e contração, melhorando o tônus muscular e, desta forma, favorecendo a evolução do trabalho de parto. Estudos demonstram que o relaxamento reduz o número de cesarianas e de partos vaginais assistidos, além de promover alívio da dor e redução da ansiedade (CUNHA, 2012).

Segundo Santana *et al* (2010) o objetivo das técnicas de relaxamento é reduzir a ansiedade e tensão muscular, dessa forma, tranquilizando a mente e relaxando os músculos. Alguns estudos indicam que o relaxamento diminui o consumo de oxigênio, as frequências cardíaca e respiratória, a concentração de lactato no sangue arterial e a atividade do sistema nervoso simpático.

A promoção de um bom relaxamento vai desde a adoção de posturas confortáveis à ambientes tranquilos, os quais permitam música ambiente, iluminação adequada e principalmente pensamentos direcionados, utilizando a imaginação para desmistificar o trauma da dor no trabalho de parto. Uma das técnicas mais utilizadas é o relaxamento muscular progressivo, no qual a parturiente realiza a contração de grupos musculares seguida de relaxamento, priorizando o intervalo das contrações uterinas (GALLO *et al*, 2011, p. 46).

Davim *et al* (2009) mencionam que existem outras formas de relaxamento como as massagens, a respiração com movimentos de inspiração e expiração suave, acompanhada por relaxamento do corpo; imersão em banheiras ou duchas aquecidas e até mesmo estar acompanhada por pessoas colaborativas escolhidas pela parturiente para compartilhar esse momento.

Nem todas as técnicas funcionam com todas as gestantes, já que algumas pacientes precisam tentar relaxar várias vezes antes de conseguir algum alívio. Mesmo quando o método de relaxamento for bem sucedido, o alívio da fadiga pode estender-se por até vinte minutos. Embora esses métodos possam reduzir a angústia, eles não aliviam a dor propriamente, porém promove a distração, o que desvia o foco da dor (COELHO, 2012). O profissional enfermeiro deve mostrar e explicar esses exercícios de relaxamento para a parturiente deixando a escolha por parte dela e, de acordo com a preferência, fornecer o exercício mais adequado.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação sobre a aplicação dos métodos não farmacológicos de alívio da dor mostra-se importante, pois com isso toda a equipe pode refletir sobre o emprego destes cuidados, bem como compreender como os profissionais de enfermagem têm agido frente à aplicação destes, visando conhecer os cuidados que estão sendo praticados e os que estão sendo realmente efetivos.

É fundamental ressaltar que com a realização do presente estudo, percebeu-se que o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto é um assunto que desperta interesse no âmbito da enfermagem, pois, sendo estes cuidados aceitos ou não, o papel de toda a equipe é de prestar cuidados visando à saúde e o bem estar da mãe e bebê, principalmente, no que diz respeito à humanização.

Dos dezessete artigos utilizados nesta revisão, 59% (cinquenta e nove por cento) destes destacaram a necessidade de realização de mais estudos exploratórios sobre a temática em questão.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. A. M., SOARES, L. J., SODRÉ, R. L. R., MEDEIROS, M. A dor do parto na literatura científica da Enfermagem e áreas correlatas indexada entre 1980-2007. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, p. 1114-23. Goiás, 2008.
- AMORIN, A. T. C., ARAÚJO, V. K. S., SEVERIANO, R. C. C., *et al.* Estratégias utilizadas no processo de humanização ao trabalho de parto: uma revisão Saúde Coletiva. **Rede de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal**. p. 61-66. Editorial Bolina. São Paulo, Brasil. 2012.
- COELHO, M. M., **Métodos de alívio da dor no trabalho de parto e repercussões na saúde materno-fetal**. 2012. Trabalho de conclusão de curso – Graduação em enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2012.
- CUNHA, K. J. B., GOMES, L. S. V., SANTOS, R. M. A. O vivido de mulheres no parto humanizado. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, v. 5, n.2, p. 32-38. Piauí, 2012.
- DAVIM, R. M. B., TORRES, G. V., DANTAS, J. C., *et al.* Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor em parturientes no trabalho de parto. **Revista Escola de Enfermagem USP**. p. 438-445. São Paulo. 2008F.
- FIALHO, T. C., **O papel do enfermeiro no parto humanizado**. Monografia para a conclusão do curso de Pós-graduação em Saúde Pública. Educação Avançada Limitada, Minas Gerais, 2008.
- GALLO, R. B. S., SANTANA, L. S., MARCOLIN, A. C., FERREIRA, C.H.J., DUARTE, G., QUINTANA, S.M. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **Revista Feminina**. Vol. 39. São Paulo. 2011.
- GAYESKI, M. E., BRÜGGEMANN O. M. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto & Contexto Enfermagem**. p. 774-82. Florianópolis, 2010.

MELLO, F. D., NOBREGA, L. F., LEMOS, A. Estimulação elétrica transcutânea de alívio da dor do trabalho de parto: revisão sistemática e meta-análise. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. p. 175-84. Recife. 2012.

MENEZES, E. C. M., MEJIA, D. P. M., **Utilização da estimulação nervosa transcutânea durante o trabalho de parto: uma revisão literária**. Monografia para a conclusão do Curso de Pós-graduação em Urologia, Obstetria e Mastologia da Faculdade Ávila. Roraima, 2012.

MONTEIRO, J. C. S., PINTANGUI, A. C. R., SOUSA, L., BELEZA, A.C.S., NAKANO, A.M.S., GOMES, F.A. Associação entre a analgesia epidural e o trauma perineal no parto vaginal. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, jan-mar; p. 140-144, São Paulo, 2009.

MOURA, J. D. A., **Dor no trabalho de parto: influência na satisfação com o trabalho de parto e métodos utilizados para o seu controle em três maternidades do sul do Brasil**. Trabalho de Conclusão do Curso de Medicina apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2007.

OLIVEIRA, A. S. S., RODRIGUES, D. P., GUEDES, M. V. C., FELIPE, G.F. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Revista Rene**, vol. 11, Número Especial, p. 32-41, Ceará, 2010.

SANTANA, L. S., GALLO, R. B. S., MARCOLIN, A. C., QUINTANA, S.M. Avaliação da intensidade da dor na fase ativa do trabalho de parto em primigestas. **Revista Dor.**, jul-set, p. 214-217. São Paulo, 2010.

SILVA, D. A. O., RAMOS, M. G., JORDÃO, V. R. V., SILVA, R.A.R, CARVALHO, J.B.L., COSTA, M.M.N. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE online**. p. 4161-70. Recife. 2013.

SILVA, E. F., STRAPASSON, M. R., FISCHER, A. C. S. Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. **Revista de Enfermagem da UFSM: Universidade Federal de Santa Maria**. Mai/Ago, 261-271. Rio Grande do Sul. 2011.

SILVA, L. M., OLIVEIRA, S. M. J. V., SILVA, F. M. B., *et al.* Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paulista de Enfermagem**. p. 656-62. São Paulo. 2010.

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS PARA MULHERES LÉSBICAS: UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DO BRASIL

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 01/05/2020

Renata Kelly dos Santos e Silva

Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem.
Picos – Piauí.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2035362463751456>

Gabriela Araújo Rocha

Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem.
Picos – Piauí.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6538720829720896>

Francisco João de Carvalho Neto

Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem.
Picos – Piauí.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4380350671649505>

Maria Mileny Alves da Silva

Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem.
Picos – Piauí.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6660850379580898>

Raissy Alves Bernardes

Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem.
Picos – Piauí.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4560643593874181>

Denival Nascimento Vieira Júnior

Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem.
Picos – Piauí.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4913415259543179>

Maurilo de Sousa Franco

Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem.
Picos – Piauí

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7544444564282539>

Maria Luziene de Sousa Gomes

Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Fortaleza - Ceará.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7600713173912829>

Luis Eduardo Soares dos Santos

Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Fortaleza - Ceará.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7230256323115657>

Sarah Nilkece Mesquita Araújo Nogueira Bastos

Faculdade Maurício de Nassau – UNINASSAU,
Departamento de Enfermagem.
Parnaíba – Piauí.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8264223013938753>

Maria Sauanna Sany de Moura

Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem.
Picos – Piauí

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9029162607583886>

RESUMO: Todas as pessoas devem ter garantido direito à cidadania, dignidade e promoção de bem sem preconceitos de qualquer origem, inclusive o sexual. Nesse sentido, a atenção dispensada à saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas possui particularidades quando comparadas as mulheres heterossexuais, uma vez que requerem ações governamentais específicas para garantir seus direitos sexuais e reprodutivos. Analisar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres lésbicas no contexto das políticas públicas de saúde do Brasil. Estudo documental, analítico, de natureza qualitativa, realizado por revisão bibliográfica das políticas públicas de atenção à saúde da mulher, publicados oficialmente pelo Ministério da Saúde no intervalo temporal de 2004 a 2016. Utilizou-se o software IRAMUTEQ para processamento de sete documentos e posterior interpretação pelos pesquisadores. Através da árvore de similitude e a nuvem de palavras geradas pelo software, constatou-se que as palavras mais evocadas foram mulher, sexual, direito, acesso e vulnerabilidade. Entretanto, acesso está relacionado apenas ao atendimento materno oferecido pelos serviços de saúde, enquanto sobre os termos homossexuais e lésbicas não houve denotação expressiva, revelando a falta de ações específicas direcionadas a este público. Ficaram implícitos os métodos contraceptivos disponíveis para mulheres lésbicas que desejam exercer a maternidade além da falta de estratégias que visem a capacitação profissional para atendê-las de modo integral e sem preconceito, culminando em maior exposição a agravos de saúde, principalmente em âmbito sexual e reprodutivo. Apesar de haver políticas de saúde voltadas para mulheres lésbicas, ainda são pouco explícitas quanto à garantia dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas públicas em saúde. Mulheres lésbicas. Saúde sexual.

SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS FOR LESBIAN WOMEN: AN ANALYSIS OF PUBLIC POLICIES IN BRAZIL

ABSTRACT: Everyone must have guaranteed the right to citizenship, dignity and the promotion of good without prejudice of any origin, including sexuality. In this sense, the attention given to the sexual and reproductive health of lesbian women has particularities when compared to heterosexual women, since they require specific governmental actions to guarantee their sexual and reproductive rights. To analyze the sexual and reproductive rights of lesbian women in the context of public health policies in Brazil. Documentary, analytical, qualitative study, conducted by bibliographic review of public policies for women's health care, officially published by the Ministry of Health from 2004. IRAMUTEQ software was

used to process seven documents and further interpretation. by the researchers. Through the similarity tree and the word cloud generated by the software, it was found that the most evoked words were women, sexual, right, access and vulnerability. However, access is related only to maternal care offered by health services, while on homosexual and lesbian terms there was no expressive denotation, revealing the lack of specific actions directed to this public. The conceptional methods available to lesbian women who wish to exercise motherhood were implicit, besides the lack of strategies aimed at professional training to fully and unprejudiced care, resulting in greater exposure to health problems, especially in the sexual and reproductive context. Although there are health policies aimed at lesbian women, they are still insufficiently effective to guarantee their sexual and reproductive rights.

KEYWORDS: Public health policies. Lesbian women. Sexual health.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com a Constituição Federal de 1988 e, mais especificamente os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, toda pessoa humana deve ter garantido direito à cidadania, dignidade e de ter a promoção de bem sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

Com isso torna-se responsabilidade do Estado de direito democrático assegurar acesso aos serviços de saúde em amplo espectro, sem qualquer tipo de discriminação, licenciando os sujeitos ao exercício da vida cidadã. Desse modo, a opção sexual do indivíduo não deve ser objeto de exclusão social por parte das políticas públicas de saúde, mas do contrário, servir de objeto de estudo como ponte para a criação de especificidades que atenda às suas necessidades.

No contexto de políticas públicas de atenção à saúde das mulheres, o surgimento se deu em torno de sua capacidade de procriação, isto é, se ocupavam apenas da saúde reprodutiva, justificado pelo olhar discriminatório que incidiu sobre as mulheres por muito tempo em que eram vistas como submissa aos homens e possuindo competências que serviam apenas para exercer o papel de reprodutora e responsável pelos afazeres de cunho domésticos (TEODORO et al., 2014).

Nesse contexto, é preciso considerar ainda, a recriminação que a sociedade impunha sobre as mulheres quanto aos seus direitos sexuais e reprodutivos, inibindo-as a não manifestar sua opção sexual (TEODORO et al., 2014). Tal posicionamento contribuiu para que por muito tempo a saúde sexual e reprodutiva das mulheres não fosse abordada como prioridade pelos serviços de saúde, deixando esse segmento social em um uma condição silenciosa de disseminação de infecções sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2012).

No que diz respeito à orientação sexual, esta foi reconhecida como direito humano

pela Organização das Nações Unidas e pela Organização dos Estados Americanos, permitindo o surgimento de documentos que tratam da proteção e a não discriminação a este grupo populacional. Porém, no campo da saúde, as formas de discriminação implicam na determinação social de sofrimento e de doença, sendo potencializados pelos preconceitos do machismo, racismo e misoginia (REIS; EGGERT, 2017).

De forma destacada, a população LGBT se encontra à margem nos serviços de saúde privados ou públicos em decorrência da descriminalização patriarcal as quais estão, especificamente no universo feminino, estas que ainda mais se distanciam do padrão heterossexista e machista imposto por nossa sociedade falocêntrica, onde elucidando o cerne da questão da homofobia – e da LGBTfobia (RIBEIRO et al., 2019) que aliado à falta de conhecimento dos prestadores de cuidado de saúde desencadeia nestas a omissão da sua identidade sexual, comprometendo a sensibilidade necessária à assistência prestada (HAFEEZ et al., 2017).

O comportamento adotado pelas usuárias dos serviços de saúde pode ser uma forma de proteção diante dos olhares preconceituosos a que estão sujeitas ao revelarem fazer parte de uma opção sexual em minoria. Tal situação torna-se prejudicial a partir do momento em que favorece a ocorrência de falhas no tocante a atenção que deve ser dispensada as peculiaridades da saúde sexual e reprodutiva das mulheres lésbicas (SILVA, 2015)

A partir da década de 80 houve um fortalecimento da luta pelos direitos dos homossexuais. No contexto da saúde brasileira, sucedeu um engajamento no enfrentamento de questões de interesse público, em que se cita a mobilização em torno da luta contra a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no país, notando-se uma parceria entre grupos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), e órgãos de saúde pública (BRASIL, 2004).

Entretanto, as lutas e as necessidades específicas desse grupo somente foram evidenciadas após a aproximação dessas mulheres às integrantes do movimento feminista, onde conseguiram trazer uma pauta e promover discussões mais criteriosas sobre o movimento de lésbicas e mulheres bissexuais. Percebendo a necessidade de atenção à complexidade desses grupos, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos passou a compor o conjunto das agendas políticas governamentais (BRASIL, 2012).

É válido citar que, em 1985 o Conselho Federal de Medicina retirou a homossexualidade da relação de doenças, e desde então, a visibilidade do público LGBT, onde estão inclusas as lésbicas, vem ressaltando conquistas obtidas bem como demonstrando com mais clareza a violação de seus direitos (BRASIL, 2004).

Ademais, estudo envolvendo 151 acadêmicos de enfermagem de uma instituição de ensino superior brasileira demonstrou que os futuros profissionais de saúde possuem percepções reduzidas da sexualidade, focadas principalmente nos aspectos da genitalidade, sendo a formação nessa temática frágil durante a graduação (TEODORO et

al., 2017).

Assim, diante de uma expressiva representação midiática em torno das mulheres lésbicas, atrelada ao conhecimento requerido por enfermeiros para prestação do cuidado integralizado, faz-se relevante a realização da presente pesquisa uma vez que proporciona um momento de reflexão sobre as questões que envolvem a sexualidade feminina em âmbito das políticas públicas de saúde. Com isso, objetivou-se analisar os direitos sexuais e reprodutivos para mulheres lésbicas no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo documental, analítico, de natureza qualitativa em que se realizou uma revisão bibliográfica acerca das políticas públicas de atenção à saúde da mulher, com abordagem às mulheres lésbicas. A pesquisa ocorreu por meio da análise de documentos publicados oficialmente pelo site do Ministério da Saúde (MS) encontrados através da Secretaria de Políticas para Mulheres (SPM) do ano 2004 até 2016, pois consiste, respectivamente, no primeiro e último ano de publicações disponíveis referentes à saúde da mulher.

Ao longo dos 12 anos investigados encontrou-se um total de 140 publicações, dos tipos políticas nacionais, livretos, boletins, pactos e relatórios. No entanto, apenas 6 documentos foram selecionados pois melhor se enquadravam na temática da pesquisa, sendo eles: Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, 2012; Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), 2004; PORTARIA Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha; Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual, 2004; Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST, 2007; Atenção Integrada à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais, 2014 e PNAISM, 2011.

Mediante leitura em profundidade, o conteúdo dos arquivos foi sintetizado em segmentos textuais de menores, e, visando maior organização na apreciação dos dados, se estabeleceu uma codificação para cada documento, sendo: Política Nacional de Saúde Integral LGBT, política_1; PNAISM 2004, política_2; Rede Cegonha, política_3; Brasil Sem Homofobia, política_4; Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST, política_5; Atenção Integrada à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais, política_6, e para a PNAISM 2011 atribui-se a codificação política 7. Além dos documentos encontrados através da SPM, acrescentou-se a Portaria que institui a Rede Cegonha por tratar das aplicações ao período gestacional passível de ocorrer em mulheres heterossexuais ou homossexuais que queiram dar à luz.

Para o processamento dos dados, utilizou-se o *software* IRAMUTEQ (Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Trata-se de um programa de *open source*, isto é, possui código aberto para uso gratuito, com funcionamento ancorado ao software R. A princípio desenvolvido em língua francesa, atualmente já dispõe de dicionários completos em diversos idiomas o que permitiu, a partir do ano de 2013, o advento de seu uso no Brasil, ganhando visibilidade na área da saúde (KAMI et al., 2016, COELHO et al., 2015). Por meio deste é possível realizar diferentes processamentos e análises estatísticas sobre tabelas e corpus textuais, cabendo aos pesquisadores a leitura e interpretação dos dados oferecidos pelo do software.

Os tipos de análises possíveis com o IRAMUTEQ são: análises lexicográficas clássicas, permitindo identificar e reformatar as unidades de texto, identificar a quantidade de palavras, frequência média e hápax (palavras citadas apenas uma vez), além de pesquisar o vocabulário e redução de palavras com base em suas raízes; especificidades, na qual associa textos com variáveis; Método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), em que os segmentos de texto são classificados em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido em função da frequência das formas reduzidas (CAMARGO, 2013).

Além destes, há a análise de similitude, baseada na teoria dos grafos, é frequentemente utilizada por pesquisadores das representações sociais e foi uma das análises adotada para o presente estudo, bem como a nuvem de palavras, que consiste no agrupamento e disposição gráfica das palavras em função da sua frequência no corpus textual processado. Quanto ao corpus textual, refere-se a uma construção textual feita pelo pesquisador com o conteúdo que deve ser processado pelo software, para tanto, deve ser organizado através da junção de segmentos textuais conforme uma série de particularidades próprias para garantir êxito nos testes realizados. Na construção do corpus textual a ser analisado para a presente pesquisa foram escritos 7 segmentos de texto, um para cada documento selecionado (CAMARGO, 2013).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificou-se que as políticas públicas em sua maioria demonstravam uma vulnerabilidade na abordagem dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres lésbicas, com foco do atendimento voltado para o segmento materno e reprodutivo, como está representado na figura 1.

sexual como constituinte dos direitos humanos das mulheres (BARBOSA, FACCHINI, 2009).

Porém na prática não há a corroboração deste acesso, evidenciado pela ausência de expressões como homossexual, que no contexto feminino não contempla a especificação de mulheres lésbicas. Apesar de abordar mulheres em situação rural, presidiárias, negras, heterossexual e bissexual, no entanto, não houve notoriedade de palavras como lésbicas e homossexual. Um fato curioso é que até a palavra homem foi expressa nos resultados em uma relação de proximidade com o termo mulher, denotando o caráter sexual masculinizado atribuído as mulheres lésbicas.

Considerando que o acesso universal faz parte dos princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde, é nítida a dificuldade em assegurar atendimento de qualidade e livre de preconceito e discriminação contra as lésbicas durante a prestação da assistência. Nesse sentido, com relação ao princípio da equidade, também estruturador do SUS, evidencia-se o fato de que as mulheres lésbicas têm necessidades de saúde diferenciadas das heterossexuais, implicando demandas por ações diferentes desde o acolhimento até as governamentais (MELLO et al., 2011).

Quando pensado acerca das dimensões da sexualidade feminina, as condições societárias facilmente trazem a memória um longo período marcado por discriminação, preconceito e fragilidade. A cerca disso nota-se que o entorno da palavra mulher ainda se ocupa do mesmo pensamento no momento em que relaciona a palavra mulher com termos como estigma, dificuldade, vulnerabilidade, vitimar, preconceito e domesticar.

Assim, a formulação e a implementação de políticas de saúde voltadas a segmentos sociais específicos precisam ser concebidas de forma articulada com as políticas do SUS, idealmente fundadas nos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Há, portanto, a necessidade que tais princípios sejam constitutivos das políticas que promovam o enfrentamento das consequências excludentes da homofobia que levam profissionais de saúde a atenderem todos os usuários dos serviços de saúde como se fossem heterossexuais ajustados às normas de gênero (MELLO et al., 2011).

A análise da nuvem de palavras feita pelo programa IRAMUTEQ oferece uma interface visual peculiar, mostrando as palavras arquitetadas em forma de nuvem, dispostas de formas diferentes em que as palavras maiores demonstram ter aparecido em um número aumentado de vezes no Corpus Textual. Constatou-se que as palavras mais evocadas nas políticas analisadas foram mulher, sexual, direito, acesso e vulnerabilidade, como pode ser visualizado na figura 2.

Um dado importante é que, considerando a população mundial cerca de 17,3 milhões de mulheres com 15 anos ou mais estão vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), tal estatística representa uma parcela de 50% do total das pessoas infectadas. Acrescenta-se que o temor em sofrer violência e o sofrimento propriamente dito, faz com que meninas e mulheres tenham relutância em tomar conhecimento da soropositividade ou em buscar os serviços públicos de saúde (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, o histórico de luta e fortalecimento de movimentos de mulheres lésbicas tem sido fundamental para o avanço dos direitos conquistados essenciais à saúde integral e para o enfrentamento de condições onde há violação ou negligência dos mesmos. Embora essa luta esteja ganhando visibilidade dentre as políticas de saúde, é notório que essas mulheres enquanto usuárias dos serviços de saúde ainda têm seus direitos de atendimento integral limitados, não apenas pela omissão, preconceito ou discriminação, mas principalmente pela falta de capacitação de profissionais de saúde que não sabem lidar com a situação (SILVA, 2015).

Os profissionais têm escassa proximidade com aspectos teórico-práticos quanto a orientar as mulheres homossexuais quanto ao sexo seguro e a importância de exames preventivos para a promoção de saúde não estimulando o acesso desse público as consultas, exames e tratamentos de rotina. Corroborando com os resultados expressos nas figuras 1 e 2, em que se percebe a ausência de termos como: capacitação, preparo e profissional, revelando a não cobertura das políticas de saúde no âmbito de preparo profissional específico.

4 | CONCLUSÃO

O modo implícito, bem como a total ausência das expressões homossexual e lésbicas demonstradas nos resultados, revelam baixo investimento em políticas de saúde que abordem satisfatoriamente os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres lésbicas, especialmente no que diz respeito ao planejamento familiar, capacitação profissional para orientar e prestar atendimento qualificado referente à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e garanti-las direito a concepção e contracepção.

Dessa forma, faz-se necessário que além da criação de políticas públicas que contemplem integralmente a saúde da mulher, é preciso que esforços sejam mobilizados para a implementação eficaz de modo a abranger toda a diversidade de práticas sexuais para que não haja inflexibilidade e discriminação no atendimento de mulheres homo e heterossexuais.

Devido às mudanças na vigente conjuntura política brasileira, nas quais houve ocultamento de informações do acesso público, a verificação das políticas públicas presentes na Secretaria de Políticas para Mulheres não é mais factível. Assim, faz-se necessário maiores investimentos visando identificar lacunas nas políticas existentes e

redirecionar o modelo de assistência.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, S. V.; VELOSO, L. S. G.; FERREIRA, O. G. L.; MOURA, S. G. (2015). **O cuidado frente ao envelhecimento humano estudado a partir da análise de similitude**. In: 4º Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, 1. 2015. Campina Grande- PB. *Anais CIEH*.
- BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. (2009). Acesso a cuidados relativos a saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com outras mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. v. 25. 291-300.
- BRASIL. CONSTITUIÇÃO (1988). (2012). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação Coordenação de Biblioteca. 35º ed. Brasília.
- BRASIL. (2005). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília.
- BRASIL. (2004). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual. **Brasil Sem Homofobia**. Brasília, 2004.
- BRASIL. (2011). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF.
- BRASIL. (2011). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília.
- BRASIL. (2012). MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Série E. Brasília, 1º ed.
- BRASIL. (2014). MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Políticas para as Mulheres. Atenção Integrada à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Brasília.
- BRASIL. (2007). MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST**. Brasília, 1º ed.
- COELHO, L. S.; CARVALHO, L. R. B.; SOUSA, B. S. A.; CRUZ, J. N.; ALMEIDA, C. A. P. L.; LINO, M. M. (2015). Formação do enfermeiro na prevenção da hepatite B: análise de similitude e nuvens de palavras. **Rev. Pre. Infec e Saúde**. v.1. n.2, p. 34-40.
- CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. (2013). **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
- FACCHINI. (2006). **Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas**. Rede feminista. Belo Horizonte, **Rede Feminista de Saúde**.
- KAMI, M. T. M.; LAROCCA, L. M.; CHAVES, M. M. N.; LOWEN, I. M. V.; SOUZA, V. M. P.; GOTO, D. Y. N. (2016). Trabalho no consultório na rua: uso do software IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. **ESC. ANNA NERY**. v. 20. n.3, Brasil.
- MELLO, L.; PERILO, M.; BRAZ, C.A.; PEDROSA, C. (2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Revista latino-americana**. v. 9. p.7-28.

RIBEIRO, P. L.; ZANIN, H. S.; SILVA, I. P.; DIAS, A. F. N. (2019). Políticas organizacionais de inclusão: práticas de respeito às minorias sexuais e de gênero. **Research, Society and Development**. v.9. n.1, Brasil.

SILVA, M. J. M. (2015). **Saúde das Mulheres Lésbicas no Brasil**. In: XX Seminário de pesquisa do CCSA. Rio Grande do Norte. *Anais CCSA*.

TEODORO, I. P. P.; FELIPE, N. K. S.; TEODORO, L. P. (2014). Percepção das Mulheres Homoafetivas Frente a Assistência de Enfermagem na Saúde da Mulher. **Revista de Psicologia**. v. 22. n.8. p.130-144. Recuperado em 10 de maio de 2018 de <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/269/368>.

FACILIDADES E DIFICULDADES ENCONTRADAS NA ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO A MULHER (CRAM)

Data de aceite: 05/06/2020

Patricia Pereira Tavares de Alcantara

Universidade Regional do Cariri – URCA
Iguatu – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/7221408382609260>

Zuleide Fernandes de Queiroz

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/3003401690552110>

Verônica Salgueiro do Nascimento

Universidade Federal do Ceará – UFC
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1820645566654637>

Antonio Germane Alves Pinto

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5229474868285400>

Maria Rosilene Candido Moreira

Universidade Regional do Cariri – URCA
Crato – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/7476207605884853>

às relações patriarcais, principalmente no ambiente familiar, uma vez que desafiam o poder do homem e ameaçam seus privilégios, sinalizando a possibilidade de mudança na relação de dominação dos homens sobre as mulheres. Objetivou-se conhecer as facilidades e/ou dificuldades dos profissionais que atuam no Centro de Referência de Atendimento a Mulher – CRAM de uma cidade do interior do Ceará. Os dados foram coletados no CRAM do município de Crato/CE, no período de janeiro e fevereiro do ano de 2017. Mediante os achados observamos a grande necessidade da articulação intersetorial e da capacitação continuada dos profissionais para identificação precoce, notificação dos casos e acompanhamento efetivo às vítimas de violência. Conclui-se a necessidade de fortalecimento da rede de enfrentamento a violência contra mulheres para que haja uma maior divulgação, e para que as mulheres visualizem claramente o funcionamento desta rede de apoio.

PALAVRAS-CHAVE: Violência contra mulher. Gênero. Políticas públicas.

FACILITIES AND DIFFICULTIES FOUND IN
THE PERFORMANCE OF PROFESSIONALS
AT THE REFERENCE CENTER FOR

RESUMO: A violência contra a mulher está presente na vida da maioria das mulheres, devido à cultura patriarcal incorporada por toda a sociedade. O acesso e uso do poder pelas mulheres representam, assim, um desafio

ABSTRACT: Violence against women is present in most women's lives due to the patriarchal culture embodied throughout society. The access and use of power by women thus represent a challenge to patriarchal relationships, especially in the family environment, as they challenge the power of men and threaten their privileges, signaling the possibility of change in the relationship of domination of men over women. The objective was to know the facilities and / or difficulties of the professionals who work at the Reference Center for Women Care - CRAM of a city in the interior of Ceará. Data were collected at the CRAM of the city of Crato / CE, in January and February 2017. Through the findings we observed the great need for intersectoral articulation and continuing training of professionals for early identification, case notification and effective follow-up. to victims of violence. It is concluded that there is a need to strengthen the network against violence against women so that there is greater dissemination, and for women to clearly visualize the functioning of this support network.

KEYWORDS: Violence against woman. Genus. Public policies.

1 | INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é uma realidade presente na vida da maioria das mulheres. Ela se dá devido à cultura patriarcal que é incorporada por toda a sociedade, pois embora homens e mulheres nasçam iguais, a sociedade impõe papéis diferenciados para ambos os sexos, onde prevalece em todas as esferas, a superioridade dos homens sobre as mulheres (QUEIROZ & DINIZ, 2013).

A violência quando praticada contra a mulher, por ser uma questão de gênero, assume um diferente enfoque, uma vez que na maioria das vezes, o agressor é alguém do sexo masculino, seu parceiro ou cônjuge. Sendo assim, essa violência é resultado de relações de poder construídas ao longo da história pela desigualdade de gênero e consolidadas por uma ideologia patriarcal e machista (BEZERRA et al, 2012).

Dados atualizados do Mapa da Violência de 2015 indicam que o Brasil ocupa, atualmente, a quinta posição na incidência de homicídios de mulheres, num ranking mundial de 83 países. Entre 1980 e 2013 morreram num total de 106.093 mulheres, vítimas de homicídios (WAISELFIZ, 2015).

Segundo o Atlas da Violência (2019) houve um crescimento dos homicídios femininos no Brasil em 2017, com cerca de 13 assassinatos por dia. Ao todo, 4.936 mulheres foram mortas, o maior número registrado desde 2007.

Apesar das evidências apontarem dados que são tornados públicos através de registros, as violências cotidianas que ocorrem entre “quatro paredes”, no interior das famílias, nos espaços de trabalho, de estudo, nos consultórios e nas ruas tendem a ser silenciadas ou invisibilizadas. Grande parte da sociedade considera que a violência de

gênero é algo natural, que mulher é culpada pelo mal de que padece, interessando-se pelos fatos somente quando estes são veiculados como manchetes de jornais ou crônicas policiais. Portanto, explicitar as diferentes formas de violência, nomeá-las (o que não se nomeia não existe) e torná-las visíveis, propondo políticas públicas para o seu enfrentamento (LISBOA, 2014)

No Brasil, desde o período da abertura democrática nos anos 80, os movimentos feministas assumiram o protagonismo em mudanças que repercutiram de forma significativa nas lutas contra a chamada “violência de gênero”, atingindo as esferas governamentais, as legislações, as formas de representação de governos e a sociedade civil. A adesão de governos a esta vigorosa movimentação civil correspondeu à criação de conselhos, assessorias e coordenadorias, tanto em níveis locais quanto em nível nacional (MORAES & RIBEIRO, 2012).

Hoje, a análise de situações em que as políticas públicas se desenvolvem requer perspectivas que estejam muito além do enfoque clássico que prioriza resultados e processos. Devem ser consideradas as prescrições de novos papéis sociais e identidades que estão presentes nos momentos de decisão e formulação das políticas públicas, assim como compreender as respostas dos atores à internalização de ideias, valores, regras e normas que as sustentam. Por fim, considerar ainda a maneira como tais ideias e preceitos podem ser transformados nas situações e nos cenários das políticas públicas em que diferentes atores interagem (MORAES & RIBEIRO, 2012).

As primeiras conquistas do movimento feminista junto ao Estado para a implementação de políticas públicas voltadas ao combate à violência contra mulheres datam da década de 80. E com a criação da Secretaria de Políticas para Mulheres em 2003, as ações para o enfrentamento à violência contra as mulheres passam a ter um maior investimento e a política é ampliada no sentido de promover a criação de novos serviços: Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (DEAM), Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente (DEPCA), Conselho Tutelar (BRASIL, 2011).

As políticas públicas devem promover a integração dos diversos segmentos sociais, estimulando o diálogo e a reflexão entre os diferentes atores sociais e instituições que possam gerar estratégias preventivas, diagnósticas e terapêuticas, numa ampla rede de apoio social e comunitário (PINTO JUNIOR et al, 2012).

Os CRAM compõem a rede de atendimento às mulheres em situação de violência, balizada pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, do governo federal, dividida nos setores de Saúde, Justiça, Segurança Pública e Assistência Social. São equipamentos públicos específicos para o acolhimento/atendimento psicológico e social, orientação e encaminhamento jurídico para as mulheres em situação de violência, com o objetivo de fortalecer e resgatar sua cidadania (BRASIL, 2011).

A adoção de políticas públicas direcionadas ao atendimento das vítimas de violência não podem perder de vista a necessidade de se desenvolver políticas públicas educacionais e econômicas que contribuam para a diminuição das desigualdades sociais e de gênero, auxiliam na construção de relações mais igualitárias entre mulheres e homens (SANTOS, 2011).

Assim, o presente estudo faz parte da dissertação de mestrado que trata sobre ações de combate a violência contra a mulher e a promoção da sustentabilidade social. E nessa visão de sustentabilidade compartilhamos com a ideia de cultura de paz, visto que não basta sermos contra a violência, mas sermos a favor da paz e contribuir para que esta seja construída (NASCIMENTO & PETROLA, 2014).

O objetivo desse estudo foi conhecer as facilidades e/ou dificuldades dos profissionais que atuam no Centro de Referência de Atendimento a Mulher – CRAM de uma cidade do interior do Ceará, para o desenvolvimento das suas ações. O CRAM em questão possui uma equipe multiprofissional composta por assistente social, psicóloga, advogada e educadora social.

2 | METODOLOGIA

Os dados foram coletados no Centro de Referência de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência do município de Crato/CE, que faz parte da rede de assistência de mulheres vítimas de violência, no período de janeiro e fevereiro do ano de 2017.

O município do Crato/CE, localizado na Região Metropolitana do Cariri – RMC, conhecido por muitos como “Oásis do Sertão”, no extremo sul do estado do Ceará, a 560 Km da capital Fortaleza/CE é a segunda cidade mais importante do Cariri em termos econômicos e possui uma população de 121.428 habitantes (IBGE, 2019).

No município do Crato/CE encontramos uma Rede de Enfrentamento à violência contra a mulher articulada e composta por variados equipamentos que se propõem a oferecer assistência, dentre os quais podemos citar a Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), o Juizado Especializado da Mulher, o Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher Cratense (CMDMC), o Observatório de Violência Domiciliar e Familiar, a Secretaria de Trabalhadores Rurais, a Federação dos Trabalhadores Rurais, e os Movimentos Sociais de Mulheres.

Os Centros de Referência de Atendimento a Mulher são estruturas essenciais do programa de prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher, uma vez que visa promover a ruptura da situação de violência e a construção da cidadania por meio de ações globais e de atendimento interdisciplinar (psicológico, social, jurídico, de orientação e informação) à mulher em situação de violência. Devem exercer o papel de articuladores dos serviços organismos governamentais e não-governamentais que integram a rede de atendimento às mulheres em situação de vulnerabilidade social, em função da violência

de gênero (BRASIL, 2006).

O estudo foi do tipo exploratório descritivo por melhor atender aos objetivos propostos ao oferecer dados importantes sobre o tema em questão e descrever as características do objeto em estudo. Gil (2009) afirma que esse tipo de pesquisa tem o objetivo de proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de um determinado fato.

Para a obtenção dos dados, utilizamos como instrumento um roteiro de entrevista semi-estruturada com todos profissionais envolvidos no processo para que houvesse o direcionamento das perguntas a serem abordadas, obedecendo a um roteiro de questões a ser utilizado pelo pesquisador (MINAYO, 2014).

E em paralelo, foi realizada a observação não-participante onde o pesquisador entrou em contato com a realidade estudada sem integrar-se a ela, agindo como espectador com caráter sistemático (MARCONI & LAKATOS, 2010).

Posteriormente todas as falas foram transcritas na íntegra, e como forma de garantir o anonimato dos participantes atribuiu-se a cada um o nome de uma pedra preciosa, enfatizando assim a preciosidade dos dados coletados.

Em relação aos aspectos éticos para a realização da pesquisa foram consideradas as determinações contidas na Resolução N° 466/12 e a N° 510/16 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõem sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012) (BRASIL, 2016), proporcionando aos sujeitos a garantia do sigilo e da privacidade quanto aos dados obtidos, bem como a garantia de esclarecimentos acerca da pesquisa e/ou a liberdade de se recusar a participar do estudo.

Assim, submeteu-se o projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Regional do Cariri – URCA, para a apreciação do processo metodológico. O processo de número 1.889.662 foi deferido, com parecer aprovado para realização do estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diante da problemática tornou-se imprescindível estudar a violência contra as mulheres uma vez que é um fenômeno que tem suas raízes nas desigualdades de gênero, traduzidas em relações assimétricas de poder. Emergiu assim, a categoria temática – Facilidades e/ou Dificuldades dos profissionais do Centro de Referência de Atendimento a Mulher para o desenvolvimento das suas ações. Essa categoria teve seu embasamento nas falas e observações que também fizeram parte dos instrumentos de coleta de dados, conforme definido no processo metodológico.

Para Minayo (2006) é inegável que, a partir de 2001, as políticas de saúde voltadas à temática da violência tiveram importante avanço no que se refere à sua legitimação, por meio do lançamento de diversas portarias e normas técnicas, implementação e fortalecimento de sistemas de informação e da inclusão da discussão do tema em projetos

de áreas já tradicionais no Ministério da Saúde (MS); mas, por outro lado, há ainda uma grande distância entre teoria e prática e uma lentidão na concretização das ações para prevenção.

Diante da complexidade do fenômeno da violência contra a mulher e da estrutura e funcionalidade do Centro de Referência de Atendimento a Mulher, os profissionais apontaram algumas facilidades para o desenvolvimento de suas ações, as falas abaixo ilustram:

“[...] equipe multiprofissional capacitada e apta para trabalhar com essa temática...”
(RUBI)

“[...] a equipe tem que requer fazer acontecer !” (RUBI)

“Tudo fica mais fácil quando a equipe entende da problemática e do serviço para resolutividade nos casos.” (RUBI)

“Boa interação da equipe [...] o fato de sermos todas mulheres, e de nos colocarmos no lugar da vítima.” (CRISTAL)

“O bom relacionamento com a equipe [...] a existência de transporte [...]” (SAFIRA)

“Ter possibilidade de acompanhamento contínuo das vítimas [...]” (ESMERALDA)

“O equipamento tem uma equipe multidisciplinar [...] isso melhora o atendimento.”
(TOPÁZIO)

“O transporte que viabiliza o deslocamento dos profissionais até a residência das mulheres, e até para os outros equipamentos da rede.” (TOPÁZIO)

“[...] carro todos os dias é um avanço...” (AMETISTA)

“O Estado manda Unidade Móvel (ônibus) com cabines de atendimento para atendimento itinerante.” (AMETISTA)

Respaldo nas falas acima, e face à magnitude e o impacto da violência, ressalta-se a relevância da articulação intersetorial e a capacitação continuada dos profissionais, visando integrar a rotina do atendimento, para identificar precocemente, notificar os casos e efetivar o acompanhamento às vítimas e famílias.

Quanto ao processo de trabalho, observa-se a importância de um acolhimento adequado nos serviços. Promover a escuta qualificada, tentando captar aspectos que vão além da queixa manifesta, pode constituir-se em instrumento poderoso para a detecção precoce de situações de violência intrafamiliar ou de risco social. Neste aspecto, é fundamental estabelecer um bom vínculo e qualificar o tempo das consultas, das visitas domiciliares e dos demais procedimentos (ALVES & ROSA, 2013).

Por meio de estudo realizado por Bezerra et al (2012), apreende-se que a violência contra a mulher é um problema cuja solução depende de profissionais de diferentes campos de atuação, como também de uma efetiva mobilização de órgãos públicos e da sociedade civil, de tal forma que viabilizem a construção de ações e serviços, gerando novas atitudes de compromisso e colaboração em relação ao problema.

Estes fatores caminham juntos com a questão da intersetorialidade, que se efetiva a partir do compartilhamento destes conhecimentos sobre a realidade e da elaboração conjunta de um projeto de cuidados, que inclua a assistência às vítimas e, principalmente, a prevenção da ocorrência da violência (ALVES & ROSA, 2013).

A inovação trazida pela lei Maria da Penha está no fato de que define as políticas públicas a serem adotadas para o atendimento da vítima e a sua família, integrando uma rede de proteção social e regula a necessidade de capacitação dos profissionais que atuarão diretamente com as mulheres vítimas de agressões (SANTOS, 2011).

Os estudos que analisam a oferta de serviços das redes apontam problemas como a ausência de articulação entre os serviços, de ações compartilhadas, comunicação e interação entre os profissionais. A oferta dos serviços da rede precisa ser melhor divulgada, para que as mulheres possam buscar apoio (SILVA et al, 2015).

Os Centros de Referência de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência – de acordo com norma da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – são equipamentos da política pública de prevenção e enfrentamento à violência contra as mulheres, os quais se vinculam administrativamente ao órgão gestor das políticas para as mulheres do município onde estão localizados e têm como finalidade atender mulheres em situação de violência. São espaços de atendimento psicológico, social e jurídico. Eles devem exercer o papel de articulador das instituições e serviços governamentais e não governamentais que integram a Rede de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência (BRASIL, 2006).

Silva (2015) também fala que as práticas e posturas dos profissionais dos diversos setores são distintas e desagregadas, e essa configuração fragmentada da rede pode fragilizar a mulher quanto à busca pelo apoio institucional, fazendo com que ela enfrente a situação solitariamente.

Os profissionais também apontaram algumas dificuldades para o desenvolvimento das ações o Centro de Referência de Atendimento a Mulher, conforme ilustram as falas abaixo:

“[...] são muitas. A questão do fortalecimento da rede, das leis que são bem redigidas, mas na hora de efetivá-las a gente encontra muitas dificuldades [...] para que o trabalho seja eficaz e traga resultados positivos.” (RUBI)

“Falta de intersetorialidade; transferência de responsabilidade apenas para um órgão; a dificuldade de emporamento; os cursos precisam de licitação para serem realizados; a influência negativa da mídia em divulgar informações errôneas.” (CRISTAL)

“Ausência de segurança [...] principalmente para visitar as residências.” (SAFIRA)

“Dificuldade de encaminhamento para psicoterapia, no caso das vítimas que necessitam de acompanhamento a longo prazo.” (ESMERALDA)

“Mesmo as mulheres tendo conhecimento do crime, e mesmo depois de todas as orientações, e da formalização da denúncia [...] elas querem voltar atrás devido a

dependência emocional e financeira do agressor ou por se auto-cobram por não destruírem a família.” (TOPÁZIO)

Consideramos que as dificuldades apontadas pelos profissionais, conforme discutido anteriormente, esbarram na fragmentação da rede de enfrentamento a violência, onde observamos a fragilidade da rede, a falta de intersectorialidade, e as dificuldades de encaminhamento dentro da própria rede.

As ações poderiam ser mais significativas se os serviços públicos que atendem essas mulheres não fossem pontuais, frágeis e incipientes, além do que, apesar de alguns avanços falta uma integração mais incisiva entre serviços nas áreas de saúde, segurança, educação, assistência social, cultura e justiça, que possam potencializar para que as mulheres rompam verdadeiramente com o ciclo da violência (QUEIROZ & DINIZ, 2013).

Frente às dificuldades apontadas, estudo realizado por Queiroz & Diniz (2013), mostra que a maioria dos agentes policiais, sobretudo do sexo masculino, ainda não está apta a compreender a dinâmica destes atos violentos. De maneira geral os profissionais têm dificuldade em lidar com fenômenos dessa natureza por estarem inseridos na mesma estrutura social e cultural de relações e de simbolizações entre os gêneros, origem de variados tipos de violência contra as mulheres.

O enfrentamento às situações de violência doméstica necessita, entretanto, de uma abordagem intersectorial e que pressupõe em sua construção uma micropolítica própria, com a participação de outros atores e saberes na composição do cuidado (MOREIRA, 2014).

Por conseguinte, a redução da violência contra a mulher exige compromisso intersectorial por parte dos governantes e da sociedade, para que se estabeleça uma cultura de paz e atendimento humanizado em todas as faixas etárias, com destaque para crianças e idosas, que apresentam maior vulnerabilidade (LEITE et al, 2014).

Esse tipo de violência adoece não só as mulheres, como também toda a família, resultando em sérias implicações no processo de desenvolvimento psicossocial e no aumento da demanda nos serviços sociais e de saúde. Devido à complexidade do fenômeno, que resultam em diferentes necessidades e demandas, torna-se imprescindível a intersectorialidade no sentido de intervir na problemática (GOMES et al, 2012).

O estudo também evidenciou a necessidade de construção de ações intersectoriais e interdisciplinares como via privilegiada de enfrentamento do problema. As mudanças culturais e subjetivas devem ser o objetivo central e o eixo norteador de todas as ações desenvolvidas, tendo em vista que a pesquisa apontou a promoção da cidadania e a mudança de valores e atitudes como algumas das formas mais defendidas de enfrentamento da violência (ALVES & ROSA, 2013).

Pesquisadores ressaltam que, atuando isoladamente, um único serviço não é capaz de dar resposta satisfatória ao complexo fenômeno e defende que o trabalho em rede,

devido à articulação de recursos e serviços, promove uma abordagem multiprofissional e interinstitucional essencial para o enfrentamento da problemática. Logo, o trabalho em rede se desvela como estratégia de enfrentamento e prevenção da violência contra a mulher (GOMES et al, 2012).

Isso posto, salienta-se que o caráter maleável da rede implica na revisão permanente dos serviços, de seu funcionamento e do fluxograma estabelecido para atender as mulheres, tendo em vista as peculiaridades dos casos. Nesse sentido, reforça-se que não há uma ordem de entrada e encaminhamentos, nem uma gerência exclusiva, nem porta de entrada e fluxos imutáveis (SILVA et al, 2015).

A articulação intersetorial requer uma dinâmica de trabalho que valorize e favoreça tal processo, o que exige recursos humanos não sobrecarregados e conhecedores de outros serviços, de suas competências e do papel da rede no enfrentamento da violência (GOMES et al, 2012).

Embora se reconheça que cada mulher terá uma trajetória própria para sair da situação de violência, na perspectiva de um trabalho em rede, criar um protocolo e um fluxo definido fornece aos profissionais condições mais seguras para atuarem e determina a prática assistencial como interinstitucional. A rede intersetorial de serviços à mulher em situação de violência precisa ser construída e fortalecida, para que seja acessada em qualquer ponto e tenha um seguimento com a participação dos envolvidos na rede de forma articulada, dialogada e comprometida institucionalmente (SILVA et al, 2015).

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo que tem raízes na desigualdade de gênero, apresentando repercussões na vida de quem a vivencia, sendo de grande importância a articulação dos serviços em rede a fim de viabilizar o processo de enfrentamento do fenômeno (GOMES et al, 2012).

Para Silva (2015) a existência de um conjunto de serviços distintos que acolham a mulher em situação de violência, e com atuação de acordo com suas competências, sem o reconhecimento entre eles, não garante ações que reforcem a saída da mulher da situação de violência. É preciso instituir um diálogo entre as instituições que compõem a rede com maior poder de comunicação entre os profissionais para construir projetos assistenciais compartilhados.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo proporcionou o contato da pesquisadora com o universo da problemática da violência contra a mulher, e permitiu que os objetivos do estudo fossem alcançados. Trouxe a compreensão do quanto é complexo adentrar na intimidade das mulheres vitimadas. E apresentou como opção mais viável a compreensão deste processo de violência na visão dos profissionais que prestam assistência a estas mulheres.

Os encontros também permitiram uma análise das limitações dos serviços, sobretudo

para a identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência, e no desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de ruptura do ciclo de violência.

Do conteúdo dos discursos, observamos que existem angústias relacionadas à dinâmica de trabalho que acabam não sendo relevadas por medo dos profissionais.

Uma grande fragilidade identificada, que talvez justifique esse medo, seria a instabilidade dos cargos ocupados. Onde identificamos que os profissionais mantêm vínculos temporários com o órgão, e que esta ausência de estabilidade laboral deixa os profissionais vulneráveis e temerosos de emitirem julgamentos sobre a real percepção das facilidades e dificuldades para o desenvolvimento das ações.

Estes fatos lançam como contribuição a indicação de que a rede de enfrentamento a violência contra mulheres do Crato/CE seja fortalecida, e de que o serviço do CRAM, assim como dos demais segmentos seja melhor divulgado e que possam ser criados fluxos onde as mulheres visualizem claramente o funcionamento desta rede.

Dessa maneira, verificamos a necessidade de ampliação de literatura que traga discussões que entrelacem a sustentabilidade social e a violência contra a mulher, que atravessem questões sociais, culturais, de justiça e equidade, de empoderamento, e de ações de visem a melhoria da qualidade de vida social.

REFERÊNCIAS

ALVES, R.B.; ROSA, E.M. **Prevenção da violência na adolescência**: propostas existentes no Brasil e as possibilidades de atuação na saúde pública. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 45-60, jul/set 2013.

BEZERRA, I.M.P. [et al]. **Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família frente à violência conjugal**: analisando o processo de trabalho em saúde. *Sau. & Transf. Soc.*, ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.3, n.2, p.67-74, 2012.

BRASIL. **Norma Técnica de Uniformização Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres Presidência da República. Brasília 2006.

_____. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. Brasília, 2011.

_____. **Lei Maria da Penha Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Conheça a lei que protege as mulheres da violência doméstica e familiar. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República Brasília, 2012.

_____. **Resolução Nº 466/12**. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, 2012.

_____. **Atlas da violência 2019**. Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Indicadores de Desenvolvimento Sustentável**. Rio de Janeiro, 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo –SP: Atlas, 2009.

GOMES, N.P. [et al]. **Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, abr/jun; 20(2):173-8. 2012.

LEITE, M.T. de S. [et al]. **Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 22(1):85-92, jan.-fev. 2014.

LISBOA, T.K. **Violência de Gênero, Políticas Públicas para o seu enfrentamento e o papel do Serviço Social**. TEMPORALIS. Brasília (DF), ano 14, n. 27, p. 33-56, jan./jun. 2014.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MINAYO, M.C.S. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros**. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Orgs). **Impacto da violência na saúde dos Brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAES, A.; RIBEIRO, L. **As políticas de combate à violência contra a mulher no Brasil e a “responsabilização” dos “homens autores de violência”**. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana ISSN 1984-6487 / n.11 - ago. 2012 - pp.37-58. 2012.

MOREIRA, T. das N.F. [et al]. **A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família**. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, p.814-827, 2014.

PINTO JUNIOR, A. [et al]. **Capacitação de profissionais de saúde na área da violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Dourados/MS**. Rev. Ciênc. Ext. v.8, n.2, p.77-88, 2012.

SANTOS, I.A. **Violência de gênero e políticas públicas: os avanços sociais no atendimento das vítimas de violência doméstica em Cuiabá**. V Jornada Internacional de Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão, 2011.

SILVA, E.B. da; PADOIN, S.M. de M.; VIANNA, L.A.C. **Mulher em situação de violência: limites da assistência**. Ciência & Saúde Coletiva, 20(1):249-258, 2015.

QUEIROZ, F.M. de; DINIZ, M.I. **Desafios à implementação de políticas públicas para as mulheres em situação de violência**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (anais eletrônicos), Florianópolis, 2013.

OCORRÊNCIA DE VULVOVAGINITES EM GESTANTES ATENDIDAS NO PRÉ-NATAL

Data de aceite: 05/06/2020

Rhanye de Moura Cardoso

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA, CAXIAS – MA
Enfermeira, Especialista em Saúde Pública e Docência do Ensino Superior–FAEME.

Ana Carla Marque da Costa

Doutorado em Biologia Celular e Moléculas Aplicada à Saúde pela Universidade Luterana do Brasil.

Mestrado Profissional em Genética e Toxicologia Aplicada pela Universidade Luterana do Brasil.

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Estadual do Maranhão–UEMA, CAXIAS–MA.

Bentinelis Braga da Conceição

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA, CAXIAS – MA.
Enfermeira, Especialista em Saúde Pública e Docência do Ensino Superior–FAEME.

Fernanda Lima de Araújo

Centro Universitário Estácio do Ceará-FORTALEZA-CE.

Monyka Brito Lima dos Santos

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA, Curso de Enfermagem, CAXIAS – MA.

Antônia Rodrigues de Araújo

Universidade Estadual do Piauí–UESPI, FLORIANO–PI.

Enfermeira, Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Piauí– UFPI, Campos Floriano.

Luzia Maria Rodrigues de Carvalho

Faculdade do Médio Parnaíba- FAMEP, Curso de Enfermagem, TERESINA–PI

Mariana Teixeira da Silva

Universidade Federal do Piauí – UFPI, PICOS–PI.
Especialista em Saúde Coletiva e Vigilância Sanitária.

Anielson de Souza Costa

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA, CAXIAS – MA
Enfermeiro, Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP.

Janete Brasil Torres

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA, CAXIAS – MA
Enfermeira, Especialista em Unidade de Terapia Intensiva.
Residente em Obstetrícia, HU–UFMA

Barbara Maria Rodrigues dos Santos

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí–UFPI, TERESINA–PI.

Rosa Alves de Macêdo

Centro Universitário UNINOVAFAPI, TERESINA–PI.
Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Acaraú, SOBRAL–CE.

Rosalina Ribeiro Pinto

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – UNIFACEMA, CAXIAS – MA

RESUMO: OBJETIVOS: avaliar a ocorrência de vulvovaginites em gestantes, traçar o perfil socioeconômico das gestantes, percentuar a ocorrência sinais e sintomas de vulvovaginite nas gestantes e elaborar uma cartilha informativa, para as mesmas, sobre as vulvovaginites. METODOLOGIA: realizada nas UBS do município de Caxias- MA com 111 gestantes por meio de um questionário semi- estruturado, com perguntas diretas do tipo fechadas, respeitando todos os preceitos éticos e anonimato das participantes de acordo com a assinatura do TCLE e TALE. RESULTADOS: A maioria das gestantes entrevistadas eram pardas, com idade entre 20- 34 anos (64,9%), encontravam-se em situação marital estável (38,9%), com escolaridade ensino fundamental incompleto (72,2%), não trabalhavam fora do lar (72,2%) e aproximadamente 60% delas tinham renda familiar de menor/igual a um salário mínimo. Dos fatores de risco para vulvovaginite destacaram- se a relação sexual desprotegida (63,9%), uso de álcool (26,4%), tabaco (9,7%) e paridade. Do perfil clínico/ sintomatológico das gestantes destacaram-se corrimento vaginal, dor ao urinar, dor nas relações sexuais e odor fétido. CONCLUSÃO: Em visto a tudo que foi exposto e aos objetivos traçados foi possível avaliar o perfil socioeconômico das gestantes, percentual os sinais e sintomas de vulvovaginites por elas apresentados e elaborar uma cartilha informativa para as gestantes sobre as vulvovaginites.

PALAVRAS- CHAVE: Vaginose Bacteriana, gravidez, cuidados de enfermagem, Candidíase, Tricomoníase.

OCCURRENCE OF VULVOVAGINITES IN PRE-CHRISTMAS

ABSTRACT: OBJECTIVE: to evaluate the vulvovaginites occurrence in pregnant women, to draw the pregnant women's socioeconomic profile, percentuar the occurrence signs and vulvovaginite symptoms in the pregnant women and to elaborate an informative spelling book, for the same ones, on the vulvovaginites. METHODOLOGY: carried out in the UBS of the city of Caxias-MA with 111 pregnant women through a semi-structured questionnaire, with direct closed questions, respecting all the ethical precepts and anonymity of the participants according to the signing of the TCLE and TALE. RESULTS: The pregnant interviewees majority was brown, they had age group of age among 20 - 34 years (64,9%), they were in stable (38,9%) marital situation, with education incomplete (72,2%) fundamental teaching, they didn't work out of the home (72,2%) and approximately 60% of them had minor's / equal family income to a minimum wage. Of the risk factors for vulvovaginite highlighted - if the failed to protect (63,9%) sexual relationship, use of alcohol (26,4%), tobacco (9,7%) and parity. Of the profile I practice medicine / the pregnant women's sintomatológico stood out vaginal running, pain when urinating, pain in the sexual relationships and fetid odor. CONCLUSION: In visa to everything that was exposed and to the objectives plans it was possible to evaluate the pregnant women's socioeconomic profile, percentile the signs and vulvovaginites symptoms for them presented and to elaborate an informative spelling book for the pregnant women on the vulvovaginites.

KEYWORDS: Bacterial Vaginosis, pregnancy, nursing care, Candidiasis, Trichomoniasis.

1 | INTRODUÇÃO

As infecções do trato reprodutivo, dentre elas as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), estão entre os problemas mundiais de saúde pública, em especial nos países em desenvolvimento, resultantes da precariedade dos serviços de saúde destinados a prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento dessas doenças. Apesar da significativa influência dessas infecções sobre a saúde humana, as informações disponíveis ainda são restritas na maior parte dos países, o que dificulta a implementação de programas efetivos (PEDROSA et al., 2011).

Em todo o mundo, as IST são a segunda causa de maior procura por atendimento nos serviços de saúde, perdendo apenas para o trauma. Sua prevalência em cada país varia de acordo com as características da população (HAY; UGWUMADU, 2009). Especificamente no Brasil, a determinação da incidência das IST é comprometida pela escassez de dados epidemiológicos e a subnotificação, impossibilitando uma avaliação epidemiológica mais acurada (PICCININI, 2012).

Segundo Berek e Novak (2008) toda mulher, independente de idade ou prenhez, tem fluxo vaginal de secreções, no entanto nem todo fluxo vaginal é um corrimento vaginal. O corrimento caracteriza algo patológico, estado que compreende um distúrbio da flora vaginal fisiológica.

A vulvovaginite é um processo inflamatório que acomete o trato genital inferior feminino. Em outras palavras envolve a vulva, as paredes vaginais e o epitélio escamoso estratificado do colo do útero. Aqui um conceito pode ser confundido: a colpíte. A única diferença é que a vulvovaginite pode acometer a vulva, já a colpíte não. As pacientes geralmente queixam-se de fluxo vaginal aumentado, prurido, irritação, ardência, desconforto e odor desagradável (BEREK, 2008).

Na gestação, algumas alterações no trato genital inferior próprias desse período, como a hipertrofia das paredes vaginais, o aumento do fluxo sanguíneo e da temperatura, o aumento da imunidade não específica e do potencial Hidrogeniônico (pH) vaginal, apesar de terem função protetora sobre útero, gravidez e feto, podem predispor à aquisição de infecções vaginais, requerendo uma atenção especial no período pré-natal de baixo risco, com a finalidade de esclarecer as alterações da flora vaginal e prevenir a transmissão vertical (ALESSI, 2010; GONDO, 2007).

As vulvovaginites em gestantes estão relacionadas com inúmeras complicações perinatais como: prematuridade, rotura precoce de membranas ovulares, corioamnionite, infecção placentária, infecção pós cesariana e até mesmo colonização do recém nato. Assim, o estudo teve como objetivos, avaliar a ocorrência de vulvovaginites em gestantes.

2 | METODOLOGIA

Pesquisa de natureza aplicada, descritiva- exploratória, de campo com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado na cidade de Caxias (MA), localizada na mesorregião do leste maranhense. Este município conta com uma rede de Equipe de Saúde da Família (ESF) formada por 53 equipes de saúde, distribuída entre 32 Unidades Básicas de Saúde, sendo 21 na zona urbana e 11 na zona rural. Para tanto, esta pesquisa foi realizada em 5 (cinco) UBS's da zona urbana do município.

O estudo utilizou como número amostral 111 gestantes. Estas foram abordadas via referenciamento e triagem a partir das consultas de rotina de Enfermagem no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde de Caxias-MA. Para coleta de dados clínicos e do perfil socioeconômico dessas gestantes foram realizadas entrevistas, coletadas através de questionários simples com perguntas diretas do tipo fechadas com gestantes maiores e menores de idade. Onde foram coletados dados sobre o perfil socioeconômico das gestantes, bem como seus hábitos de vida, antecedentes pessoais, paridade, quantidade de gestações e perfil clínico/sintomatológico, focando na abordagem sindrômica.

Para processamento dos dados e análise estatística foi utilizado o programa Microsoft Office Excel, versão 2011. Os dados foram tabulados e dispostos em gráficos e tabelas como forma de dinamizar a apresentação das informações.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do CESC-UEMA sob protocolo. Respeitando a assinatura dos termos de consentimento e assentimento livre e esclarecido (TCLE e TALE).

3 | RESULTADO

Na Tabela-1 fica evidenciado que a grande maioria das mulheres gestantes entrevistadas tinham faixa etária de idade entre 20- 34 anos (64,9%) as quais a maioria viviam em situação conjugal união estável (38,9%) e solteira (32%), da variável escolaridade 72,2% das entrevistadas tinham ensino < 8ª série, 59,8 % renda familiar ≤ um salário mínimo, 50% autodeclaravam se pardas, 72,2% das entrevistadas não trabalhavam fora do lar e a ocupação do chefe da família de 61,1% eram trabalhos de mão de obra manual não qualificada.

VARIAVEIS	<15 ANOS N° 1	% 0,9	15-19 ANOS N° 29	% 26,1	20-34 ANOS N° 72	% 64,9	35-39 ANOS N° 5	% 4,5	40-44 ANOS N°4	% 3,6	TOTAL 100%
Situação Conjugal:											
Casada	-	-	8	27,6%	12	16,6	1	20%	4	100%	
Solteira	-	-	2	6,8%	23	32%	-	-	-	-	
Separada	-	-	-	-	9	12,5%	-	-	-	-	
Estável	1	100%	19	65,6%	28	38,9%	4	80%	-	-	
Viúva	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Escolaridade:											
< 8°	-	-	-	-	52	72,2%	2	40%	1	25%	
≥ 8°	1	100%	29	100%	20	27,8%	3	60%	3	75%	
Renda Familiar											
≤ Um	1	100%	1	3,5%	43	59,8%	4	80%	3	75%	
Dois	-	-	28	96,5%	26	36,1%	1	20%	1	25%	
Três	-	-	-	-	3	4,1%	-	-	-	-	
Quatro ou mais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Raça/Cor:											
Branca	-	-	-	-	2	2,8%	3	60%	3	75%	
Preta	1	100%	6	20,6%	20	27,8	1	20%	1	25%	111
Parda	-	-	23	79,4%	36	50%	1	20%	-	-	
Amarela	-	-	-	-	14	19,4%	-	-	-	-	
Indígena	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Trabalha Fora do Lar:-											
Sim	1	100%	15	51,7%	20	27,8%	2	40%	3	75%	
Não	-	-	14	48,3%	52	72,2%	3	60%	1	25%	
Ocupação do chefe da família:											
Não manual	1	100%	-	-	7	9,7%	-	-	-	-	
Manual qualificado e semiquificada	-	-	10	34,5%	15	20,9%	2	40%	-	-	
Manual não qualificada	-	-	19	65,5%	44	61,1%	3	60%	4	100%	
Desempregado	-	-	-	-	6	8,3%	-	-	-	-	

Tabela-1 Fatores de risco para prevalência de vulvovaginite de acordo com fatores socioeconômicos das gestantes (n° 111), nas diferentes faixas etárias, Caxias- MA. 2016. Análise Bivariada.

Fonte: direto da pesquisa.

A Tabela-2 representa os fatores de risco para vulvovaginite de acordo com a relação dos hábitos de vida e faixa etária, na qual 100% das gestantes com idade entre 15-19 anos tinham apenas 1 (um) parceiro sexual, 51,7% já fizeram uso de ACO (anticoncepcional oral), 72,4% referiram não realizar coito desprotegido, 82,8% disseram não fazer uso de álcool, 79,3% disseram não usar tabaco e 100% não faziam uso de outras medicações, não tinham hábitos de higiene insalubre, nem contatos com substâncias. Em relação as gestantes com faixa de idade entre 20-34 anos, 83,1% referiam ter apenas um parceiro sexual, 75% não faziam uso de ACO (anticoncepcional oral), 63,9% realizavam coito desprotegido, 26,4% faziam uso de álcool, 9,7% usavam tabaco, 29,1% faziam uso de

outras medicações e 13,9% tinham hábitos de higiene insalubres.

VARIAVEIS	<15 ANOS N° 1	% 0,9	15-19 ANOS N° 29	% 26,1	20-34 ANOS N° 72	% 64,9	35-39 ANOS N° 5	% 4,5	40-44 ANOS N° 4	% 3,6
Parceiros sexuais										
1	1	100	29	100	67	93,1	5	100	4	100
2 ou mais	-	-	-	-	5	6,9	-	-	-	-
Uso de ACO										
Sim	-	-	15	51,7	18	25	1	20	2	50
Não	1	100	14	48,3	54	75	4	80	2	50
Coito desprotegido										
Sim	-	-	8	27,6	46	63,9	2	40	-	-
Não	1	100	21	72,4	26	36,1	3	60	4	100
Uso de álcool										
Sim	-	-	5	17,2	19	26,4	-	-	-	-
Não	1	100	24	82,8	53	73,6	5	100	4	100
Uso de tabaco										
Sim	-	-	6	20,7	7	9,7	-	-	-	-
Não	1	100	23	79,3	65	90,3	5	100	4	100
Uso de medicação										
Sim	-	-	-	-	21	29,1	1	20	1	25
Não	1	100	29	100	71	89,9	4	80	3	75
Hábitos de higiene insalubre										
Sim	-	-	-	-	10	13,9	-	-	-	-
Não	1	100	29	100	62	86,1	5	100	4	100
Uso de desodorante íntimo										
Sim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
Não	1	100	29	100	72	100	5	100	4	-

Tabela- 2 Caracterização dos fatores que podem contribuir para o aparecimento de vulvovaginite nas gestantes (n°111), nas diferentes faixa etárias, Caxias- MA. 2016. Análise Bivariada.

Fonte: direto da pesquisa

A Tabela-3 relaciona o perfil clínico das gestantes com seus níveis de escolaridade, na qual o corrimento vaginal teve maior prevalência (65,7%) dentre os sinais e sintomas nela dispostos e no que tange a escolaridade, a maioria das gestantes que tinham esse sintoma 84,9% tinham ensino $\geq 8^a$ série. Outro sintoma que apresentou quantidade significativa no estudo foi a dispareunia sendo relatado por 33,3% das entrevistadas, das quais maioria (83,7%) tinham ensino $\geq 8^a$ série. Odor fétido e prurido vaginal foi relatado por uma quantidade equivalente de mulheres (32,4%), no entanto 100% das que apresentavam odor fétido tinham escolaridade $\geq 8^a$ série, já das que apresentavam prurido vaginal uma quantidade menor, 77,8%, tinham escolaridade $\geq 8^a$ série.

VARIAVEIS	Nº TOTAL	%	ALFABETIZADA	≥8ª	%	<8ª	%
Prurido Vaginal	36	32,4%	111	8	22,2%	28	77,8%
Queimação Vaginal	21	18,9%		1	4,7%	20	95,2%
Disúria	15	13,5%		1	6,6%	14	93,3%
Leucorréia	73	65,7%		11	15,1%	62	84,9%
Dispareunia	37	33,3%		6	16,2%	31	83,7%
Odor Fétido	36	32,4%		-	-	36	100%
Hiperemia Vulvar	7	6,3%		-	-	7	100%
Edema Vulvar	7	6,3%		1	14,2%	6	85,7%
Fissura	25	22,5%		9	36%	16	64%

Tabela-3 Caracterização das gestantes (nº111) com manifestações clínicas de vulvovaginites nas diferentes escolaridades. Caxias- MA. 2016.

Fonte: direto da pesquisa.

A Tabela-4 representa as manifestações clínicas das gestantes de acordo com a faixa etária, das quais a faixa de 15-19 anos teve maior prevalência de corrimento (28,7%), odor fétido (55,5%), dispareunia (45,9%) bem como prurido vaginal (33,3%). Na faixa de 20-34 anos tiveram maior prevalência fissura/coçadura, corrimento, prurido vaginal e dispareunia com porcentagem de 84%, 64,8%, 55,5% e 54,1% respectivamente.

VARIAVEIS	<15 ANOS Nº 1	% 0,9	15-19 ANOS Nº 29	% 26,1	20-34 ANOS Nº 72	% 64,9	35-39 ANOS Nº 5	% 4,5	40-44 ANOS Nº 4	% 3,6
Prurido Vaginal	-	-	12	33,3	20	55,5	3	8,3	1	2,7
Queimação Vaginal	-	-	3	14,2	17	80,9	1	4,7	-	-
Disúria	-	-	2	13,3	11	73,3	1	6,6	1	6,6
Corrimento	-	-	21	28,7	47	64,8	3	4,1	1	1,3
Dispareunia	-	-	17	45,9	20	54,1	-	-	-	-
Odor Fétido	-	-	20	55,5	15	41,6	1	2,7	-	-
Hiperemia Vulvar	-	-	2	28,5	5	71,4	-	-	-	-
Edema Vulvar	-	-	2	2,5	5	71,4	-	-	-	-
Fissura/Coçadura	-	-	2	8	21	84	2	8	-	-
Nenhuma	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabela-4 Distribuição de vulvovaginites em gestantes (nº111), de acordo as manifestações clínicas (sinais e sintomas) nas diferentes faixas etárias. Caxias- MA. 2016.

Fonte: direto da pesquisa.

O Gráfico-2 ilustra a quantidade de gestações das entrevistadas, incluindo o total de partos e abortos, no qual a maioria tiveram entre dois (27,93%) e três filhos (27,93%) e que 6,41% tiveram cinco ou mais gestações.

Gráfico- 2 Análise do histórico gestacional das mulheres entrevistadas. Caxias- MA. 2016.



Fonte: direto da pesquisa.

4 | DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica realizada nas pesquisas científicas deve-se à importância de conhecer a influência que as peculiaridades que cada população pode exercer em relação as condições de vida, acesso à informação, hábitos e antecedentes pessoais. A investigação sobre as características da população de interesse auxilia a construção de conhecimento sobre seus possíveis impactos na saúde (PEDROSA, 2011; MENEZES, 2012).

Neste estudo, as gestantes encontravam-se majoritariamente na faixa etária adulta jovem, período recomendado para gestar. No entanto, apresentavam fatores de risco como situação conjugal solteira ou estável, ensino fundamental incompleto e renda menor que um salário mínimo.

Uma pesquisa feita por Milhomens e colaboradores em 2014, com gestantes de São Luis- MA revelou que apesar de encontrarem-se com predominância de 50% entre as entrevistadas na faixa etária de 30 a 34 anos, o referido estudo identificou que 73,4% das pacientes possuem renda familiar de 1 salário mínimo o que corrobora com este estudo, divergindo com os dados da pesquisa do mesmo autor, que mostrou que 53,3% das entrevistadas eram casadas este estudo mostrou que a maioria das mulheres viviam em situação marital estável.

Um estudo realizado por Pedrosa e colaboradores em 2011, com 29 gestantes de Campo Grande- MS, revelou que 93,5% das entrevistadas mantinham relação conjugal estável, corroborando para este estudo o qual a maioria das gestantes da faixa etária de 15-19 anos, mantinham relação conjugal estável com percentual de 65,6%, bem como as de 20-34 anos com 38,9%.

Para Leite (2010), se tratando do estado civil, há concordância de alguns autores, que o maior risco de aquisição de vulvovaginites refere-se à mulher solteira, ocorrendo assim uma maior troca de parceiros sexuais, em relação as mulheres que são comprometidas e que mantêm relacionamentos sérios e duradouros.

Considerando-se a diversidade étnica e social um estudo internacional realizado por Fang em uma província da China em 2007 revela a relação entre a prevalência da

doença ou suscetibilidade à sua ocorrência e a etnia (cor da pele) das pacientes. Apesar de a maioria das mulheres terem autodeclarado-se pardas neste estudo à entrevista, foi possível perceber que as entrevistadas mesmo sendo da etnia preta ou branca, demonstrando um certo constrangimento com essa indagação.

Por Rodrigues (2013), em estudo realizado em Juiz de Fora- MG com metodologia semelhante a desse estudo, no que tange a raça/cor das participantes, ficou evidenciado que 79,7% das entrevistadas eram brancas, contrastando os resultados desta pesquisa, uma vez que ao autodeclararem-se pardas, elas não assumem uma cor de pele propriamente dita (preta, branca, amarela), isso pode se dar devido ao receio de sofrer preconceito, algumas das delas demonstravam não saber o que designa o termo pardo e mesmo assim, quando indagadas da certeza elas afirmavam que sim.

No que tange a escolaridade de acordo com Travassos e colaboradores em estudo realizado em Botucatu- SP com 353 mulheres em 2007, a proporção de ir em busca de serviços de saúde é mais intensa em pessoas com um certo nível de escolaridade, pois têm melhor percepção dos benefícios que um tratamento efetuado de maneira adequada trará a sua saúde, dessa forma os dados deste estudo à escolaridade que mostrou um percentual de 72,2% informaram não ter concluído o 1º grau, pode ser considerado um fator de risco para vulvovaginite em gestantes.

Para Molina (2006) o grau de escolaridade está relacionado não somente no fazer ou no controle pré-natal, mas também ao início prematuro do pré-natal e ao total de consultas realizadas, dessa forma, as mulheres com maior grau de escolaridade possuem melhores oportunidades de informação.

Trabalhos realizados por Rosa em 2012 revelaram que os anos de estudo não foram considerados como fator de risco para vulvovaginites. No entanto a falta de informação gerada pela falta de escolaridade, pode sim ser um fator contribuinte. O que corrobora para este estudo, uma vez que as mulheres com maior incidência de sintomas de vulvovaginites eram as que tinham menor escolaridade, isso pode se dar devido a maioria das gestantes já terem outros filhos e provavelmente terem engravidado a primeira vez em idade escolar.

Outra pesquisa feita por Andrade e seus colaboradores em João Pessoa – PB no ano de 2014 com 514 prontuários verificou-se que todos os agentes microbiológicos que causam vulvovaginites, foram mais prevalentes na faixa etária de 25-34 anos, por conseguinte sendo semelhante aos achados desse estudo.

De acordo com Fonseca e colaboradores realizado em uma localidade urbana no sul do Brasil em 2008, o corrimento vaginal é uma das queixas mais constantes no período de gestação, principalmente aquelas mulheres que apresentam faixa etária inferior a 20 anos a 25 anos, estando assim em concordância com estes estudo, isso pode se dar devido a essa ser uma fase em que as mulheres estão com vida sexual ativa, apesar da coitarca está ocorrendo cada vez mais cedo nos dias de hoje e de algumas vulvovaginites não serem somente transmitidas por contato sexual, pois existem relatos de que mulheres

sem vida sexual ativa também podem ser afetadas por esta patologias.

No tocante à renda familiar, um estudo realizado no Rio de Janeiro em 2006 revelou prevalência de 47% de corrimento vaginal, em gestante de baixa renda, do qual obteve presença de corrimento com menos prurido, disúria, dispareunia ou odor fétido e cor não branca, fora encontrado com prevalência de 52%.

Estudos realizados por Bankar e seus colaboradores na Índia com 200 mulheres em 2012 revelou que fatores predisponentes mais comuns associados com as vulvovaginites são gravidez, uso de contraceptivos, terapia antimicrobiana, atividade sexual desprotegida e higiene sexual contribuindo assim para este estudo o qual relaciona às vulvovaginites aos mesmos fatores.

A gestação torna-se um fator de risco para as gestantes, devido as alterações próprias deste período as quais podemos relacionar como umas das principais a baixa da imunidade, alterações da temperatura basal e hipertrofia das estruturas vaginais, o que contribui para uma mudança na proliferação dos microrganismos ali presentes caracterizando uma exacerbação da secreção vaginal, que dependendo do agente patológico, pode trazer outras alterações ainda mais incomodas para as pacientes.

Para Patel (2006) a transmissão sexual também depende da frequência e a periodicidade da relação sexual, pobre higiene sexual, relação sexual desprotegida e não só pelos múltiplos parceiros sexuais, acordando com o presente estudo que revelou que a maioria das mulheres mantem situação conjugal estável o que minimiza os riscos delas manterem relação sexual com vários parceiros.

Segundo Davidson (2009) o efeito de contraceptivos em predisposição para as doenças vulvovaginal é mal compreendida e tem evidências conflitantes de suporte. Em um estudo feito por Barbone (2008) com 25 mulheres com vida sexual ativa, observou aproximadamente 15% das mulheres com candidíase estavam a tomar contraceptivos orais. Elevado teor de estrogénios nos contraceptivos orais podem ser um dos fatores de predisposição como estrogénio facilita a aderência da levedura ao epitélio vaginal.

O prurido, considerado o principal sintoma, exacerba-se mais à noite devido ao calor local, mas, apesar de ser muito frequente, também pode estar presente em outras patologias ginecológicas (PULTZ, 2010). Esse foi o segundo principal sintoma relatado neste estudo, como observado por outros autores, o primeiro foi o corrimento vaginal (leucorréia), relatado como sendo a principal queixa feita pelas pacientes, isso pode ter ocorrido devido ao desconforto causado por essa exacerbação de secreção na região íntima.

Uma pesquisa realizada por Bankar e demais autores em 2006 com 77 mulheres mostrou que os sinais e sintomas clínicos registrados e manifestados com maior ou menor intensidade foram prurido, corrimento, disúria, eritema e ardência, com predominância de corrimento e prurido quase sempre persistentes nos diversos episódios, que ocorrem mais em mulheres com idade reprodutiva, convergindo assim com os resultados do presente

estudo que observou maior incidência de leucorréia, prurido vaginal, dispareunia e odor fétido em mulheres com idade entre 20 e 34 anos.

Prurido e corrimento têm sido as manifestações clínicas mais observadas nas vaginites fúngicas (RODRIGUES, 2009). Estudos realizados por Esim em 2010 foi observado que as mulheres apresentavam, corrimento branco ou branco-amarelado (100%) e prurido (97,5%) foram as queixas mais frequentes, seguidas de eritema, edema, ardência e disúria, sendo mais acentuados no período pós-relações sexuais, esses resultados coincidem com os deste estudo pois a maioria das mulheres apresentavam características clínicas/ sintomatológicas semelhantes, isso pode estar associado as características sociodemográfica relativas as condições de moradia, uma vez que a maioria das gestantes eram de baixa renda, hábitos de vida que favoreçam a proliferação destes microrganismos, como hábitos de higiene insalubres e atividade sexual desprotegida.

Cabe assinalar que os referidos sintomas provocados por afecções vaginais, podem prejudicar a dinâmica sexual do casal. Nesse aspecto, é importante enfatizar que, além dos danos físicos, o desconforto e constrangimento afetam, sobretudo, a condição emocional e psicológica da paciente e seu companheiro (PICCININI, 2012). A consulta de enfermagem à mulher com vulvovaginite visa abordar a mulher de forma integral atuando não somente na ação curativa, com a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas do Ministério da Saúde (TRAVASSOS et al.; (2010).

Estudos realizados por Fangx e seus colaboradores em 2009, sugerem que a paridade é um dos principais fatores predisponentes para a as vulvovaginites em especial a candidíase. Pois durante a gravidez, o nível elevado de hormônios como o estrogênio aumenta o teor de glicogênio vaginal que atua como uma fonte de carbono para o crescimento das espécies de *Cândida*, corroborando para este estudo o qual mostrou que a maioria das mulheres tiveram mais de um parto, 38,46% tinham dois filhos e 13,19% tinham três filhos.

Conforme Pias e Vargas (2009) dentre as formas existentes de diagnósticos das infecções do TGI, a mais utilizada é o exame Papanicolau por ser utilizado como método de triagem rápido, devido ao seu baixo custo e por ser a prática ginecológica mais disseminada na atenção básica. Devem ser considerados sinais e sintomas característicos de cada tipo de infecção vaginal e vulvar para classificá-las, podendo elas serem de origem bacteriana, fúngicas e protozoítica.

A atenção à saúde materna e infantil é uma prioridade no que diz respeito a políticas públicas de saúde com destaque aos cuidados durante o período gestacional. Essas políticas tiveram um grande desenvolvimento devido às altas taxas de morbimortalidade materna e infantil, se estendendo também ao pré-natal, tendo em vista o grande impacto que esta produz na saúde da mulher e do feto (XIMENES NETO et al., 2008).

O pré-natal é um momento oportuno e ideal para desenvolver ações educativas, podendo ser realizadas nas unidades de saúde, por meio de grupos de gestantes, na sala

de espera, ou individualmente. Isso permite que o profissional crie vínculo e confiança com a gestante (ANVERSA, 2012).

Pesquisa realizada por Hay (2009) na Índia com 4.090 mulheres constatou a ineficácia da abordagem sindrômica. Foi identificada uma alta proporção de mulheres foi diagnosticada, mas a determinação do agente etiológico foi ineficaz. Além disso, não foi observada associação entre os sintomas referidos pelas mulheres e a identificação sindrômica e etiológica. A abordagem sindrômica não se mostrou eficaz para o manejo das IST, havendo a necessidade de outras formas diagnósticas.

A baixa efetividade da abordagem sindrômica para identificar alterações presentes nas gestantes, associada à alta percentagem de mulheres que não têm o hábito de realizar o exame preventivo periodicamente, faz com que o diagnóstico seja realizado em estágios mais avançados da doença, dificultando o tratamento (VALENTE,2009). No entanto o Ministério da Saúde (2006) enfatiza que a abordagem sindrômica é um método rápido, de baixo custo e efetivo no que tange o diagnóstico precoce das vulvopatias.

5 | CONCLUSÃO

Fica então evidenciado que a grande maioria das mulheres gestantes entrevistadas eram pardas, tinham faixa etária de idade entre 20- 34 anos, encontravam-se em situação marital estável, com escolaridade ensino fundamental incompleto, não trabalhavam fora do lar e aproximadamente 60% delas tinham renda familiar de menor/igual a um salário mínimo. Dos fatores de risco para vulvovaginite destacaram-se a relação sexual desprotegida, uso de álcool, tabaco e paridade. Do perfil clínico/ sintomatológico das gestantes destacaram-se corrimento vaginal, dor ao urinar, dor nas relações sexuais e odor fétido. Em visto a tudo que foi exposto e aos objetivos traçados foi possível avaliar o perfil socioeconômico das gestantes, percentual os sinais e sintomas de vulvovaginites por elas apresentados.

REFERÊNCIAS

ALESSI A.M.B, OKASAKI E.L.J. Diagnóstico, tratamento e prevenção das vaginoses e vulvovaginites durante a gestação. **RevEnferm UNISA** [Internet]. 2007; 8:5-8. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2007-01.pdf>.

ANVERSA, E. T. R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, Apr. 2012.

BANKAR SM et al., Prevalence of non-albican candida infection in Maharashtrian women with leucorrhoea. **Ann Trop Med Public Health**. 2012;5(2):119-23.

BARBONE F, et al. Um estudo de acompanhamento de métodos de contracepção, a atividade sexual, e as taxas de tricomoníase, candidíase e vaginose bacteriana. **Am J Obstet Gynecol** 2008; 163: 510-4

- BEREK. J. S. **Berek e Novak: tratado de ginecologia**. 14 ed. Rio de Janeiro- Guanabara Koogan, 2008.
- 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**. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 82 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
- DAVIDSON F; OATES J. K. A pílula não causa “sapinhos”. **Br J Obstet Gynaecol** 2009; 92: 1265-6.
- FANG X. et al. Prevalence and risk factors of trichomoniasis, bacterial vaginosis, and candidiasis for married women of child-bearing age in rural Shandong. **Jpn J Infect Dis**. 2007;60(5):257-61
- FONSECA T.M.V. et al. Corrimento vaginal referido entre gestantes em localidade urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p.558-566, 2008.
- FREITAS, S.L.F. **Ocorrência de vulvovaginite em gestantes de baixo risco**. Campo Grande, MS, 2008.
- GONDO et al. Abnormal vaginal flora in low-risk pregnant women cared for by a health service: prevalence and association with symptoms and findings from gynecological exams. **Rev Latino Am Enferm**. 2010;18(5):919-27
- HAY P. UGWUMADU A. Detecting and treating common sexually transmitted diseases. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**. 2009;23(5):647-60.
- LEITE et al. Perfil clínico e microbiológico de mulheres com vaginose bacteriana. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 32, n. 2, p.82-7, fev. 2010.
- MENEZES, E.A. et al. Isolamento de *Candida* sp. no mamilo de lactantes do banco de leite humano da Universidade Federal do Ceará e teste de susceptibilidade a antifúngicos. **J. Bras Patol. Med. Lab.**, São Paulo, v. 5, p. 299-305, 2006.
- MILHOMENS et al., Prevalência dos agentes etiológicos das vulvovaginites através de resultados de exames citopatológicos. **Rev. Investig. Bioméd.** São Luís,6: 92-102, 2014.
- MOLINA L; DALBENI, L. L. A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 2, p.185-190, 2006.
- PEDROSA, et al. **DST e suas determinantes: quatro anos de vigilância em um Centro Sentinela no Estado do Amazonas – Brasil**. **J Bras Doenças Sex Transm**. 2011;23(2):57-65.
- PIAS A. A, VARGAS V. R. A. Avaliação dos exames citológicos de papanicolaou com células epiteliais atípicas e respectivos exames colposcópicos com relação aos exames histopatológicos. **Rev Bras Anal Clin**. 2009;41(2):155-60.
- PICCININI, C. A. et al. **Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal**. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 1, 2012.
- PULTZ NJ. et al. Efeito da administração de antibiótico parenteral sobre o estabelecimento da colonização intestinal por *Candida glabrata* em ratos adultos. **Antimicrob Agents Chemother** 2010; 49: 438-40.
- ROCHA L. V. S, et al. A vulnerabilidade às DST em região com intensa prostituição e turismo sexual de Natal/RN. **Rev Bras Anal Clin**. 2008;40(1):3-6
- RODRIGUES M.T; SIMÕES L. Z; DINIZ C. G. Clinical, microbiological and therapeutic aspects of vulvovaginal candidiasis and recurrent vulvovaginal candidiasis: importance of regional surveys. **HU Rev**. 2009; 35(3):175-81.
- ROSA M. I; RUMEL D. Fatores associados à candidíase vulvovaginal: estudo exploratório. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2012; 26(1): 65-70

TRAVASSOS C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 11, n. 5, p.365-373, 2007.

VALENTE C. A et al. Women's knowledge about the papanicolaou exam. **Rev Esc Enferm USP**. 2009.
XIMENES NETO, F. R. G. et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. Bras. enferm.**2008.

CAPÍTULO 15

TÓPICOS SOBRE SARAMPO

Data de aceite: 05/06/2020

Mariana de Almeida Pinto Borges

Médica Pediatra/Neonatologista pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Doutoranda em Ciência pelo PPGENFBIO/UNIRIO.

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro. Email: mariana.borges@unirio.br

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5363857794727764>

Fátima Cristiane Pinho de Almeida Di Maio Ferreira

Médica Intensivista Neonatal pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Mestre em Medicina Tropical pela FIOCRUZ.

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro. Email: fatima.ferreira@unirio.br

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2540-8665>

Laura Johanson da Silva

Professora pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Doutora em Enfermagem pela UFRJ.

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro. Email: lauraenfaunirio@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4439-9346>

Catia Rustichelli Mourão

Técnica de Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Enfermeira Especialista em Enfermagem do

Trabalho pela – UNISUAM.

Duque de Caxias – Rio de Janeiro. Email: catiarustichelli@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2283046684772258>

Cinthia Torres Leite

Fisioterapeuta da pediatria e UTI Neonatal do HUGG – UNIRIO

Mestrado em Atenção integrada à saúde da mulher e da criança – UFF

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro. Email: cinleite@hotmail.com

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-9049-9367>

Edson Ferreira Liberal

Professor pela Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Doutor em Clínica Médica pela UFRJ.

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro. Email: efliberal@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6722737805472219>

Cláudio José de Almeida Tortori

Professor pela Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Doutor em Medicina pela UFRJ.

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro. Email: ctortori@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0547345678744624>

Nebia Maria Almeida de Figueiredo

Professora do programa PPGENFBIO – UNIRIO.

Doutora em Enfermagem pela UFRJ.

Rio de Janeiro – Rio de Janeiro. Email: nebia43@gmail.com

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8601378296411619>

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. Email: emanuelgranarcanjo@gmail.com

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

RESUMO: Em nossa sociedade, o sarampo foi erradicado com sucesso. Porém, nos últimos anos, estamos sofrendo com o aparecimento de novos casos no país. Recebemos o certificado de erradicação da (OMS/OPAS) em 2016 e esse certificado nos foi retirado em 2019 após 12 meses de novos casos da doença. Esse é um estudo informativo sobre a doença, seu diagnóstico, tratamento e sua prevenção.

PALAVRAS-CHAVE: Sarampo, Terapêutica, Diagnóstico, Prevenção de doenças.

TOPICS ON MEASLES

ABSTRACT: In our society, measles has been successfully eradicated. However, in recent years, we are suffering from the appearance of new cases in the country. We received the certificate of eradication from (WHO / PAHO) in 2016 and this certificate was withdrawn from us in 2019 after 12 months of new cases of the disease. This is an informative study about the disease, its diagnosis, treatment and prevention.

KEYWORDS: Measles, Therapeutics, Diagnosis, Disease prevention

1 | INTRODUÇÃO

O Sarampo é uma doença viral infecciosa, febril, exantemática, transmissível, extremamente contagiosa, comum na infância e que pode evoluir com complicações graves, tendo na sua melhor prevenção da transmissão a vacinação em grande escala. É causada pelo vírus do Sarampo Vírus do sarampo, RNA, pertencente ao gênero *Morbillivirus*, família *Paramyxoviridae*. Vírus que tem o homem como seu único reservatório conhecido.

É uma das infecções clássicas da infância, de distribuição global, sem predileção por raça ou gênero. O sarampo é um importante causa de hospitalização, morbidade e mortalidade na infância. O mal prognóstico mostra evidência de estar intimamente relacionado com grau de desenvolvimento socioeconômico, padrões de higiene, nutrição e cuidados de saúde inapropriados. Um problema mundial decisivo na eliminação dessa

doença é a incapacidade de imunizar a população inteira.

A transmissão ocorre de forma direta, por meio de secreções nasofaríngeas expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar por pessoas infectadas pelo vírus ou, raramente, por aerossol em membranas mucosas do trato respiratório superior ou conjuntiva. O período de transmissibilidade inicia-se de quatro a seis dias antes do exantema e dura até quatro dias após seu aparecimento. O período de maior transmissibilidade ocorre entre os dois dias antes e os dois dias após o início do exantema.

Em 2016, o Brasil recebeu da Organização Pan Americana da Saúde (OAPAS) o certificado de eliminação da doença, sendo assim declarada zona livre de sarampo, a primeira em todo o mundo. No período de 2007 a 2018, na cidade do Rio de Janeiro não há nenhum caso de sarampo notificado. Porém com a importante queda de cobertura vacinal e o radicalismo contra vacinas em alguns grupos da sociedade, fez com que em 2019, surgisse novo surto dessa doença no Brasil.

2 | MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A viremia decorrente da infecção provoca uma vasculite generalizada, responsável pelo aparecimento das diversas manifestações clínicas. A fase de incubação é uma fase assintomática e dura de 10 a 14 dias. Após a transmissão respiratória, há replicação viral.

O sarampo tem 3 períodos distintos: o de incubação, o prodrômico e o Exantemático.

O **período prodrômico ou catarral** dura 2 a 8 dias (média 6 dias), com a presença de sintomas não específicos. Surge febre, acompanhada de tosse produtiva, corrimento seromucoso do nariz e dor nos olhos, conjuntivite e fotofobia. Os linfonodos estão pouco aumentados na região cervical e, algumas vezes, os intra-abdominais dão reações dolorosas no abdome. Nas últimas 24-48 horas antes do surgimento do exantema, surge as Manchas de Koplik, sinal patognomônico do sarampo, na altura dos pré molares, na região geminiana na cavidade oral aparecem 24-48 horas antes do surgimento do exantema. As manchas de Koplik são pequenas manchas brancas com halo-eritematoso. (Figura 1)



Fonte: CDC <https://www.cdc.gov/measles/about/photos.html>

O **período exantemático** ocorre a acentuação de todos os sintomas já descritos, com prostração importante do paciente e surgimento do exantema característico. Exantema maculopapular, de cor avermelhada, com distribuição em sentido céfalo-caudal, que se inicia na face e estende para tronco e extremidades; poupando palmas das mãos e plantas dos pés. Surge 3 a 4 dias após o início da febre, com duração cerca de 3-5 dias. Crianças com imunodeficiências celulares, como os portadores de vírus da imunodeficiência humana (HIV), podem não desenvolver o exantema característico, ou este pode aparecer com atraso.



Imagem <https://www.febrasgo.org.br/>



Fonte: CDC <https://www.cdc.gov/meales/about/photos.html>

O **período de convalescença** ou de descamação furfurácea: as manchas tornam-se escurecidas e aparecem descamações finas, lembrando farinha, daí o nome furfurácea. A melhora clínica ocorre em aproximadamente uma semana em casos não complicados.

O sarampo pode evoluir complicações, principalmente pneumonia primária ou secundária, especialmente casos com desnutrição e imunocomprometido e com deficiência de vitamina A. Outras complicações são otite média, ceratoconjuntivite, laringotraqueobronquite e diarreia

A encefalomielite aguda disseminada, com a frequência de acometimento de 1:1000 casos. Neste caso, o paciente pode apresentar febre, dor de cabeça, ataxia e convulsões com evidências nas imagens de ressonância magnética (RM de lesões na substância branca, às vezes tálamo, gânglios da base e tronco encefálico. Outra complicação é a panencefalite subaguda esclerosante (PESA), com a frequência de acometimento 4 a 11:100.000 casos, que pode ocorrer meses ou anos depois do quadro inicial de sarampo, com piora progressiva das funções motora e cognitiva e convulsões, podendo evoluir para o óbito. Outra complicação que acomete indivíduos imunocomprometidos, é a encefalite de corpos de inclusão por sarampo, que pode se apresentar com estado mental alterado, convulsões, epilepsia focal, perda auditiva, cegueira momentânea, além de progredir para coma e morte.

Todo indivíduo que, independente da idade e situação vacinal, apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite é um caso suspeito de sarampo e com isso é necessário o isolamento social. O contágio pode acontecer 5 dias antes da erupção cutânea e perdurar 7 dias após o aparecimento do exantema. O período de maior transmissibilidade: 48 h antes até 48 horas do exantema.

Em casos de internação hospitalar, o caso deve ser isolado com precaução para aerossóis com uso de equipamento de proteção individual com profissionais de saúde durante a assistência, incluindo o uso da máscara N95.

É necessário também a adoção de medidas de controle: bloqueio vacinal seletivo frente aos contatos susceptíveis em até 72h após contato com o caso suspeito.

3 | DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

3.1 Exames não específicos

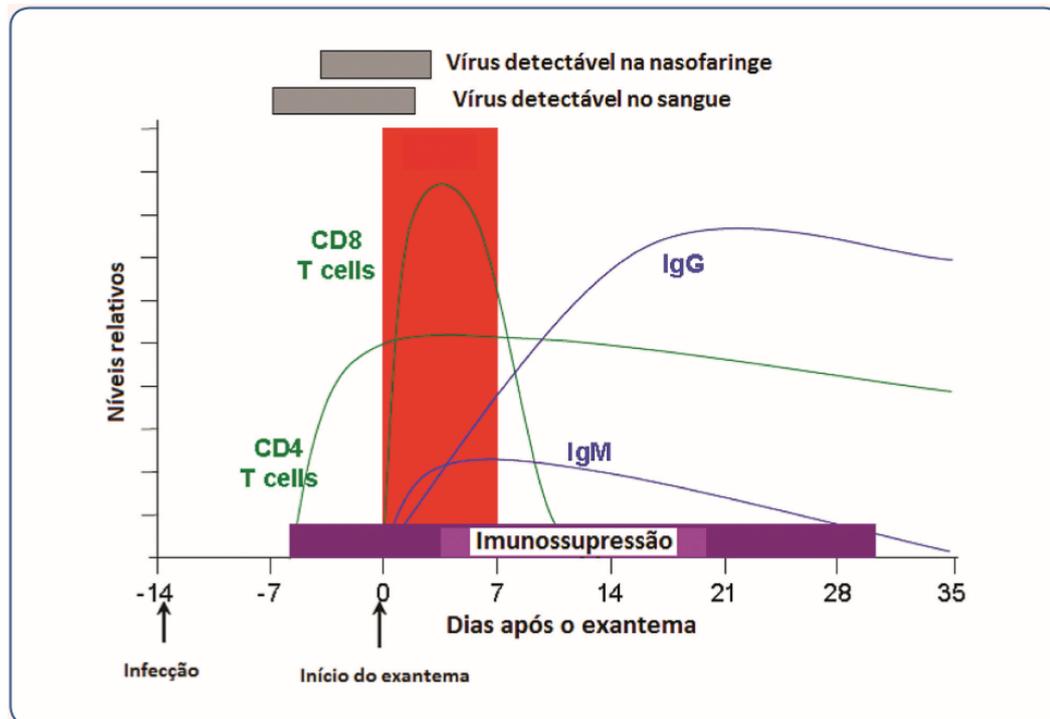
O Hemograma pode apresentar leucopenia, linfopenia, às vezes, linfocitose relativa, trombocitopenia e neutropenia absoluta. Teste de função hepática podem revelar níveis elevados de transaminases em casos de hepatite por sarampo.

3.2 Exames específicos

Diagnósticos laboratoriais específicos de sarampo podem ser feitos sorologicamente, por ensaio de imun absorção enzimática (ELISA), que é usado para detectar a presença de imunoglobulina da classe M (IgM) específica para fase aguda da doença (presença de vírus no plasma), tendo maior sensibilidade cerca de quatro dias após o surgimento do exantema. Na fase aguda, a detecção de anticorpos da classe IgM pode ser feita por outras técnicas que não a ELISA, como imunofluorescência direta e inibição da hemaglutinação. Os níveis de IgM decrescem durante o período de convalescença, que dura 1-2 dias, e a

imunoglobulina da classe G (IgG) específica para vírus se eleva, com aumento de cerca de quatro vezes sua titulação após a fase aguda e pode ser usada como diagnóstico laboratorial ou para verificação de soroconversão.

O imunoensaio padrão-ouro no diagnóstico laboratorial é o teste de neutralização por redução de placas (PRNT) para detecção de IgG específica. Em relação à ELISA, tem maior sensibilidade e a mesma especificidade (100%), mas é mais caro.



Disponível em: www.who.int/vaccines-documents

Fonte: WHO. Manual for the laboratory diagnosis of measles and rubella virus infection, second edition 2007.

No diagnóstico de infecção por sarampo pode ser feito pela análise das secreções nasofaríngeas, orofaríngeas e urina, sangue, líquido cefalorraquidiano e tecidos, pela técnica da reação em cadeia da polimerase (PCR), de preferência nos primeiros dias de aparecimento dos sintomas, antes que os anticorpos IgM sejam detectáveis. A norma nacional vigente preconiza o isolamento viral e/ ou RT-PCR nas seguintes amostras biológicas: *swabs* de nasofaringe e orofaringe e urina. Material deve ser transportado em caixa de isopor com gelo reciclável e envie ao laboratório de referência dentro de seis horas.

A amostra de sangue do caso suspeito deve ser colhida sempre no primeiro atendimento entre o 1º e o 28º dia do aparecimento do exantema. Os resultados IgM+ ou indeterminado independente da suspeita devem ser comunicados imediatamente a VE estadual para a realização da reinvestigação e da coleta da segunda amostra de sangue que é obrigatória e que deverá ser realizada entre 2-3 semanas após a data da primeira coleta. O Isolamento do vírus em cultura de células, pode ser realizado a partir de material

colhido na orofaringe (até o 3º dia), sangue ou urina (até o 7º dia), a partir do início do exantema. Os Ac específicos da classe IgM podem ser detectados no sangue, na fase aguda da doença, desde os primeiros dias até quatro semanas após o aparecimento do exantema. A presença de Ac IgM indica infecção recente pelo vírus do sarampo. Os Ac específicos da classe IgG também podem aparecer na fase aguda da doença, desde os primeiros dias e geralmente são detectados muitos anos após a infecção.

4 | CASOS GRAVES E COMPLICAÇÕES

Os Grupos de riscos para doenças mais graves são crianças menores de 5 anos, gestantes, imunossuprimidos e desnutridos.

A hospitalização deve ser indicada nos casos de crianças menores de seis meses, desnutridos graves, gestantes, pacientes com imunodeficiência ou que apresentem um ou mais dos seguintes sinais de gravidade ou condições clínicas:

- Desidratação
- Vômitos persistentes
- Diarreia significativa
- Incapacidade para ingerir líquidos e alimentos
- Presença de grande quantidade de úlceras na cavidade oral
- Desconforto respiratório
- Estridor
- Pneumonia
- Convulsão
- Déficit motor • Alteração sensorial

5 | TRATAMENTO

A assistência terapêutica deve incluir: oferta abundante de líquidos, com hidratação venosa, se necessário; antitérmicos para o controle da febre; soro fisiológico para limpeza ocular. Nos casos mais avançados, nos quais a doença cursa com infecções secundárias, o tratamento visa o controle dessas complicações, uso de antimicrobianos nos casos acompanhados por exemplo Otite Média, pneumonias e conjuntivites.

A ribavirina demonstrou atividade *in vitro* contra o vírus do sarampo, tendo sido utilizada experimentalmente em pacientes com quadros graves de sarampo e em crianças imunocomprometidas. Entretanto, não foram feitos estudos controlados para demonstrar o seu benefício em seres humanos, não sendo, portanto, aprovada para uso em pacientes com sarampo.

A vitamina A mostrou efeito protetor por reduzir as taxas de morbidade e mortalidade pelo sarampo em países em desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde recomenda o uso de vitamina A em todas as crianças com sarampo. A vitamina A deve ser administrada em duas doses, imediatamente ao diagnóstico e repetida no dia seguinte. As doses diárias de idade específicas recomendadas são:

- 50.000 UI por via oral, para lactentes menores de seis meses de idade
- 100.000 UI por via oral, para lactentes de seis a onze meses de idade
- 200.000 UI por via oral, para crianças de 12 meses de idade ou mais.

6 | PREVENÇÃO

A vacina sarampo é a forma mais eficaz de prevenir a infecção. Porém como toda doença com essa forma de transmissão, outras medidas são indicadas para prevenir a contaminação:

- cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir;
- lavar as mãos com frequência com água e sabão, ou então, utilizar álcool em gel;
- não compartilhar copos, talheres e alimentos;
- procurar não levar as mãos à boca ou aos olhos;
- evitar aglomerações ou locais pouco arejados, sempre que possível;
- manter os ambientes frequentados sempre limpos e ventilados;
- evitar contato próximo com pessoas doentes.

6.1 Vacinação

Composta por vírus vivos atenuados, é uma vacina bastante segura e efetiva. Para o componente sarampo é relatada uma efetividade de aproximadamente 93% com uma dose e 97% com duas

Esquema vacinal de acordo com orientações do Ministério da Saúde no Brasil em 2020 é o seguinte:

Para crianças:

- **Dose zero:** Devido ao aumento de casos de sarampo em alguns estados, todas as crianças de 6 meses a menores de 1 ano devem ser vacinadas (dose extra).
- **Primeira dose:** Crianças que completarem **12 meses** (1 ano).
- **Segunda dose:** Aos 15 meses de idade, última dose por toda a vida.

Para adultos Sem nenhuma dose, incluindo perda do cartão ou falta de lembrança:

- **De 1 a 29 anos** - São necessárias duas doses;

- **De 30 a 59 anos** - Apenas uma dose

Apenas uma dose de 1 ano até os 29 anos de idade recomenda-se completar o esquema vacinal com a segunda dose da vacina;

- Quem comprova as duas doses da vacina do sarampo, não precisa se vacinar novamente
- **Gestação:** A vacina é contraindicada, por ser produzida com vírus vivo, apesar de atenuado. O sistema imunológico na gestação está mais vulnerável, podendo com esse tipo de vacina desenvolver a doença ou complicações. O recomendado pelo Ministério da Saúde é que a mulher tome todas as doses da vacina até um mês **antes de engravidar**, podendo esta ser a tríplice ou a tetra viral, e mantenha toda a rotina prevista no Calendário Nacional de Vacinação atualizada, para se proteger e proteger o bebê. Se não tomada antes da gravidez, a vacinação contra o sarampo nas gestantes deve ser adiada para o puerpério.

Os tipos de vacinas que contém imunização contra sarampo são:

- **Dupla viral** - Protege do vírus do sarampo e da rubéola. Pode ser utilizada para o bloqueio vacinal em situação de surto;
- **Tríplice viral** - Protege do vírus do sarampo, caxumba e rubéola;
- **Tetra viral** - Protege do vírus do sarampo, caxumba, rubéola e varicela (catapora).

O Programa Nacional de Imunização recomenda a vacina tríplice viral de rotina para todas as crianças com um ano de idade e uma segunda dose aos 15 meses com a vacina tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela).

A tríplice viral também está recomendada e disponível na rede pública até os 29 anos (em duas doses, com um mês de intervalo) e em dose única até os 49 anos de idade. Para profissionais da saúde, disponibilizada em duas doses, independente da idade.

Eventos adversos que podem aparecer após reação vacinal, em geral são leves e transitórios: Febre elevada (5 a 15%), artralgias / dores articulares (25%) e rash (5%). Se não acontecer reação vacinal na primeira dose, na segunda dose da vacina, a chance de que ocorra é menor. A ocorrência de crises convulsivas febris foi observada em aproximadamente um caso em cada 3.000-4.000 imunizados com a vacina tríplice viral (SCR). Trombocitopenia transitória, nos primeiros dois meses após a vacinação, foi observada raramente, em aproximadamente um caso para cada 20.000-40.000 vacinados. A decisão de revacinar indivíduos que previamente apresentaram trombocitopenia deve ser feita individualmente e baseada no status imune do indivíduo e no balanço dos riscos/benefícios da vacinação.

Os casos de contra indicação da vacina são:

- Casos suspeitos de sarampo
- Gestantes

- Lactentes < 6 meses
 - Pacientes imunocomprometidos
- corticoesteroides ≥ 2 mg/Kg de peso ou ≥ 20 mg/dia de prednisona ou equivalente, por pelo menos 14 dias → aguardar 4 semanas
- Pessoas que vivem com HIV/AIDS e com evidência de imunossupressão grave;
- crianças de 1 a 13 anos: linfócitos T CD4 < 15%
- adolescentes ≥ 14 anos: linfócitos T CD4 < 200 linfócitos/mm³
- Pessoas com história de reações anafiláticas em dose anterior
- As vacinas de sarampo em uso no Brasil são produzidas em cultura de células de embrião de galinha e não contém quantidades significativas de ovoalbumina. Alergia a ovo, mesmo grave, não é considerada contraindicação

Casos que a vacinação deve ser adiada:

Indicação	Tempo de adiamento
Imunoglobulinas ou produtos derivados de sangue	de 3 até 11 meses
Quimioterápico (QT) para neoplasias malignas	3 meses após QT
Terapia com biológicos, como os anticorpos anti-células B	6 meses após
Transplantados de células-tronco hematopoiéticas	12 a 24 meses após

7 | CONTACTANTES SUSCEPTÍVEIS

Conduta diante dos CONTACTANTES SUSCEPTÍVEIS que tiveram contato ao caso índice:

- Indivíduos imunocompetentes susceptíveis (>6 meses de idade, não vacinados ou que tenham recebido apenas uma dose da vacina, exceto gestantes): Vacina Tríplice Viral (SCR) nas primeiras 72 horas após a exposição.
- Indivíduos imunocomprometidos, grávidas susceptíveis e lactentes <6 meses de idade: Imunoglobulina (IG) por via IM ou EV, nos primeiros 6 dias após o contato.

Dose da Imunoglobulina (IG)

→ IG Intra Muscular (IM): 0,5 ml/kg IM até um máximo de 15 mL (5ml músculos diferentes)

→ IG Venosa (EV): gestantes sem imunidade e indivíduos com imunodeficiência grave, independente dos históricos vacinal e imunológico

Esquema venoso:

400 mg/kg EV (velocidade de 0,5 –1 mL/min (10–20 gt/min).

Após 15 minutos, a velocidade de infusão pode ser aumentada para 1–1,5 mL/min (20-30 gt/min)

E depois para 2–2,5 mL/ min (cerca de 40–50 gotas/min).

8 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sarampo é uma doença evitável por uma vacina segura e eficaz, disponível desde a década de 60 e disponibilizada na saúde pública na década de 70. No entanto, as taxas de vacinação no mundo estagnaram por quase uma década. A OMS e o UNICEF estimam que em 2018, 86% das crianças no mundo receberam a primeira dose da vacina contra o sarampo, e menos de 70% receberam a segunda dose recomendada.

A cobertura atual com a vacina contra o sarampo no mundo não é adequada para evitar surtos. De acordo com a recomendação da OMS, é necessário 95% de cobertura vacinal mundial com duas doses da vacina contra o sarampo para proteger as populações da doença.

REFERÊNCIAS

[1] OMS. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://www.who.int/immunization/diseases/measles/en/>

[2] Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/sarampo>

[3] CDC. Centers for Disease Control and Prevention. EUA. Disponível em: <https://www.cdc.gov/measles/vaccination.html>

[4] Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/vacine-se>

[5] Programa vacinal para mulheres. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2017. 170p. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO; no.13/Comissão Nacional Especializada de Vacinas). Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/programa-vacinal-para-mulheres.pdf>

[6] SBIm. Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendários. Disponível em: <https://sbim.org.br/calendarios-de-vacinacao>

[7] Departamentos Científicos de Infectologia e Imunizações • Sociedade Brasileira de Pediatria Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21170c-GPA_-_Atualizacao_sobre_Sarampo.pdf

[8] Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Folha informativa - Sarampo. Updated on 2019, Ag. Available at: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5633:folha-informativa-sarampo&Itemid=1060

[9] Freire LMS, Menezes FR. Sarampo. In: Tonelli E, Freire LMS, editors. Doenças infecciosas na infância e adolescência. 2ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2000. p. 851-83

[10] Rio Saúde. Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação-geral da Divisão de Vigilância em Saúde. Orientação para notificação/investigação de casos suspeitos de sarampo (CID10: B05), junho 2018. Available at: <http://old.cremerj.org.br/downloads/801.PDF>. [Accessed on: 2020, Abr 23].

[11] Ballalai I, Kfour R. Nota técnica conjunta das sociedades brasileiras de imunizações e pediatria de 28/11/18. Available at: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nt-conjunta-sbimsbp-sarampo-regiao-norte-281118-v2.pdf>. [Accessed on: 2020, Abr 23].

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE GESTANTES INTERNADAS COM INFECÇÕES E/OU INCONTINÊNCIA DO TRATO URINÁRIO EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE TERESINA

Data de aceite: 05/06/2020

Thalita de Moraes Lima

Enfermeira pela Uninassau. Especialista em Estomaterapia (UESPI). Pós graduanda em Estética Avançada (IbrasPós). Enfermeira do Hospital São Paulo e Hospital Unimed Primavera. E-mail: thalitamlima93@hotmail.com. Teresina-PI.

RESUMO: INTRODUÇÃO: A incontinência urinária é considerada como a perda involuntária de urina que afeta muitas mulheres, em diversas idades, dentre elas as gestantes, trazendo diversas consequências a saúde, bem como as infecções do trato urinário, ambas podem induzir a diminuição na qualidade de vida (QV). O objetivo principal foi o de analisar a QV e as consequências às gestantes internadas com infecções e/ou incontinência do trato urinário e investigar as características clínicas e sociodemográficas das mesmas. MÉTODOS: Trata-se de uma pesquisa de campo, com caráter descritivo, e abordagem quantitativa, realizada com 11 gestantes internadas em uma maternidade de referência em Teresina. Foi elaborado um formulário sobre o perfil clínico e sociodemográfico e utilizado o questionário específico sobre QV, o Short-Form (SF-36), e

assim, interpretadas a incidência e prevalência da ocorrência desses problemas durante o período de internação destas gestantes. Os dados obtidos foram apresentados e analisados segundo índices absolutos e percentuais. RESULTADOS: Dentre as 11 gestantes estudadas, o perfil sociodemográfico evidenciou que 54,54% delas apresentavam faixa etária de 21 a 30 anos, 36,36% possuem peso entre 51 a 60 kg, 72,72% delas são solteiras e 72,72% se consideraram pardas. O perfil clínico mostrou que a patologia de maior frequência foi a ITU com 90,9%, 54,54% tiveram apenas uma gestação, 81,81% tiveram partos cirúrgicos e 72,72% delas não tiveram uma gestação planejada, 90,09% delas estavam apresentando diurese espontânea, 81,81% não apresentavam nenhuma comorbidade, 72,72% eram sedentárias e 72,72% não faziam uso de medicamentos contínuos. CONCLUSÃO: Os resultados obtidos estão em concordância com a literatura. Avaliar a qualidade de vida dessas gestantes internadas contribui para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada a elas.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida, Doenças urológicas, Gestantes.

QUALITY OF LIFE OF PREGNANT WOMEN HOSPITALIZED WITH INFECTIONS AND/OR URINARY TRACT INCONTINENCE

ABSTRACT: Urinary incontinence is considered as the involuntary loss of urine which affects many women, at various ages, among them pregnant women, Bringing different health consequences, such as urinary tract infections, both can induce a decrease in quality of life. It was analyzed QoL and the consequences for pregnant women hospitalized with infections and /or urinary tract incontinence and investigated the clinical and sociodemographic characteristics of them. This is a field research, with a descriptive character, and a quantitative approach, carried out with 11 pregnant women hospitalized in a reference maternity hospital in Teresina. A form was prepared about the clinical and sociodemographic profile and the specific questionnaire on QoL, Short-Form (SF-36) was used, and thus, the incidence and prevalence of the occurrence of these problems during the period of hospitalization of these pregnant women were interpreted. The obtained data were presented and analyzed according to absolute and percentage indices. Among the 11 pregnant women studied, the sociodemographic profile showed that 54.54% of the women were aged between 21 and 30 years, 36.36% had a weight between 51 and 60 kg, 72.72% were single and 72.72% are considered grayish-brown. The clinical profile showed that the most frequent pathology was ITU with 90.9%, 54.54% had only one gestation, 81.81% had surgical deliveries and 72.72% had no planned gestation, 90.09 % Of them had spontaneous diuresis, 81.81% had no comorbidity, 72.72% were sedentary, and 72.72% did not use continuous medications. The results obtained are in agreement with the literature. Assessing the quality of life of these hospitalized pregnant women contributes to improve the quality of nursing care provided to them.

KEYWORDS: Quality of life, Urological diseases, Pregnant women.

1 | INTRODUÇÃO

Qualidade de Vida (QV) é considerada como um conjunto de condições que refletem em conhecimentos, experiências e valores dos indivíduos e é condicionada a reflexão subjetiva dos indivíduos sobre seu estado de saúde contribuindo, assim, para o seu bem-estar físico, social e cultural, o que poderá ser afetada por inúmeros fatores, desde problemas sociais, psíquicos e físicos, trazendo diversas patologias (DANTAS, SAWADA, MALERBO, 2003).

A Incontinência Urinária (IU), apesar de não colocar diretamente a vida dos indivíduos em risco, traz diversas complicações para a saúde, inclusive afetando na QV. Oliveira et al. (2013), diz que é considerada como a perda involuntária de urina, afetando muitas mulheres, em diversas idades e dentre elas as gestantes, trazendo diversas consequências a saúde destas, com limitações fisiológicas e psicológicas. Assim como a ela, as Infecções do Trato Urinário (ITU) também são comuns em gestantes, e possuem fatores de risco

como: idade, quadro socioeconômico, sociocultural, induzindo a uma diminuição da QV dessas mulheres.

Um estudo aponta que a incontinência pode se desenvolver devido a uma má formação anatômica, quando há algum comprometimento neurológico, ou pela perda da força muscular, podendo ser passageira ou permanente. Nas gestantes, esta IU está mais relacionada ao peso, deficiência esfíncteriana, hiper mobilidade da uretra, modificações do assoalho pélvico (BAIKIE, 2006).

Agostinho et al. (2005) dizem que a mesma afeta cerca de 50% das mulheres, especialmente as mais jovens, sendo seus sintomas agravados com o passar do tempo e idade. As infecções têm prevalência em todas as idades e possuem sintomas urinários irritativos que interferem principalmente no sexo feminino e modificam, assim, na qualidade de vida. Heilberg, Schor (2003) afirmam que, a infecção do trato urinário quando ocorre em pacientes com organização e função do trato urinário normais e fora do ambiente hospitalar, não traz tantas consequências.

A entrevista do profissional de saúde à portadora da doença deve abordar aspectos relativos ao começo dos sintomas, o número de ocorrências, a gravidade e ao impacto na sua QV durante o dia-a-dia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA, 2006).

Gameiro, Amaro (2005) afirmam que a IU é originada de uma combinação de fatores, onde a gestação é um fator primordial para o seu surgimento e sua prevenção é um fator determinante na vida da mulher. Riss, Kargl (2011) dizem que, desta forma, é visível o crescente desenvolvimento de pesquisas relacionadas aos sintomas desta patologia e o quanto interferem na QV dessas pacientes.

Pretendeu-se, neste estudo, analisar a QV e as consequências às gestantes internadas com infecções e/ou incontinência do trato urinário e investigar as características clínicas e sócio demográficas das mesmas, uma vez que essa qualidade prejudicada por meio dessas patologias, podem interferir no processo de saúde física e psicológica destas gestantes. Assim, se faz de extrema importância o desenvolvimento de pesquisas sobre estes problemas no intuito de se prevenir novos agravos à saúde destas mulheres.

2 | REVISÃO DA LITERATURA

Rett et al. (2007) dizem que, nos últimos tempos, a qualidade de vida está sendo pesquisada e debatida, abordando a população total afetada em seus diferentes aspectos, dentre eles, o ciclo de vida. A QV está diretamente relacionada ao grau de satisfação na vida afetiva, familiar, social, ambiental e valores existentes. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a QV reflete a posição da pessoa na vida, no contexto de cultura onde vive objetivos e expectativas, padrões e preocupações. Sendo assim a IU e ITU incluem uma das situações que afetam a QV de pessoas, em geral mulheres e gestantes.

Devido ao sentimento de vergonha e constrangimento que dificultam o diagnóstico,

e com a falta de procura de atendimentos para esse problema, a IU configura-se como algo que impossibilita as mulheres de procurarem ajuda, uma epidemia “escondida”. Da mesma forma, essa condição de saúde traz prejuízos, em especial às mulheres, muitas vezes em decorrência de um deficit de informação acerca do assunto ou negligência dos profissionais de saúde durante uma anamnese ou exame clínico; trazendo consequências à qualidade de vida dessas mulheres (PEDRO et al, 2011).

Há muito tempo a gravidez vinha sendo vista como um fator primordial a todas as formas de ITU, hoje já se sabe que a gravidez traz mudanças anatômicas e fisiológicas impostas ao trato urinário, dentre elas estão a redução da atividade peristáltica em decorrência da progesterona e o aumento do débito urinário (NOWICKI, 2002).

O sistema urinário é um dos mais acometidos pelas transformações no período gravídico-puerperal, ocorrendo modificações anatômicas como: aumento dos rins e bexiga, passando a ser um órgão abdominal onde antes era pélvico. Essas alterações contribuem para o surgimento das complicações do trato urinário (MARINELLI et al, 2002).

Segundo Duarte (2004) a ITU é a presença e multiplicação das bactérias do trato urinário, no entanto, durante a gestação esse conceito deve ser ampliado devido aos riscos que podem interferir na qualidade de vida. É necessário, portanto, atenção redobrada aos profissionais de saúde responsáveis pelo pré-natal destas mulheres.

São visíveis, durante a gravidez, alguns fatores mecânicos e hormonais que contribuem para o surgimento de mudanças no trato urinário materno, tornando a mulher ainda mais predisposta ao surgimento de várias infecções (NICOLLE, 2005).

McDermott et al. (2000) afirma que muitos fatores tornam a infecção do trato urinário uma importante complicação do período gestacional, gerando assim, o agravamento do prognóstico materno e perinatal.

Entre as complicações perinatais da ITU, enfatizam-se o trabalho de parto e parto pré-termo, ruptura prematura de membranas amnióticas, restrição de crescimento intrauterino, recém-nascidos de baixo peso e óbito perinatal, aumentando desta forma os casos de mortalidade fetal (DUARTE et al, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004), no Brasil, as taxas de morbimortalidade materna e perinatal ainda são consideradas altas, em sua maioria associadas a intercorrências obstétricas potencialmente evitadas.

A IU, no ciclo gravídico puerperal, se relaciona a inúmeros fatores, dentre eles o peso do concepto, duração do período expulsivo, traumas no assoalho pélvico ou tensão provocada pela gravidez e trabalho de parto, podendo danificar o mecanismo do esfíncter uretral (SARTORI et al, 1999).

Skarpa e Herrmann (2005) afirmam que cerca de 50% das mulheres referem incontinência urinária, especificamente no ciclo gravídico puerperal e após a idade reprodutiva, onde a perda urinária pode ocorrer em qualquer momento da vida, causando alterações psicossociais e exclusão da sociedade.

A IU permanece em mulheres que apresentam perda urinária durante a gestação (29%), sendo considerado por Chiarelli et al. (1999) como um grande fator de morbidade no puerpério.

Um estudo realizado por Hu et al. (2004) nos EUA, evidenciou que o custo ao ano da IU corresponde a quase 20 bilhões de dólares. Segundo Moura et al. (2003), o mundo possui cerca de 130-175 milhões de infecções do trato urinário ao ano, com custos de 1,6 bilhões de dólares.

Higa e Lopes (2006) relatam que a perda urinária pode ocorrer em diferentes situações do cotidiano das gestantes, causando incompetências que afetam na vida sexual, social, ocupacional, física e doméstica, acarretando em alterações psicossociais, exclusão social e conseqüentemente uma diminuição da qualidade de vida.

A IU restringe a mulher de suas atividades sexuais, do lar, atividades ocupacionais, trazendo constrangimento e mal-estar à mesma. Com a presença dos sinais e sintomas como liberação involuntária da urina, especialmente ao tossir, espirrar ou rir; falta de informação sobre as medidas preventivas e tratamentos, pode-se dar a piora do quadro clínico dessa mulher, gerando sentimentos de tristeza, depressão e isolamento social (LOPES e HIGA, 2006).

A incontinência urinária provoca um impacto na QV e cria uma distância entre pacientes e profissionais da área de saúde pois raramente falam acerca do problema, muitas vezes omitem informações por se sentirem constrangidas, não procurando o tratamento adequado e assim agravando a situação com o desenvolvimento de infecção do trato urinário e disúria (HIGA, LOPES, 2005).

Borba, Lelis e Brêtas (2008) afirmam que os aspectos importantes para se ter QV na gestação são os cuidados de enfermagem no reestabelecimento das funções de micção, reestabelecimento físico e autoestima. Promovendo, então, com a equipe multiprofissional, na busca de informações clínicas e treinamentos para orientar quanto ao tratamento.

Ribeiro e Raimundo (2005) citam que, dessa forma, torna-se interessante expandir pesquisas neste contexto e desenvolver os aspectos que prejudicam o cotidiano na vida das mulheres com IU e ITU, propondo e implementando medidas educativas, afim de minimizar as conseqüências dessa problemática.

Quanto à assistência de enfermagem, na atualidade a política de humanização do sistema único de saúde (SUS) abriga em sua estrutura diretrizes para a humanização da assistência de saúde na área obstétrica em conjunto com os princípios dos programas de saúde que embasam o processo de mudança no paradigma de assistência a gestação e pós-parto (BRASIL, 2004).

A atuação do enfermeiro nos programas de pré-natal envolvem um preparo clínico, habilidade, raciocínio e julgamento clínico para diagnosticar os problemas de saúde, incluindo problemas reais e potenciais, a taxonomia de diagnóstico de enfermagem reconhecida oficialmente no mundo mais difundido no Brasil (NANDA, 2002).

A bacteriúria assintomática não diagnosticada ou cistite associado ao não tratamento adequado pode evoluir para uma pielonefrite, além disso, as endotoxinas liberadas pelas bactérias gram-negativas estimulam a produção de prostaglandinas ocasionando o trabalho de parto, e conseqüentemente ao diagnóstico precoce e correto da ITU na gestação, onde seu tratamento adequado diminui a chance de morbimortalidade materno-fetal (GILBERT, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2000), a ausculta dos batimentos cardíofetais é uma atividade fundamental, esse método tem como finalidade a constatação da presença de ritmo, frequência, e a normalidade dos batimentos cardíofetais avaliando sua vitalidade.

Santos e Okazaki (2005) perceberam que alguns aspectos importantes devem ser observados pela equipe de enfermagem que atende ao paciente com incontinência urinária (IU), como anotar os relatos de perdas urinárias durante tosse, espirros ou caminhadas. Com isso, o enfermeiro deve direcionar sua atenção ao paciente e anotar suas queixas e perdas urinárias, desempenhando então a promoção à saúde.

É de extrema importância que os enfermeiros conheçam as complicações causadas pela ITU nas gestantes. É importante que sejam acompanhados os resultados das intervenções até o pós-parto, assegurando que não ocorram prejuízos à mãe/bebê e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida (COSTA et al, 2013).

Deve-se evidenciar a importância dos enfermeiros orientarem as gestantes acerca dos riscos e conseqüências destas doenças, com esclarecimento de linguagem acessível para que se tenha uma melhor compreensão das mesmas.

3 | MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica de campo com caráter descritivo, e abordagem quantitativa, nela foram observados os fatos, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem interferência do pesquisador, tendo como objetivo levantar informações sobre a QV de gestantes com IU e/ou ITU.

A amostra inicial da pesquisa seria de 45 gestantes, porém houve uma demora na autorização pelo Comitê de Ética o que reduziu a amostra, sendo realizada com 11 gestantes internadas, que deram entrada para tratamento clínico de infecções urinárias e/ou incontinência do trato urinário em uma maternidade de referência em atendimento para todo o Piauí.

Foram preservados os aspectos éticos sobre pesquisas envolvendo seres humanos, explicitados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos, aprovados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Assim, a coleta de dados foi realizada após aprovação deste projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Getúlio Vargas (PI) com o número do parecer 1.775. 592. (ANEXO C)

Para a coleta de dados, foi elaborado um formulário sobre o perfil clínico e sócio-demográfico e utilizado o questionário específico sobre qualidade de vida, *Short-Form* (SF-36). Este último é um questionário multidimensional, com 36 itens, possui de duas a seis possibilidades de respostas objetivas, e são distribuídos em oito domínios, podendo ser agrupados em dois grandes componentes: o mental (saúde mental, vitalidade, aspectos sociais e aspectos emocionais) e o físico (capacidade funcional, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde). (APENDICE A E ANEXO A, respectivamente)

Assim, foram interpretadas a incidência e prevalência da ocorrência desses problemas durante o período de internação destas gestantes. Os dados obtidos estão apresentados em tabelas e analisados segundo índices absolutos e percentuais.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Através deste estudo, evidenciou-se como resultado, um prejuízo na Qualidade de Vida destas gestantes internadas, afetando na vida social, sexual, ocupacional, física e doméstica, gerando alterações psicológicas e/ou exclusão social.

Este tema é bastante relevante para a área da saúde, uma vez que a qualidade de vida prejudicada através destes problemas podem interferir no processo de saúde física e psicológica dessas gestantes. Com isso, é de extrema importância o desenvolvimento de pesquisas no intuito de se prevenir novos agravos à saúde destas mulheres.

Variáveis		Frequências	%
Idade	10 – 20	04	36,36
	21 – 30	06	54,54
	31 - 40	01	9,09
TOTAL		11	100

		Frequências	%
Peso	40 – 50	01	9,09
	51 – 60	04	36,36
	61 – 70	01	9,09
	71 – 80	01	9,09
	81 – 90	01	9,09
	91 – 101	03	27,27
TOTAL		11	100

		Frequências	%
Estado Civil	União Estável	01	9,09
	Casada	02	18,18
	Solteira	08	72,72
TOTAL		11	100

		Frequências	%
Cor de Pele	Parda	08	72,72
	Amarela	01	9,09
	Preta	01	9,09
	Outros	01	9,09
TOTAL		11	100

Tabela 1 – Distribuição das gestantes de acordo com o perfil epidemiológico, Teresina – 2016.

Examinando-se a distribuição das 11 gestantes com infecções e/ou incontinência urinária, conforme a idade, os resultados revelaram que seis (54,54%) delas apresentam faixa etária de 21 a 30 anos, seguido por quatro (36,36%) de dez a 20 anos e um (9,09%) de 31 a 40 anos. A variável peso mostra que quatro (36,36%) das 11 pacientes apresentavam peso entre 51 a 60 kg, seguido por três (27,27%) de 91 a 101 kg, um (9,09%) de 40 a 50 kg, um (9,09%) de 61 a 70 kg, um (9,09%) de 71 a 80 kg e um (9,09%) de 81 a 90 kg.

Analisando a variável estado civil, evidencia-se que oito (72,72%) das 11 gestantes são solteiras, duas (18,18%) casadas e uma (9,09%) em união estável. A variável raça mostrou que oito (72,72%) se consideram pardas, uma (9,09%) amarela, uma (9,09%) preta e uma (9,09%) de outra raça.

Um estudo realizado a pacientes com ITU e IU no Serviço de Fisioterapia Uroginecológica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), mostrou que quanto ao perfil epidemiológico, 7% das participantes tinham entre 20 e 39 anos, 81% entre 40 e 59 e 12%, 60 anos ou mais. 62% dessas mulheres eram casadas, seguido por 19% solteiras, 7% viúvas e 12% divorciadas. Grande parte delas (79%) possuíam grau de instrução fundamental completo ou incompleto (FIGUEIREDO et al, 2008).

Variáveis		Frequências	%
Motivo da Internação	Infecção do trato Urinário	10	90,9
	Incontinência Urinária	01	9,09
TOTAL		11	100

		Frequências	%
Nº de Gestações	1	06	54,54
	2	03	27,27
	3	01	9,09
	Mais de 3	01	9,09
TOTAL		11	100

		Frequências	%
Partos Anteriores	Parto Cirúrgico	09	81,81
	Parto Vaginal	02	18,18
TOTAL		11	100

		Frequências	%
Gestação Planejada?	Sim	03	27,27
	Não	08	72,72
TOTAL		11	100

		Frequências	%
Diurese	Espontânea	10	90,9
	Em fralda	0	0
	Sonda Vesical de Demora	01	9,09
TOTAL		11	100

		Frequências	%
Doenças	Diabetes	0	0
	Hipertensão	01	9,09
	Não Possui	09	81,81
	Outros	01	9,09
TOTAL		11	100

		Frequências	%
Estilo de Vida	Etilista	01	9,09
	Tabagista	02	18,18
	Sedentária	08	72,72
TOTAL		11	100

		Frequências	%
Medicações de Uso Contínuo	Sim	03	27,27
	Não	08	72,72
TOTAL		11	100

Tabela 2 – Distribuição das gestantes de acordo com o perfil clínico, Teresina – 2016.

No presente estudo, a patologia de maior frequência nessas gestantes foi a Infecção do Trato Urinário, com dez (90,9%), seguido pela Incontinência Urinária com uma (9,09%). Dessas 11 pacientes, seis (54,54%) tiveram só uma gestação, três (27,27%) tiveram duas gestações, uma (9,09%) teve três gestações e uma (9,09%) teve mais de três gestações. Quanto aos tipos de partos, nove (81,81%) tiveram partos cirúrgicos e duas (18,18%) partos normais, sendo que oito (72,72%) delas não tiveram uma gestação planejada e três (27,27%) foram planejadas.

Na variável diurese, dez (90,09%) gestantes apresentaram espontânea e uma (9,09%) por sonda vesical de demora. Nove (81,81%) dessas gestantes não apresentam nenhuma comorbidade, uma (9,09%) possuía hipertensão e uma (9,09%) outra doença (Hipertireoidismo). Na variável estilo de vida, percebeu-se que oito (72,72%) são sedentárias, duas (18,18%) são tabagistas e uma (9,09%) é etilista. Dessas 11 entrevistadas, oito (72,72%) não fazem uso de nenhum medicamento contínuo e três (27,27%) utilizam.

Um estudo realizado com 27 gestantes internadas na maternidade do Hospital Universitário Santa Terezinha em Joaçaba - SC, mostrou que quanto ao planejamento da gravidez, 55,6% não haviam planejado, enquanto 44,4% a planejaram. Este mesmo estudo diz que 51,9% das 27 gestantes tiveram gestações anteriores, e 48,1% eram primíparas, sendo 29,6% com uma gestação, 18,5% duas gestações e 3,7% três gestações (PRANDINI, N.R.; MACIEK, K.F.; VICENSI, M.C., 2016).

Outro estudo realizado com dez gestantes de risco em um hospital da cidade de São Paulo – SP, evidenciou que 60% destas gestantes tiveram parto vaginal e apenas 40% delas tiveram parto cirúrgico (GOUVEIA, H.G.; LOPES, M.H.B.M, 2004).

Variáveis		Frequências	%
Questão 1	Excelente	01	9,09
	Muito Boa	01	9,09
	Boa	07	63,63
	Ruim	01	9,09
	Muito Ruim	01	9,09
TOTAL		11	100

Variáveis	%	%	%	%	%
Questão 11	A 1- 5(45,45)	2 - 4 (36,36)	3 - 0 (0)	4 - 1 (9,09)	5- 1 (9,09)
	B 1- 2(18,18)	2 - 2 (18,18)	3 - 5 (45,45)	4 - 1 (9,09)	5 - 1 (9,09)
	C 1- 1 (9,09)	2 - 1 (9,09)	3 - 2 (18,18)	4 - 2 (18,18)	5 -5(45,45)
	D 1- 4(36,36)	2 - 2 (18,18)	3 - 2 (18,18)	4 - 2 (18,18)	5 - 1 (9,09)

Tabelas 3 – Distribuição do Questionário de Qualidade de Vida – *SHORT FORM* 36 quanto ao domínio: Estado Geral de Saúde, Teresina – 2016.

A tabela 3 descreve sobre a distribuição do questionário de Qualidade de Vida quanto ao domínio Estado Geral de Saúde e aborda as questões 1 e 11. Obteve-se como maior resultado na questão 1 (Em geral, você diria que sua saúde é) a opção Boa, com 63,63%, seguido pelas demais opções que só obtiveram 9,09% cada.

A questão 11 quis saber o quão verdadeiro ou falso era cada afirmação para as gestantes. Na letra A (Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas?) tiveram maiores resultados as opções 1 (Definitivamente verdadeiro) e 2 (A maioria das vezes verdadeiro), com 45,45% e 36,36% respectivamente.

Na letra B (Eu sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa que conheço?), obteve-se maior resultado na opção 3 (Não sei) com 45,45%. A letra C (Eu acho que minha saúde vai piorar?) mostrou que 5 (45,45%) das 11 gestantes responderam a opção 5 (Definitivamente falso). A última letra (Minha saúde é excelente?) evidenciou um maior resultado na opção 1 (Definitivamente verdadeiro), com 36,36%.

Variáveis		Frequências	%
Questão 7	Nenhuma	0	0
	Muito Leve	02	18,18
	Leve	01	9,09
	Moderada	05	45,45
	Grave	02	18,18
	Muito Grave	01	9,09
TOTAL		11	100

Variáveis		Frequências	%
Questão 8	De Maneira Alguma	0	0
	Um Pouco	01	9,09
	Moderadamente	05	45,45
	Bastante	04	36,36
	Extremamente	01	9,09
TOTAL		11	100

Tabelas 4 – Distribuição do Questionário de Qualidade de Vida – *SHORT FORM* 36 quanto ao domínio: Dor, Teresina – 2016.

A tabela 4 fala sobre a distribuição do questionário de Qualidade de Vida quanto ao domínio Dor e aborda as questões 7 (Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?) e 8 (Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal?). Quando perguntadas sobre a quantidade de dor que tiveram durante as últimas 4 semanas, cinco (45,45%) delas responderam Moderada, duas (18,18%) Muito Leve, duas (18,18%) Grave, uma (9,09%) Leve, uma (9,09%) Muito Grave.

Quando perguntadas sobre o quanto de dor interferiu com o trabalho, durante as últimas 4 semanas, cinco (45,45%) delas responderam Moderadamente, seguido por quatro (36,36%) Bastante, uma (9,09%) Um Pouco e uma (9,09%) Extremamente.

Variáveis	Frequências	%	
Questão 6	De Forma Nenhuma	01	9,09
	Ligeiramente	01	9,09
	Moderadamente	04	36,36
	Bastante	04	36,36
	Extremamente	01	9,09
TOTAL	11	100	

Variáveis	Frequências	%	
Questão 10	Todo o Tempo	02	18,18
	A Maior Parte do Tempo	03	27,27
	Alguma Parte do Tempo	04	36,36
	Uma Pequena Parte do Tempo	01	9,09
	Nenhuma Parte do Tempo	01	9,09
TOTAL	11	100	

Tabelas 5 – Distribuição do Questionário de Qualidade de Vida – *SHORT FORM* 36 quanto ao domínio: Aspectos Sociais, Teresina – 2016.

A tabela 5 define a distribuição do questionário de Qualidade de Vida quanto ao domínio Aspectos Sociais e aborda as questões 6 e 10. Na questão 6 (Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?), quatro (36,36%) responderam Moderadamente, seguido por quatro (36,36%) que disseram Bastante, as outras opções obtiveram apenas 9,09% cada.

Na questão 10 (Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais?), quatro (36,36%) das gestantes responderam Alguma Parte do Tempo, seguido por três (27,27%) que disseram A Maior Parte do Tempo, duas (18,18%) Todo o Tempo e as opções Uma Pequena Parte do Tempo e Nenhuma Parte do Tempo obtiveram apenas 9,09% cada.

Um estudo realizado entre mulheres com incontinência urinária, atendidas no ambulatório de um hospital de São José do Rio Preto - SP, abordou quanto à dificuldade na interação familiar, social e conjugal, a maior parte delas referiram não ter problemas na vida sexual (23– 53,5%), com o companheiro (23-53,5%) e com familiares (31-72,1%). (PEDRO et al, 2011). Outro estudo demonstrou que 33,5% das entrevistadas se restringiam

devido a IU, impedindo-as de sair de casa, ir a festas e clubes, fazer viagens longas e frequentar a igreja (HIGA; LOPES; 2006).

Variáveis	Frequências	%	
Questão 2	Muito Melhor	02	18,18
	Um Pouco Melhor	04	36,36
	Quase a Mesma	04	36,36
	Um Pouco Pior	01	9,09
	Muito Pior	0	0
TOTAL	11	100	

Tabela 6 – Distribuição do Questionário de Qualidade de Vida – *SHORT FORM* 36 quanto ao domínio: Vitalidade, Teresina – 2016.

A tabela 6 mostra sobre a distribuição do questionário de Qualidade de Vida quanto ao domínio Vitalidade e aborda a questão 2 (Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua idade em geral, agora?), os resultados dessa questão revelaram que quatro (36,36%) das 11 pacientes responderam que sua idade está Um Pouco Melhor, quatro (36,36%) Quase a Mesma, duas (18,18%) Muito Melhor, uma (9,09%) Um Pouco Pior e nenhuma respondeu Muito Pior.

Variáveis	% (1)		% (2)		% (3)	
Questão 3	A	<u>1</u> - 7 (63,63)	<u>2</u> - 1 (9,09)	<u>3</u> - 3 (27,27)		
	B	<u>1</u> - 4 (36,36)	<u>2</u> - 4 (36,36)	<u>3</u> - 3 (27,27)		
	C	<u>1</u> - 3 (27,27)	<u>2</u> - 4 (36,36)	<u>3</u> - 4 (36,36)		
	D	<u>1</u> - 5 (45,45)	<u>2</u> - 2 (18,18)	<u>3</u> - 4 (36,36)		
	E	<u>1</u> - 3 (27,27)	<u>2</u> - 2 (18,18)	<u>3</u> - 6 (54,54)		
	F	<u>1</u> - 3 (27,27)	<u>2</u> - 3 (27,27)	<u>3</u> - 5 (45,45)		
	G	<u>1</u> - 5 (45,45)	<u>2</u> - 3 (27,27)	<u>3</u> - 3 (27,27)		
	H	<u>1</u> - 6 (54,54)	<u>2</u> - 2 (18,18)	<u>3</u> - 3 (27,27)		
	I	<u>1</u> - 6 (54,54)	<u>2</u> - 1 (9,09)	<u>3</u> - 4 (36,36)		
	J	<u>1</u> - 2 (18,18)	<u>2</u> - 2 (18,18)	<u>3</u> - 7 (63,63)		

Tabela 7 – Distribuição do Questionário de Qualidade de Vida – *SHORT FORM* 36 quanto ao domínio: Capacidade Funcional, Teresina – 2016.

A tabela 7 fala sobre a distribuição do questionário de Qualidade de Vida quanto ao domínio Capacidade Funcional e aborda a questão 3 (Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?).

Na letra A (Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos), 63,63% das gestantes responderam que possuem muita dificuldade nestas atividades, em contrapartida 27,27% disseram que não têm dificuldade em realizar tais atividades. A letra B (Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa) evidenciou que quatro (36,36%) responderam que têm muita dificuldade, seguido por quatro (36,36%) com um pouco de dificuldade em realizar tais atividades.

Na letra C (Levantar ou carregar mantimentos), quatro (36,36%) responderam que possuem um pouco de dificuldade em realizar tal atividade e quatro (36,36%) disseram que não têm dificuldade. Evidenciou-se nas letras D (Subir vários lances de escada) e E (Subir um lance de escada) que 45,45% das gestantes têm dificuldade em subir vários lances de escada e que 54,54% não possuem dificuldade em subir apenas um lance.

Na letra F (Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se) evidenciou que 45,45% das gestantes não possuem dificuldade ao realizar estas atividades. Percebeu-se nas letras G (Andar mais de 1 quilômetro), H (Andar vários quarteirões) e I (Andar um quarteirão) que a maioria das pacientes tiveram dificuldades em realizar essas atividades. Na letra J (Tomar banho ou vestir-se), sete (63,63%) das 11 gestantes responderam que não possuem dificuldade em realizar essa atividade.

Um estudo realizado entre mulheres com incontinência urinária, atendidas no ambulatório de um hospital de São José do Rio Preto - SP, abordou sobre as limitações de atividades diárias e ocupacionais, constatando que a maioria das pacientes relataram que a IU provoca impacto no cotidiano de vida e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida. Sobre a limitação na realização de tarefas, 30 (69,8%) mencionaram ter pouco (9-20,9%), regular (8-18,6%) e muito (13-30,2%), enquanto as restantes, 13 (30,2%) mulheres, não acham que a IU prejudica o desempenho das atividades diárias (PEDRO et al, 2011).

Variáveis			%			%
Questão 4	A	Sim - 8	(72,72)	Não - 3		(27,27)
	B	Sim - 9	(81,81)	Não - 2		(18,18)
	C	Sim - 9	(81,81)	Não - 2		(18,18)
	D	Sim - 9	(81,81)	Não - 2		(18,18)

Tabela 8 – Distribuição do Questionário de Qualidade de Vida – *SHORT FORM* 36 quanto ao domínio: Aspectos Físicos, Teresina – 2016.

A tabela 8 descreve sobre a distribuição do questionário de Qualidade de Vida quanto ao domínio Aspectos Físicos e aborda a questão 4 (Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como conseqüência de sua saúde física?), os resultados dessa questão revelaram que oito (72,72%) responderam que Sim à letra A (Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?) e três (27,27%) responderam que Não à mesma letra.

Na letra B (Realizou menos tarefas do que você gostaria?), nove (81,81%) das gestantes responderam que Sim e duas (18,18%) que Não. As letras C (Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades?) e D (Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades?) obtiveram o mesmo resultado que a letra B.

Um estudo realizado entre mulheres com incontinência urinária no hospital de São

José do Rio Preto – SP, informou haver prejuízo do sono e repouso das mesmas, devido à IU, não foi relatado por 18 (41,9%) mulheres, enquanto as restantes referiram ter prejuízo do descanso sempre (12-27,9), várias vezes (8-18,6%) e às vezes (5- 11,6%) (PEDRO et al, 2011).

Variáveis		%		%	
Questão 5	A	Sim - 8	(72,72)	Não - 3	(27,27)
	B	Sim - 9	(81,81)	Não - 2	(18,18)
	C	Sim - 9	(81,81)	Não - 2	(18,18)

Tabela 9 – Distribuição do Questionário de Qualidade de Vida – *SHORT FORM 36* quanto ao domínio: Aspectos Emocionais, Teresina – 2016.

A tabela 9 aborda sobre a distribuição do questionário de Qualidade de Vida quanto ao domínio Aspectos Emocionais e traz a questão 5 (Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional?), os resultados dessa questão revelaram que oito (72,72%) gestantes responderam que Sim à letra A (Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?) e três (27,27%) delas responderam que Não à mesma letra.

As letras B (Realizou menos tarefas do que você gostaria?) e C (Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?) obtiveram o mesmo resultado, onde nove (81,81%) responderam que Sim e duas (18,18%) que Não.

Outro estudo realizado entre mulheres com incontinência urinária no hospital de São José do Rio Preto – SP, disse que quanto à percepção íntima dessas mulheres sobre a IU, 33 (76,7%) disseram ter problemas emocionais como depressão, sendo 18 (41,9%) muitas vezes, nove (20,9%) regular e seis (14%) pouco (PEDRO et al, 2011).

Variáveis							
Questão 9	A	1 - 3 (27,27)	2 - 2 (18,18)	3 - 2 (18,18)	4 - 0 (0)	5 - 3 (27,27)	6 - 1 (9,09)
	B	1 - 1 (9,09)	2 - 2 (18,18)	3 - 2 (18,18)	4 - 2 (18,18)	5 - 2 (18,18)	6 - 2 (18,18)
	C	1 - 1 (9,09)	2 - 1 (9,09)	3 - 1 (9,09)	4 - 1 (9,09)	5 - 4 (36,36)	6 - 3 (27,27)
	D	1 - 4 (36,36)	2 - 0 (0)	3 - 1 (9,09)	4 - 1 (9,09)	5 - 3 (27,27)	6 - 2 (18,18)
	E	1 - 3 (27,27)	2 - 0 (0)	3 - 0 (0)	4 - 3 (27,27)	5 - 3 (27,27)	6 - 2 (18,18)
	F	1 - 2 (18,18)	2 - 1 (9,09)	3 - 1 (9,09)	4 - 1 (9,09)	5 - 5 (45,45)	6 - 1 (9,09)
	G	1 - 3 (27,27)	2 - 0 (0)	3 - 1 (9,09)	4 - 2 (18,18)	5 - 3 (27,27)	6 - 2 (18,18)
	H	1 - 3 (27,27)	2 - 3 (27,27)	3 - 0 (0)	4 - 0 (0)	5 - 3 (27,27)	6 - 2 (18,18)
	I	1 - 3 (27,27)	2 - 1 (9,09)	3 - 0 (0)	4 - 1 (9,09)	5 - 6 (54,54)	6 - 0 (0)

Tabela 10 – Distribuição do Questionário de Qualidade de Vida – *SHORT FORM 36* quanto ao domínio: Saúde Mental, Teresina – 2016

A tabela 10 define sobre a distribuição do questionário de Qualidade de Vida quanto ao domínio Saúde Mental e aborda a questão 9 (Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.). Na letra A (Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?) obteve-se com maior resultado entre as 11 gestantes, as opções 1 (Todo Tempo) e 5 (Uma pequena parte do tempo) com 27,27% cada.

Na letra B (Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?), observou-se com menor resultado a opção 1 (Todo Tempo), como resposta de apenas 01 (9,09%) das 11 gestantes. Obteve-se como maior resultado na letra C (Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-la?), a opção 5 (Uma pequena parte do tempo), respondida por quatro (36,36%) das entrevistadas, seguido pela opção 6 (Nunca) que foi respondida por três (27,27%) das mesmas.

Notaram-se nas letras D (Quanto tempo você tem se sentido calma ou tranquila?), E (Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?), F (Quanto tempo você tem se sentido desanimada ou abatida?) e G (Quanto tempo você tem se sentido esgotada?), que a maior parte das entrevistadas tiveram como resposta a opção 1 (Todo tempo), seguida pela opção 5 (Uma pequena parte do tempo).

A letra H (Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?) evidenciou com maiores resultados as opções 1 (Todo Tempo), 2 (A maior parte do tempo) e 5 (Uma pequena parte do tempo), com 27,27% cada. A opção mais elegida na letra I (Quanto tempo você tem se sentido cansada?) foi a 5 (Uma pequena parte do tempo), respondida por 06 (54,54%) das 11 gestantes e teve-se como menores respostas as opções 3 (Uma boa parte do tempo) e 6 (Nunca) não elegidas por nenhuma das gestantes.

Um estudo realizado com mulheres com IU, atendidas no ambulatório de um hospital de São José do Rio Preto – SP, disse que 30 (69,8%) das entrevistadas referiram não ter problema de cansaço relacionado à IU, 30 (69,8%) referiram maior dispêndio de energia, sempre 16 (37,2%), muitas vezes 5 (11,6%) e às vezes 9 (20,9%) (PEDRO et al, 2011).

5 | CONCLUSÃO

Durante a gestação, existem diversas mudanças na vida de cada mulher, desde desconfortos físicos, mentais, problemas sociais, e é necessária a percepção destes fatores pelos profissionais da saúde, diminuindo tudo aquilo que pode influenciar negativamente a qualidade de vida das mesmas. Assim, esta pesquisa contribuiu para investigar sobre essa temática, afim de se obter uma melhoria da assistência prestada à essas gestantes.

Os resultados obtidos neste estudo estão em concordância com a literatura. Avaliar a qualidade de vida dessas gestantes internadas contribui para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem. Ainda que na amostra investigada o impacto da IU e ITU na

qualidade de vida das mulheres sofreram prejuízos, isso não diminui a importância das queixas das pacientes, pois, por menor que seja o impacto desses problemas na QV, esse deve ser considerado e adequadamente abordado.

Esses resultados contribuirão para o direcionamento do foco de abordagem na avaliação e intervenções preventivas e reabilitadoras para mulheres com IU e ITU neste e em outros serviços, além de ampliar o conhecimento do perfil das mulheres atendidas em serviços públicos.

REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, A. D. et al. Epidemiologia da incontinência urinária feminina. In: Amaro, L. I. et al. Reabilitação do assoalho pélvico nas disfunções Urinárias e anorretais. **São Paulo: Segmento Farma**; p. 33-41, 2005.

BAIKIE, P. D. **Sinais e sintomas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**. 3. ed. Brasília: (DF), 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 569 de 1º de Junho de 2000. Estabelece princípios e diretrizes para estruturação do Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento**. [citado em: 10 dez 2004]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 07 de Maio de 2016.

BORBA, A. M. C.; LELIS, M. A. S.; BRÊTAS, A. C. P. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 527-535, 2008.

COSTA, C. S. C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 2 p. 516-522, 2013.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Rev. Latino-am Enfermagem.**, v. 11, n. 4, p. 532-538, 2003.

DUARTE, G. et al. Infecção urinária na gravidez: análise dos métodos para diagnóstico e do tratamento. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v.24, n.7, p. 471-477, 2002.

DUARTE, G. **Diagnóstico e condutas nas infecções ginecológicas e obstétricas**. FUNPEC, 2004.

FIGUEIREDO, E.M, et I. Perfil sociodemográfico e clínico de usuárias de Serviço de Fisioterapia Uroginecológica da rede pública. **Rev Bras Fisioter.**, v.12, n. 2, p. 136-142, 2008.

GAMEIRO, M. O.; AMARO, J. L. Profilaxia da Incontinência urinária. In: Amaro JL, et al. Ribeiro RM **Reabilitação do assoalhopélvico**. São Paulo: Segmentofarma; p. 50-59, 2005.

GILBERT, E.; HARMON, J. **Infecções genitourinárias transmitidas sexualmente e não-sexualmente**. In: GILBERT, E.; HARMON, J. Manual prático de gravidez e parto de alto risco. 2. ed Rio de Janeiro: Revinter, p. 601-640, 2002.

GOUVEIA HG, LOPES MHB. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 175-182, 2004.

HEILBERG, I. P.; SCHOR, N. Abordagem diagnóstica e terapêutica na infecção do trato urinário - ITU. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 49, n 1, p. 109- 116, 2003.

- HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M. Fatores associados com a incontinência urinária na mulher. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 4, p. 422-428, 2005.
- HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 40, n. 1, p. 34-41, 2006.
- HU, T. W., et. al. Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: a comparative study. **Urology.**, v. 63, n. 3, p. 461-465, 2004.
- MARINELLI, M. C., et. al. Alterações anátomo-funcionais do trato urinário durante a gestação. **Rev. Femina.**, v. 30, n. 1, p. 33-37, 2002.
- MCDERMOTT, S., et. al. Urinary tract infections during pregnancy and mental retardation and developmental delay. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 96, n. 1, p. 113-119, 2000.
- MEYER, S., et. al. The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 92, n. 4, p. 613-618, 1998.
- MOURA et al. **J. Applied Microb.** 2009, 106, 1779-91 Fihn S, NEJM, Jul, p. 259-266, 2003.
- NICOLLE, L. E. AMMI Canada Guidelines Committee. Complicated 10. urinary tract infection in adults. **Can J. Infect. Dis Med. Microbiol.**, v. 16, n. 6, p. 349-360, 2005.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação- 2001/2002.** Tradução de Jane Liliame M. Michel. Porto Alegre (RS): Artmed; 7. Farias MCAD, 2002.
- NOWICKI, B. Urinary tract infection in pregnant women: old dogmas 7. and current concepts regarding pathogenesis. **Current infectious disease reports**, v. 4, n. 6, p. 529-535, 2002.
- OLIVEIRA, C., et al. Urinary incontinence in pregnant women and its relation with socio-demographic variables and quality of life. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 59, n. 5, p.460-466, 2013.
- PEDRO, A. F., et. al. Qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 7, n. 2, p. 63-70, 2011.
- PRANDINI, N.R; MACIEK, K.F.; VICENSI, M.C. Perfil das gestantes atendidas na maternidade do hospital universitário Santa Terezinha, Joaçaba, SC. **Unoesc & Ciência-ACBS**, v. 7, n. 1, p. 105-110, 2016.
- RETT, M. T., et. al. Qualidade de vida em mulheres após tratamento da incontinência urinária de esforço com fisioterapia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 29, n. 3, p. 134-140, 2007.
- RIBEIRO, J. P.; RAIMUNDO, A. Satisfação sexual e percepção de saúde em mulheres com incontinência urinária. **Anál. Psicol.**, v. 3, n. 23, p. 305-314, 2005.
- RISS, P.; KARGL, J. Quality of life and urinary incontinence in women. **Maturitas**, v. 68, n. 2, p. 137-142, 2011.
- SANTOS, A. R.; OKAZAKI. E. L. J. Intervenções de enfermagem para a incontinência urinária durante o ciclo gravídico-puerperal. **Rev. Enferm. UNISA**, n. 6, p. 5-8, 2005.
- SARTORI, J. P., et. al. Distúrbios urinários no climatério: avaliação clínica e urodinâmica. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 21, n. 2, p. 77-81, 1999.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. (SBU). **Incontinência urinária: propedêutica**, 2006.

SKARPA, Q. P.; HERRMANN, V. Prevalência de sintomas do trato urinário inferior no 3º trimestre da gestação. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 2, p. 98-100, 2005.

AS PERSPECTIVAS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM FRENTE AO MERCADO DE TRABALHO

Data de aceite: 05/06/2020

Kamille Regina Costa de Carvalho

Graduação em enfermagem pela a Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN, Pós-graduação em Enfermagem em Terapia Intensiva pela UNIPOS, Pós- graduanda em Estética Avançada pelo INCURSOS, Teresina-PI.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8625689208676706>

Adaliany Kelly Rosa

Graduação em enfermagem pela a Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN, Teresina-PI.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2505012675471959>

Bruna Furtado Sena de Queiroz

Graduação em enfermagem pela a Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN, Pós-graduação em Saúde Pública pelo a IESM, Pós-graduação em Docência do Ensino Superior pelo a IESM, Pós- graduanda em estética avançada pelo a IESM, Teresina-PI.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6958293564184754>

Francileuza Ciriaco da Cruz

Graduação em enfermagem pela a Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN, Pós-graduanda em Enfermagem oncológica pela Unyleya, Teresina-PI.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0862554609520213>

Josane Carvalho Maia da Silva

Graduação em enfermagem pela a Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN, Teresina-PI.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2935708843561887>

Joseane Lima de Oliveira

Graduação em Enfermagem pela Uninovafapi, Teresina-PI.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0124523528959968>

Kamila Cristiane de Oliveira Silva

Mestrado em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5002777780952647>

Letícia Soares de Lacerda

Graduação em enfermagem pela a Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN, Pós graduação em Terapia Intensiva pelo Instituto Camilo Filho, Teresina-PI.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1869324436020633>

Sabrina Andrade da Silva

Graduação em enfermagem pela a Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN, Pós graduação em Terapia Intensiva pelo Instituto Camilo Filho, Teresina-PI.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8017477460919108>

Raquel Gomes Gonzalez Aleluia

Graduação em enfermagem pela a Faculdade Integral Diferencial FACID/WYDEN,, Pós graduada em Saúde Coletiva pela UFPI, Teresina-PI.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7694893959471487>

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo avaliar as perspectivas dos acadêmicos de enfermagem frente ao mercado de trabalho

em uma instituição de ensino superior (IES) de Teresina-PI. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo de natureza exploratória e abordagem quantitativa. Realizada em uma instituição de ensino superior (IES) em Teresina- PI, com 71 acadêmicos de enfermagem após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa através do número de parecer: 1.624.595. A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2016. Houve predominância do sexo feminino com idade entre 20 a 40 anos, sendo a maioria situada na faixa etária de 20 a 24 anos, Quanto aos demais dados sócios demográficos, verificou-se que a maioria dos acadêmicos de enfermagem é natural do estado do Piauí, solteiro, não tem filhos e cursam o 10^a período. No que tange as expectativas em relação ao mercado de trabalho constatou-se que a maioria dos estudantes prefere conseguir um emprego público/vínculo estável Quanto ao grau de satisfação dos acadêmicos, ocorreu predomínio dos que estão satisfeitos com a instituição. Acredita-se que a pesquisa possa contribuir para o levantamento das perspectivas pelos acadêmicos de enfermagem em relação ao mercado de trabalho, com a finalidade de reconhecer as dificuldades e facilidades enfrentadas pelos discentes quanto à inserção no mercado de trabalho.

PALAVRA-CHAVE: Acadêmicos; enfermagem; mercado de trabalho.

THE PERSPECTIVES OF NURSING ACADEMICS IN FRONT OF THE LABOR MARKET

ABSTRACT: This study aimed to evaluate the perspectives of nursing students regarding the job market in a higher education institution (HEI) in Teresina-PI. This is a descriptive research with an exploratory nature and a quantitative approach. Held in a higher education institution (HEI) in Teresina-PI, with 71 nursing students after approval by the Research Ethics Committee through the number of opinions: 1,624,595. Data collection took place in the months of September and October 2016. There was a predominance of females aged 20 to 40 years, the majority being in the age group of 20 to 24 years old. As for the other demographic data, it was found that most nursing students are born in the state of Piauí, single, have no children and are in the 10th period. Regarding expectations in relation to the job market, it was found that most students prefer to get a public job / stable relationship Regarding the degree of satisfaction of the students, there was a predominance of those who are satisfied with the institution. It is believed that the research can contribute to the survey of perspectives by nursing students in relation to the job market, in order to recognize the difficulties and facilities faced by students regarding the insertion in the job market.

KEYWORDS: Academics; nursing; labor market.

1 | INTRODUÇÃO

A transição da academia para o campo de trabalho é um processo desafiador para os acadêmicos de enfermagem. A preocupação com esse momento é algo comumente observado nos graduandos e egressos, havendo muitas vezes, ansiedade por terem de

assumir as responsabilidades atribuídas ao enfermeiro e as novas demandas de atitudes e competências (JESUS et al., 2013).

Na formação acadêmica, o aluno se depara com situações que exigem tomadas de decisões importantes, como alto nível de habilidades cognitivas, disposição e atitudes proativas. A insegurança e a ansiedade são decorrentes desse processo e podem desencadear ou piorar o estresse (MOREIRA; FUREGATO, 2013).

No período final da formação, o sentimento de responsabilidade dos alunos aumenta e predominam os sinais de impotência e a sensação de pouco saber para enfrentar o mundo do trabalho. Esta insegurança dos alunos, em final de curso, frente ao início da atividade profissional faz com que os alunos refiram a necessidade de auxílio à inserção no mercado de trabalho (BARGADI et al., 2006).

As perspectivas de estudantes de enfermagem, no momento que antecede o início de suas experiências práticas, vêm ao encontro da necessidade de produção de conhecimentos relativos à formação de profissionais para esse importante segmento da área da saúde (DIAS et al., 2014).

As rápidas mudanças decorrentes do avanço tecnológico e do processo de globalização vêm causando grandes transformações no mercado de trabalho, tornando cada vez mais instável, exigente e complexa a inserção e a permanência do profissional no mercado (FILHO; ANDRADE; SOUZA, 2013).

O conhecimento acerca da quantidade de enfermeiros, pelos acadêmicos de enfermagem, constitui como uma das dificuldades enfrentadas por estes uma vez que os enfermeiros representam, quantitativamente, o maior grupo dentre os profissionais da área de saúde (FERREIRA et al., 2007).

Esta pesquisa teve com objetivo geral: avaliar as perspectivas dos acadêmicos de enfermagem frente ao mercado de trabalho em uma instituição de ensino superior (IES) de Teresina-P.

2 | METODOLOGIA

2.1 Procedimentos Éticos

A pesquisa foi realizada respeitando os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas, envolvendo principalmente seres humanos, dessa forma foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa-CEP/FACID, sob o número de CAAE: 56963516.4.0000.5211, e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice A) e Roteiro de Coleta de Dados (Apêndice B).

2.2 Método De Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo de natureza exploratória e abordagem quantitativa.

2.3 Cenário E Participantes do Estudo

2.3.1 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma instituição de ensino superior (IES) em Teresina- PI.

2.3.2 População

A pesquisa foi realizada com os acadêmicos do curso de enfermagem em uma instituição de ensino superior (IES) de Teresina – PI, que estavam cursando os quatro últimos períodos. Mediante levantamento prévio foi coletado de 71 estudantes no período de 01 de setembro a 09 de outubro de 2016. A amostra de participantes do estudo foi formulada, tendo em vista que, a população dos acadêmicos de enfermagem dos quatro últimos períodos da IES corresponde a 100 estudantes e, considerando o erro amostral de 5% com nível de confiança de 95%, o tamanho recomendado para a amostra foi 80 acadêmicos de enfermagem. Durante a coleta de dados dentre as dificuldades encontradas, certamente, foi devido à redução quantitativa de alunos na reta final do curso e, tendo ainda mudança significativa da grade curricular imposta pela IES. Pode-se citar ainda, a impossibilidade de contemplação da amostra anterior ($n^{\circ}=80$) justificada por alunos faltosos e/ou atestado médico urgente. Cabe ressaltar a redução da amostra da pesquisa de ($n^{\circ}=80$) para ($n^{\circ}=71$).

2.3.3 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão são os acadêmicos de enfermagem que estavam cursando os quatro últimos períodos.

2.3.4 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão são os acadêmicos de enfermagem dos quatro últimos períodos, que estavam afastados por atestado médico ou por motivos pessoais.

2.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE A) e pelo Questionário (APÊNDICE B), que contemplam as perspectivas em relação ao mercado de trabalho e ao exercício da profissão, dentre outras informações (dados sócio econômicos, expectativas em relação ao mercado de trabalho, avaliar a percepção dos acadêmicos quanto ao suporte estrutural da instituição e corpo docente, principais atividades associadas à qualificação profissional dos acadêmicos e percepção quanto à aptidão em relação à inserção no mercado de trabalho).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, fez-se a caracterização sócio demográfica dos acadêmicos do curso de enfermagem em uma instituição de ensino de Teresina-PI, como é demonstrado na Tabela 1.

Na tabela 1 dos (71) 100% entrevistados e respondentes do questionário e que participaram do estudo acadêmicos de enfermagem com predominância do sexo feminino (63) 88,7% e masculino (8) 11,3%, que apresentaram a idade entre 20 a 40 anos, com a maioria da faixa etária de 20 a 24 anos (51) 71,8%, com idade média de 24,65 anos. Nos demais dados sócios demográficos, dos acadêmicos do curso de enfermagem em uma instituição de ensino de Teresina-PI, verificou-se que a maioria é natural do estado do Piauí (56) 78,9%, solteiro (63) 88,7%; não tem filhos (62) 87,3%, e cursa o 10^a período (21) 29,6%.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	8	11,3
Feminino	63	88,7
Faixa Etária		
20 a 24 anos	51	71,8
25 a 29 anos	11	15,5
> 30 anos	9	12,7
Mínimo – Máximo	20 – 40	
Média ± Desvio Padrão	24,65 ± 4,87	
IC95%	23,49 – 25,80	
Estado		
Bahia	1	1,4
Ceará	1	1,4
Maranhão	10	14,1
Pernambuco	1	1,4
Piauí	56	78,9
São Paulo	1	1,4
Não informado	1	1,4
Estado Civil		
Solteiro	63	88,7
Casado	4	5,6
Separado	2	2,8
Viúvo	-	-
Outros	1	1,4
Não informado	1	1,4
Possui filhos		
Não*	62	87,3
Variáveis		
	N	%
Sim	7	9,9
Não informado	2	2,8
Período do curso		
7º Período	17	23,9
8º Período	13	18,3
9º Período	19	26,8
10º Período	21	29,6
Não informado	1	1,4
Total	71	100,0

Continuação da Tabela 1

Quebra da Tabela 1

Tabela 1 – Perfil sócio demográfico dos acadêmicos do curso de Enfermagem de uma instituição de ensino de Teresina – Piauí, 2016.

Fonte: Pesquisa Direta; (n) Frequência absoluta; (%) Porcentagem relativa.

Segundo estudo realizado na região Sul, Murini et al. (2005) verificou aspectos sócio demográficos dos acadêmicos tais como: sexo, faixa etária e estado civil, sendo a maioria do sexo masculino; na faixa etária de 21 a 30 anos e solteiros. Vale ressaltar ainda, estudo realizado também na região Sul, Silveira, Murini e Denardin (2008) afirmaram em relação ao gênero que 50% são do sexo feminino e 50% masculino; quanto à faixa etária, 50% estão entre 21 e 25 anos, 36% entre 26 e 30 anos, 14% estão acima de 36 anos.

No trabalho de Püschel, Inácio e Pucci (2009) verificaram que a maioria é do sexo feminino 92%, solteira 68,8%. A idade média foi de 27 anos e a maioria não possui filhos 85,1%.

No estudo Pierantoni et al. (2008) sua pesquisa afirmou que apesar de haver uma maior participação de alunos do sexo masculino, há ainda uma predominância do sexo feminino (90%). A população do estudo é predominante jovem, estando na faixa etária de 23 a 28, representando 54,9%. Investigou-se também a nacionalidade dos alunos e verificou-se que 99,4% são de nacionalidade brasileira. Observou-se que os participantes

da pesquisa são predominantemente naturais da Bahia (41,2%), seguido do Rio de Janeiro (10,8%). Verificou-se também que os alunos participantes do estudo são majoritariamente solteiros (81,1%) e não possuem filhos (83,1%).

Na Tabela 2 apresenta as expectativas em relação ao mercado de trabalho pode-se constatar que a maioria dos acadêmicos de enfermagem (53) 74,6% prefere conseguir um emprego público/vínculo estável seguido de (29) 40,8% ter mais de um emprego e por último (16) 22,5% trabalhar em PSF.

Expectativas em relação ao mercado de trabalho	n	%
Conseguir um emprego público/ vínculo estável	53	74,6
Trabalhar como autônomo (a)	6	8,5
Trabalhar em PSF	16	22,5
Ter mais de 1 emprego	29	40,8
Ser bem remunerado não importando o tipo de vínculo	12	16,9
Não sei opinar	-	-
Outros	2	2,8
Total	71	100,0

Tabela 2 – Expectativas em relação ao mercado de trabalhos dos acadêmicos do curso de Enfermagem de uma instituição de ensino de Teresina – Piauí, 2016.

Fonte: Pesquisa Direta; (n) Frequência absoluta; (%) Porcentagem relativa.

Para Metznerm e Ostrovski (2013) as expectativas dos acadêmicos para a escolha profissional se apresentam como um desafio antes de ingressar no mercado de trabalho, influenciado pelos fatores familiares e sociais e continua no percurso da sua formação pela incerteza de inserção no mercado de trabalho. Esta escolha da formação é impactada pela conjuntura econômica e política do período, pelas expectativas profissionais e pela aproximação da instituição de ensino para a preparação para o mercado de trabalho.

Ainda referente ao autor citado acima, ele afirmou em seu estudo que os entrevistados da sua pesquisa estão satisfeitos em suas escolhas profissionais, assim apresentaram muitas expectativas positivas ao término do curso, em sua inserção no mercado de trabalho e desenvolvimento da profissão escolhida, evidenciando o desejo pela estabilidade na profissão, por intermédio de concurso público.

No estudo de Pierantoni et al. (2008) em relação à expectativa dos graduandos sobre sua inserção no mercado de trabalho, observou-se que a aspiração profissional de 47,5% é conseguir um emprego público com vínculo estável. Somando-se a isto, 29,2% que desejam trabalhar em PSF, o qual essencialmente representa também o setor público, configura-se o percentual de 86,7% de graduandos que almejam este subsetor.

Na Tabela 3 apresenta-se o grau de satisfação dos acadêmicos em relação às condições oferecida pela instituição de ensino, em que (66) 93% estão satisfeitos com a instituição, sendo que (43) 60,6 % justificaram a escolha em virtude da qualificação docente, (5) 7% não estão satisfeitos.

Satisfação	n	%
Sim	66	93
Porque oferece o curso em horário que me permite trabalhar	2	2,8
Porque tem uma infraestrutura adequada para o ensino	26	36,6
Porque conta com uma equipe de professores qualificada	43	60,6
Porque apresenta falta de recursos materiais e infraestrutura	1	1,4
Porque não conta com bons professores	-	-
Porque não oferece bons campos de prática	-	-
Não	5	7,0
Outro	4	5,6
Não informado	1	1,4
Total	71	100,0

Tabela 3 – Distribuição da satisfação dos acadêmicos do curso de Enfermagem das condições oferecidas pela Instituição de ensino de Teresina – Piauí, 2016.

Fonte: Pesquisa Direta; (n) Frequência absoluta; (%) Porcentagem relativa.

Diante do exposto, Souza e Tavares (2013) afirmou em seu estudo que a maioria está parcialmente satisfeito com o que o curso vem oferecendo, diante do esperado pelos acadêmicos, corroborando com achados do estudo em questão.

Na pesquisa de Pierantoni et al. (2008) falou em seu estudo que em relação à satisfação com as condições oferecidas pela instituição de ensino onde estavam cursando a graduação, 74,3% dos alunos estão satisfeitos com as condições oferecidas pela a instituição de ensino. Dentre aqueles que estavam satisfeitos, observou-se que os acadêmicos alegaram ser pela equipe de professores qualificada. Ressalte-se ainda, um expressivo contingente que assinalaram o fato da instituição possuir uma infraestrutura adequada para o ensino.

Nessa perspectiva, ainda de acordo com Tabela 3, vale destacar que 5 (7%) não estão satisfeitos. Para Souza e Tavares (2013) o motivo pelo qual os acadêmicos não se encontram satisfeitos com o curso é muito impreciso, podendo ser por questões do próprio curso ou ainda do próprio acadêmico de não ter afinidade com o curso escolhido.

Para Pierantoni et al. (2008) em sua pesquisa afirmou que em relação à satisfação com as condições oferecidas pela instituição de ensino onde estavam cursando a graduação, relacionando com a natureza jurídica da instituição de ensino, observou-se que 55,1% dos alunos não estão satisfeitos com as condições oferecidas pela instituição. Procurou-se saber o motivo pelo quais os alunos estavam insatisfeitos com tais condições. Verificou-se que a falta de recursos materiais e infraestrutura da instituição de ensino era o motivo da insatisfação dos acadêmicos de enfermagem. Porém, os alunos afirmaram o fato da instituição não oferecer bons campos de prática.

Dentre as atividades elencadas como essenciais para a qualificação profissional dos acadêmicos de enfermagem na Tabela 4 pode-se levantar que a maior frequência se deu para participação em Liga Acadêmica(42) 59,2%, seguido de apresentação de trabalhos em eventos/congressos (41) 57,7%.

	Sim n (%)	Não n (%)	Não informado n (%)
Realiza ou realizou estágio extracurricular?	35 (49,3)	31 (49,3)	1 (1,4)
Participa ou participou de projeto de iniciação científica?	26 (36,6)	45 (63,4)	-
Já apresentou algum trabalho em eventos/congressos?	41 (57,7)	30 (42,3)	-
Você participa ou já participou de monitoria?	23 (32,4)	47 (66,2)	1 (1,4)
Você já participou ou participa de alguma Liga Acadêmica?	42 (59,2)	29 (40,8)	-

Tabela 4 – Distribuição das principais atividades associadas à qualificação profissional dos acadêmicos do curso de Enfermagem de uma instituição de ensino de Teresina – Piauí, 2016.

Fonte: Pesquisa Direta; (n) Frequência absoluta; (%) Porcentagem relativa.

De acordo com estudo de Hamamoto Filho (2011) investigou as principais atividades extracurriculares de seus alunos da área da saúde. A atividade mais frequentada em 2002 foram as Ligas Acadêmicas (72,6%), com significativo aumento em relação a 1999, quando eram frequentadas por 58,5% dos alunos. Nessa perspectiva de acordo com o autor anteriormente referido aponta que as ligas passaram a ser uma opção adotada pelos acadêmicos para constituir um currículo diferenciado e são formadas por estudantes, geralmente, do mesmo curso, onde ocorre o aprofundamento do aprendizado em determinado tema, visando o aperfeiçoamento do conhecimento pessoal.

Para Lacerda et al (2008) os trabalhos apresentados em eventos científicos/congressos proporcionam uma fonte de informação que contribui para a formação intelectual e qualificação profissional do estudante. Em sua pesquisa dentre os estudantes entrevistados atribuíram a importância da participação em eventos científicos já que os dados revelaram que 66,9% indicaram que é “muito importante” e 31,2 % “importante”, o que resulta em 98,1% dos estudantes, por outro lado apenas 73,4% do total desses já participaram em eventos científicos. É importante salientar que 1,9% dos estudantes consideraram essa participação em eventos como sendo “nada importante”.

Pierantoni et al. (2008) afirmou em sua pesquisa a participação dos alunos em Congressos de enfermagem e verificou-se que 90,8% participaram e apresentaram trabalhos em eventos/congressos. Isto pode demonstrar o incentivo maior da instituição de à produção científica e à publicação de trabalhos.

Nessa perspectiva, na tabela 4 as atividades com menor frequência de participação foram à monitoria (47) 66,2% e, por conseguinte o projeto de iniciação científica (45) 63,4%.

Para Checinel (2005) a justificativa dos acadêmicos não participarem da monitoria

esta relacionado ao fato de que a instituição oferta um reduzido quadro de vagas para e também a timidez para administrar aulas, a falta de tempo, a responsabilidade, e a necessidade de embasamento para ser capaz de alcançar os objetivos dessa tarefa podem exercer uma pressão mais que compreensível sobre o monitor.

Na perspectiva de Castro (2006) é possível afirmar que o déficit de interesse dos acadêmicos de enfermagem a participarem do projeto de iniciação científica é devido a pequena quantidade de bolsas distribuídas, segundo 38% dos entrevistados. A resposta Outros foi marcada por 29% dos respondentes, levantando, principalmente a questão da falta de tempo e a dificuldade de se conseguir uma bolsa. Ainda, 15% não participariam em virtude do valor da bolsa e 13% não responderam a questão. Destaca-se que a falta de tempo, em virtude da maior parte dos discentes do curso (55,8%) trabalharem durante o dia e o valor das bolsas geralmente inferior à renda média dos estudantes, são fatores relevantes para a não participação dos alunos em programas de pesquisa.

Na avaliação da tabela 5 pode-se analisar que (69)97,2% dos acadêmicos de enfermagem se consideram aptos para a inserção no mercado de trabalho, sendo que (67) 94,4% pretendem exercer a profissão de enfermagem.

	Sim n (%)	Não n (%)
De acordo com a sua perspectiva, você se considera apto para inserção no mercado de trabalho?	69 (97,2)	2 (2,8)
Pretende exercer a profissão de enfermagem?	67 (94,4)	4 (5,6)

Tabela 5 – Distribuição da percepção quanto à aptidão à inserção no mercado de trabalho dos acadêmicos do curso de Enfermagem de uma instituição de ensino de Teresina – Piauí, 2016.

Fonte: Pesquisa Direta; (n) Frequência absoluta; (%) Porcentagem relativa.

Pierantoni et al. (2008) afirmou em sua pesquisa que além de um mercado de trabalho favorável, a facilidade de inserção dos graduandos no mesmo e a expectativa de conseguir emprego também os mobilizam. Por isso, o estudo contemplou este aspecto, onde se constatou que 42,9% dos graduandos apresentam-se aptos e seguros para exercer a profissão de enfermagem e conseguir um emprego após a conclusão do curso.

Para Püschel, Inácio e Pucci (2009) afirmam que a instituição de ensino tem um papel fundamental na formação dos futuros enfermeiros que se inserirão no mercado de trabalho. Por isso, é imprescindível considerar que o conhecimento é essencial para os profissionais da saúde, em particular da enfermagem, constitui parâmetro importante para as instituições de ensino que têm o papel de formar pessoas para atender não somente o mercado de trabalho, mas também para responder às demandas sociais e de saúde e, especialmente, contribuir para a transformação da sociedade.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se que quanto aos acadêmicos de enfermagem da IES houve predominância do sexo feminino com idade entre 20 a 40 anos, sendo a maioria situada na faixa etária de 20 a 24 anos, com idade média de 24,65 anos. Quanto aos demais dados sócios demográficos, verificou-se que a maioria dos acadêmicos de enfermagem é natural do estado do Piauí, solteiro, não tem filhos e cursam o 10^a período.

No que tange as expectativas em relação ao mercado de trabalho constatou-se que a maioria dos estudantes prefere conseguir um emprego público/vínculo estável seguido da opção de ter mais de um emprego. Quanto ao grau de satisfação dos acadêmicos em relação às condições oferecida pela IES, ocorreu predomínio dos que estão satisfeitos com a instituição, justificando-se pela escolha da qualificação docente.

Acredita-se que a pesquisa possa contribuir para o levantamento das perspectivas pelos acadêmicos de enfermagem em relação ao mercado de trabalho, com a finalidade de reconhecer as dificuldades e facilidades enfrentadas pelos discentes quanto à inserção no mercado de trabalho.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, T.L.A. et al. Expectativas e percepções dos estudantes do curso técnico em enfermagem com relação ao mercado de trabalho **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.20, Esp, p.45-51.2011.

BARDAZI, M. et al. Escolha profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de estudantes formandos. **Revista Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, v.10, n.1, p.69-82, jun. 2006..

CANEVER, B.P. et al. Processo de formação e inserção no mercado de trabalho: uma visão dos egressos de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.35, n.1, mar. 2014.

CORBELLINI, V.L. et al. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro.. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.4, p.555-60. jul-ago.2010.

CECHINEL, M.P. et al. As relações sociais entre os diferentes sujeitos da monitoria acadêmica em um centro biomédico. **Revista Enfermagem UERJ**. v.13, n.1, p.51-56. jan.-abr. 2005.

COLENCI, R; BERTI, H.W. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.1, p. 158-166, fev.2012.

COSTA, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Revista Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis**, v. 18, n.4, p. 661-669, out/dez. 2009.

DIAS, E.P. et al. Expectativas de alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em instituições de saúde. **Revista Psicopedagogia**, São Paulo, v.31, n.94, p.44-55. 2014.

FERNANDES, J.G; REBOUÇAS, L.C. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.66 n.spe, p.95-101. 2013.

FERREIRA, A.C.M. et al. ENFERMAGEM: Perspectivas de inserção de egressos da graduação no mercado

de trabalho. **Revista Meio Ambiente e Saúde**, v.2, n.1, p. 151-161. 2007.

FILHO, E.P.F; ANDRADE, A.F; SOUZA, L.Q. A Administração e os Desafios da Contemporaneidade: a Percepção dos Acadêmicos do Curso de Administração Quanto Ao Desenvolvimento de Sua Empregabilidade. **Revista Gestão e Tecnologia para a Competitividade**, out. 2013.

FORMIGA, J.M.M; GERMANO, R.M. Por dentro da História: o ensino de Administração em Enfermagem. **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília, v.58 n.2, p.222-226. Mar-abr. 2005.

FRELLO,A.T; CARRARO, T.E. Contribuições de florence nightingale: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.17, n.3, p573-579. Jul-set. 2013

JESUS, B.H. et al. Inserção no mercado de trabalho: trajetória de egressos de um curso de graduação em enfermagem. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, abr/jun.2013.

HAMAMOTO FILHO,P.T. Ligas Acadêmicas: Motivações e Críticas a Propósito de um Repensar Necessário **Revista Brasileira de Educação Médica**. São Paulo. v.35,n. 4, p.535-543. 2011.

LACERDA, A.L. et al. A importância dos eventos científicos na formação acadêmica: estudantes de biblioteconomia **Revista ACB: Biblioteconomia**. Florianópolis, v. 13, n. 1, p.130-144 .2008..

MURINI, L.T; FREO, A.A; MADRUGA, L.R.R.G. Perspectivas quanto ao mercado de trabalho na visão dos acadêmicos do Curso de Administração da UFSM x UNIFRA. **Simpósio de excelência em gestão e tecnologia –SEGet-Gestão de Pessoas-05/268**. 2005.

PADILHA, M.I.C.S; MANCIA, J.R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.6, p. 723-726, nov/dez. 2005. .

PIERANTONI, C.R. et al. Alunos de graduação de enfermagem-Perfil, expectativas e perspectivas profissionais. **Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde**.Rio de Janeiro. p.01-92. Jun.2008.

PÜSCHEL, V.A.A; INÁCIO, M.P; PUCCI, P.P.A. Inserção dos egressos da Escola de Enfermagem da USP no mercado de trabalho: facilidades e dificuldades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v43, n.3, p. 535-542, set. 2009.

SANTOS, C.E; SANNA, M.C. Inserção dos egressos do curso de graduação em enfermagem de uma universidade particular do grande abc no mercado de trabalho*. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v56, n.6, p. 630-633, nov/dez.2003..

SILVA,C.M.V. et al. Sentimentos dos enfermeiros frente ao estágio curricular: quais as dificuldades e expectativas?.**Revista Ciências Biológicas e da Saúde Facipe**, Recife, v. 1, n.1,p. 51-66. ago. 2013.

SCHERER, Z.A.P; SCHERER, E.A; CARVALHO, A.M.P. Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão.**Revista Latino Americano de Enfermagem**, v.14, n.2, p. 285-291, mar/abr.2006.

SILVEIRA, G; MURINI,L.T; DENARDIN, E.S. Perfil e perspectivas dos formandos do curso de administração da unifra ao ingressarem no mercado de trabalho. **Revista Ciências Sociais Aplicadas**, Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 129-147, 2008.

SORIANO,E.C.I. et al. Os cursos de enfermagem frente às diretrizes curriculares nacionais. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v.9, n.Supl. 3, p.7702-9. abr. 2015. .

SOUZA, F.A; PAIANO, M. Desafios e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem em início de carreira.**Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 15, n.2, p.267-273, abr/jun.2011.

SOUZA,D.M; TAVARES, J.M.P. Perspectivas profissionais dos acadêmicos do curso de ciências contábeis e as expectativas de demanda do mercado trabalho. Pato Branco. p.10-63. 2013.

VIEIRA, M.A, et al. Diretrizes Curriculares Nacionais para a área da enfermagem: o papel das competências na formação do enfermeiro. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**. Minas Gerais, v.5,n.1,p.105-121. 2016.

WINTERS, J.R.F; PRADO,M.L; HEIDEMANN, I.T.S.B. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos. **Revista Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.248-253. 2016.

CONTRIBUIÇÕES DA GRADUAÇÃO PARA TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM NA BUSCA DA TRANSIÇÃO PROFISSIONAL

Data de aceite: 05/06/2020

Annelise Barbosa Silva Almeida

annelise.silva@hotmail.com

Acadêmica do 9º semestre de graduação em enfermagem do UNIVAG

Cristiane dos Santos

kessia-santos06@hotmail.com

Acadêmica do 9º semestre de graduação em enfermagem do UNIVAG

Kelbia Côrrea dos Santos

kelbia_adm@hotmail.com

Acadêmica do 9º semestre de graduação em enfermagem do UNIVAG

Aline Aparecida Bianchi Cavichioli

aline.aparecida@univag.edu.br;

Mestre em enfermagem, docente no UNIVAG e orientadora do projeto

Michelly Kim de Oliveira Rosa Guimarães

michelly.rosa@univag.edu.br

Mestre em enfermagem, docente no UNIVAG e co-orientadora do projeto

Carina Pires Vidal da Silva

carina Vidal09@gmail.com;

Acadêmica do 9º semestre de graduação em enfermagem do UNIVAG

a revisão das metodologias de ensino, com o intuito de torná-las mais adequadas ao processo de formação do profissional enfermeiro. Tem como objetivo conhecer as práticas pedagógicas utilizadas nos cursos de graduação em enfermagem e suas contribuições para a transição profissional de técnicos e auxiliares. Como método de estudo trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa, utilizado um instrumento semiestruturado, aplicado através de entrevistas aos docentes que atuam em Instituições de Ensino Superior (IES) que ofertam curso de graduação em enfermagem na modalidade presencial da região de Cuiabá e Várzea Grande, e aos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem que estão cursando os dois últimos semestres de graduação acadêmicos. Como resultado se observou o uso de metodologia ativas e sua importância na relação ensino-aprendizagem na academia, ainda que alguns docentes utilizem de metodologias tradicionais e alguns acadêmicos consideram relevante esse tipo de método, os resultados mostraram que o aluno se sente motivado a aprender com uso de metodologias ativas, visto que se sentem como protagonista de seu conhecimento. Considerou-se que muito se necessita trabalhar neste aspecto educacional, pois o aprendizado nunca

RESUMO: Esta pesquisa trata de uma temática do campo educativo, de maneira que possibilite

cessa e o professor necessita de constante formação e inovação nos processos pedagógicos, visando lidar com diferentes sujeitos, sejam eles munidos ou não de experiências prévias do cotidiano do trabalho da enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Metodologias; docente de enfermagem; educação em enfermagem; ensino.

ABSTRACT: This research deals with a thematic of the educational field, in a way that allows the revision of the teaching methodologies, in order to make them more adequate to the process of training the professional nurse. It aims to understand the pedagogical practices used in undergraduate nursing courses and their contributions to the professional transition of technicians and assistants. As a study method, this is an exploratory research of a qualitative nature, using a semi-structured instrument, applied through interviews to professors who work in Higher Education Institutions (HEIs) that offer undergraduate nursing courses in the face-to-face modality of the Cuiabá region. and Várzea Grande, and to technical professionals and nursing assistants who are taking the last two academic semesters. As a result, it was observed the use of active methodology and its importance in the teaching-learning relationship in the academy, although some teachers use traditional methodologies and some academics consider this type of method relevant, the results showed that the student feels motivated to learn with use of active methodologies, since they feel they are the protagonists of their knowledge. It was considered that much is needed to work in this educational aspect, as learning never ceases and the teacher needs constant training and innovation in the pedagogical processes, aiming to deal with different subjects, whether they are equipped or not with previous experiences of daily nursing work.

KEYWORDS: Methodologies; nursing professor; nursing education; teaching.

1 | INTRODUÇÃO

O sistema educacional nestes últimos séculos tem contado com a emergência de diversas perspectivas, diferentes modelos teórico-prático, visando indicar caminhos para o processo de ensinar e aprender. Nessa visão, a educação precisa construir uma atividade prática integrada à dinâmica cotidiana do indivíduo possibilitando a ampliação do horizonte e a autonomia do pensar de ações e escolhas para um desenvolvimento crítico reflexivo de si, do meio e dos outros (SCHAURICH et. al, 2007).

As inovações em educação surgem normalmente a partir das práticas pedagógicas desenvolvidas pelos professores que pretendem de alguma forma uma mudança ou um melhoramento em suas práticas em benefício do aluno. Esta prática inovadora no processo ensino-aprendizagem apresenta-se em construção fazendo-se necessária à capacitação dos docentes, no exercício da prática reflexiva, para que sejam capazes de estimular no aluno o exercício da pergunta, possibilitando a imersão consciente do homem no mundo

de sua experiência, interesses sociais e cenários políticos (PRADO et. al, 2012).

Berbel (1998) afirma que a inovação pedagógica se faz essencial em situações nos quais os temas estejam relacionados com a vida em sociedade, um caminho capaz de orientar a prática pedagógica de um educador preocupado com o desenvolvimento de seus alunos e com sua autonomia intelectual, dos quais não requer grandes mudanças físicas ou alterações materiais, e sim alterações na postura do professor e dos alunos para um tratamento reflexivo e crítico dos temas e uma flexibilidade do local de estudo e aprendizagem a realidade e ao ponto de partida e de chegada dos estudos.

Com base nisso faz-se necessário discutir a adoção e implantação de metodologias ativas na graduação no curso de enfermagem, das quais se faz mais aceita no que se refere a desenvolvimento do aluno na academia, de modo que este se forme um profissional capaz de lidar com as atribuições próprias da profissão.

Este artigo é resultado de uma pesquisa realizada como trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem, elaborado pelas acadêmicas do 9º semestre de enfermagem do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG), como requisitos a formação profissional em Enfermagem. O estudo busca conhecer as práticas pedagógicas utilizadas para lidar com o aluno que tem uma formação procedimental, tendo em vista compreender as propostas de ensino no processo de formação profissional, com intenção de transição de técnico para enfermeiro.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo, de caráter exploratório e natureza qualitativa que traz como objeto de estudo as práticas pedagógicas, obtidas a partir do relato de vivência de docentes e técnicos e auxiliares de enfermagem em processo de graduação em Enfermagem.

Essa pesquisa é um recorte de uma pesquisa matricial intitulado de “A inserção do profissional técnico de enfermagem no mercado de trabalho regional – desafios e perspectivas da transição do perfil profissional para enfermeiro”, e o presente estudo compreende a quarta fase desse. Sendo aprovada pelo Comitê de ética e pesquisa sob Parecer nº 1.672.263, para cumprimento dos dispositivos éticos, conforme a Resolução nº 466/2013 do Conselho Nacional de Saúde, e com adendo em processo de avaliação.

A pesquisa foi realizada nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande, a partir de autorização pelas coordenações dos Cursos de Enfermagem nas Instituições de Ensino Superior que ofertam curso presencial devidamente cadastrado no Ministério da Educação em ambos os municípios.

Trata-se de um universo de 6 (seis) IES com regime presenciais, onde tivemos a aprovação em 5 (cinco), aplicando a pesquisa à 02 (dois) sujeitos de cada categoria, totalizando dez professores e dez profissionais técnicos graduandos em Enfermagem.

Foram incluídas nessa população: docentes enfermeiros do Curso de Enfermagem, de Instituições públicas e privadas, de ensino presencial, de qualquer semestre letivo, teoria ou prática/estágio, com qualquer pós-graduação. E ainda técnicos e auxiliares de enfermagem devidamente cadastrados no Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso (COREN-MT) e cursando os semestres finais da graduação em enfermagem nas IES presenciais.

A coleta de dados realizou-se de setembro a novembro de 2017, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados, antes de iniciar a coleta de dados explicou-se sobre o projeto, e o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE foi lido e explanado aos participantes, onde as pesquisadoras se colocaram à disposição para esclarecimento de dúvidas dos mesmos e dispôs de atendimento psicológico de forma gratuita junto ao Serviço de psicologia da UNIVAG em parceria com as pesquisadoras caso houvesse qualquer tipo de constrangimento advindo da participação na pesquisa.

Posteriormente procedeu-se às entrevistas individuais com questões norteadoras, aplicando instrumento semiestruturado específico, um para discentes e outro para docentes. As respostas foram gravadas em áudio e depois transcritas para análise. Os entrevistados tiveram a possibilidade de discorrer sobre objeto de pesquisa proposto, sem respostas ou condições predeterminadas pelas pesquisadoras.

Utilizou-se da amostragem por saturação, que segundo Fontanella *et. al.* (2008), consiste em ferramenta conceitual empregada em investigações qualitativas usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados

Na análise de dados utilizou a técnica de análise de conteúdo, a partir dos núcleos de sentido extraídos das entrevistas, e depois discutido com literatura existente sobre objeto estudado.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante análise dos dados, ao agrupar os núcleos de sentidos dos vinte sujeitos (docentes e discentes), surgiram 03 (três) categorias temáticas, descritas a seguir. Nos resultados, utilizou-se como identificação dos professores a letra (D) e profissionais técnicos aluno da graduação como (A), enumerados de 1 (um) à 10 (dez).

3.1 Categoria 1 – Metodologias aplicadas na Graduação em Enfermagem

A metodologia de ensino é a junção de diferentes métodos no processo de aprendizagem do aluno, as metodologias tradicionais dão preferência a técnicas de ensino como: aulas expositivas e a realização de exercícios. Nesses os professores possuem um

perfil ativo repassando o conteúdo para os alunos, enquanto esses têm um perfil mais passivo recebendo esse conteúdo (KRÜGER, 2013).

As metodologias não tradicionais de ensino buscam estimular o aluno a aprender a partir dos seus próprios conhecimentos com a interação com os professores e colegas de sala. Existem várias técnicas para se aplicar as metodologias ativas, mas para Mello; Alves; Lemos (2014), os métodos pedagógicos de ensino mais utilizados na graduação é a problematização, da qual possibilita formar profissionais da saúde com habilidades, competências e domínio técnico-científico, capazes de criar planejar, implementar e avaliar políticas e ações em saúde.

Observou-se a partir das respostas dos docentes dos cursos de Enfermagem entrevistados, que embora ainda utilizem metodologias tradicionais de ensino, com técnica de aulas expositivas os cursos investem no desenvolvimento de metodologias ativas, se tornando presente nas instituições com várias estratégias, dentre elas: seminários, portfolio, mapa conceitual, dramatização, simulação, seção tutorial, painéis, projetos, problematização.

Apesar das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) integrarem as mudanças na forma de ensinar e aprender recomendando métodos ativos de aprendizagem e a incorporação de tecnologias de ensino. E alertarem para importância da formação crítica e reflexiva comprometida com a instituição das políticas de saúde e necessidade da população (MINISTERIO DA EDUCAÇÃO, 2001).

Nota-se então que há cursos de enfermagem que a metodologia ativa já está implementada, outros em processo de desenvolvimento já previstos no Projeto Pedagógico de Curso (PPC) e ainda cursos sem utilizar de uma metodologia específica a seguir:

“Já está implementada a metodologia ativa no curso de enfermagem, na instituição” (D1).

“É um processo em evolução crescente aonde a gente tem usado muito da tecnologia. O curso está ainda em modelo mais tradicional. Mas na pratica ele está caminhando, apesar que o PPC diz que tem que ter metodologia ativa” (D8).

“Não tem uma metodologia específica para se utilizar. Seria interessante se a instituição adotasse uma teoria, trabalhar com ativas” (D10).

Segundo Berbel (1998), as metodologias ativas possibilitam colocar em prática uma pedagogia problematizadora, que mobilize seu potencial intelectual enquanto estuda para compreendê-los ou superá-los. O ensino pela problematização e a organização curricular em torno da aprendizagem baseado em problemas, são extraídos da realidade pela observação realizada pelos alunos, aplicando o arco de Arco de Magueréz.

No que tange a opinião dos docentes sobre o uso pessoal no cotidiano da sala de aula, percebe-se que todos vêm desenvolvendo essas estratégias, consideram indispensáveis nas aulas, e acreditam que devam ser implantadas e adotadas no cotidiano de ensino-aprendizagem, na formação de um sujeito ativo:

“Já adoto. Acredito que seja fundamental, é importante para a reflexão do aluno e para que esse seja atuante na produção do seu próprio conhecimento.” (D2)

“Adota, utiliza roda de conversa para termos reflexivos, em forma de oficina, dramatização. De maneira que o aluno tire sua reflexão do conteúdo.” (D4)

“[...] é fundamental que se faça a implantação, pois traz uma contribuição imensa. (D10)

A metodologia ativa visa favorecer a formação de sujeitos com visão ampliada de saúde, ativos e comprometidos com a transformação da realidade (MESQUITA; MENESES; RAMOS, 2016).

Percebeu-se também, através da pesquisa, a governabilidade dos docentes para desenvolver e aplicar suas técnicas de ensino dentro do plano de aula da disciplina que é responsável.

“[...] não tem uma metodologia específica para utilizar [...], mas como professor eu tenho essa liberdade de escolha” (D10).

Entretanto, um dos docentes trouxe a dificuldade de implementar a metodologia ativa, afirmando haver necessidade de turmas menores para que seja mais produtiva para o aluno. E a necessidade de estar preparado para saber utilizá-la.

“O professor precisa sair da zona de conforto, o bacana da metodologia ativa é que força o professor estudar mais” (D7).

O estabelecimento de relações, compreende-se que faz necessário a coparticipação entre os sujeitos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem. Nas dificuldades em torno desse processo, o ser professor se dá ao longo do tempo, é uma trajetória que vai sendo construída. O docente se assumi como o sujeito da formação e o aluno como o protagonista. Ensinar necessita de conhecimentos específicos, os dois aprendem juntos (BARBOSA, FERREIRA e NÓBREGA-THERRIEN, 2016).

No que se refere aos discentes entrevistados, ao questionarmos sobre os métodos de ensino elaborados pelos professores e se alcançam o objetivo proposto através da aula, a maioria apontaram que sim e destacaram a relação com a grade curricular:

“Sim, a metodologia aplicada é bem estruturada. Consigo ter uma visão ampliada inspirada em desenvolver habilidades.” (A2)

“Sim, está de acordo com a grade curricular e o que o curso licencia, e não pode fugir o foco.” (A6)

“Sim os professores utilizam métodos variados, os alunos podem interagir com o conteúdo.” (A8)

Cabe destacar que os sujeitos da pesquisa são alunos profissionais técnicos de enfermagem que tem vivência do mundo do trabalho em enfermagem, nesse aspecto um dos participantes pontuou que algumas coisas atingem o objetivo, pois a realidade é

diferente do ensinado na sala de aula.

Quando questionados sobre os tipos de tipo de métodos de ensino os acadêmicos vivenciam no curso e a opinião deles, vários afirmaram obter conhecimentos por meio de estratégias de ensino utilizados pelos professores, e o uso de metodologias ativas as quais envolvem a turma, motivando o aprendizado.

“Eu gosto bastante da roda de conversa, onde nos interagimos e discutimos o assunto abordado, e colocamos em prática o que aprendemos” (A8)

“Aula expositiva, problematização, projeto, roda de conversa. São métodos que facilitam o aprendizado para o aluno. Por exemplo, o feedback mostra o que o aluno entendeu” (A6)

“Eu acho que precisa de coisa mais dinâmica não ficar só no slide. Colocar o aluno na frente falando, mas leitura. Apesar de ser m nível superior tem muita gente com dificuldade” (A5).

Em contraponto outros afirmaram que o acadêmico de enfermagem deve buscar conhecimentos, pois o professor é um “mero” facilitador e o aluno deve ser protagonista de sua aprendizagem, como se nota na fala abaixo:

“O professor dá um norte para nós alunos [...] o professor não dá tudo para o aluno pronto, o aluno tem que aprender buscar” (A1).

“Além do que a gente pesquisa a gente vai em busca de mais conhecimentos, colhe mais informações nas pesquisas, nos livros” (A3)

São várias as aplicações de metodologias ativas existentes, tendo como potencial proporcionar aos discentes à aprendizagem para desenvolver autonomia e formem indivíduos críticos (ABREU; MASETTO, 1990).

Na percepção dos alunos, de modo geral, reconhecem a importância dos métodos de ensino com participação mais ativa de alunos, pois possibilita discussões em grupo, roda de conversas e apresentação de trabalho. Onde apenas um afirmou ter preferência por aulas expositivas para compreensão dos conteúdos.

“Aula expositiva. Apesar do aluno ser passivo, é de ótimo entendimento, o professor sempre usa questionamento e o aluno acaba participando ativamente e com isso um aprendizado mais ativo.” (A2)

As metodologias ativas, tem como objetivo formar profissionais em saúde, com habilidades e competências além do domínio técnico-científico, que sejam capazes de criar, planejar implementar e avaliar políticas e ações em saúde, ao mesmo tempo solucionar problemas (BARBOSA, FERREIRA e NÓBREGA-TERRIEN, 2016).

Tendo como propósito de que os discentes adquiram o conhecimento de forma significativa e não meramente mecânica, sendo desenvolvidas através das seguintes técnicas: aprendizagem baseada em problemas, sala invertida, rodas de conversas, portfólio, sínteses reflexivas, mapa conceitual, dramatização etc.

Compreende-se assim que o docente deve ser o mediador, caminhar junto com o

aluno, estimulando o senso crítico, tal como afirma Freire (2003), o educador precisa saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção. E sem dúvida consiste em uma interação entre professor, aluno e conhecimento, um dos principais pilares da educação libertadora também de Freire.

3.2 Categoria 2 – Conhecimentos e habilidades prévias do profissional graduando

Berbel (1998) afirma que a aprendizagem significativa implica considerar o que o sujeito tem de conhecimento prévio e como construir novos conhecimentos que tenham significado para sua vida e prática cotidiana. Na graduação em enfermagem, deparamos com acadêmicos de diferentes idades, vivências e conhecimentos, os quais impactam na forma como o saber se desenvolve ao longo da sua formação.

De acordo com as respostas dos docentes entrevistados, percebe-se que os acadêmicos técnicos de enfermagem têm boa carga prática profissional devido à vivência na área, porém são estimulados ao desenvolvimento do conhecimento científico, construindo uma habilidade intelectual, onde estes conhecimentos justifiquem suas práticas, e também a visão gerencial.

“[...] aproveito o conhecimento, considero a vivência, porém entendo que o técnico e a graduação são coisas diferentes. O enfermeiro tem uma gama de conhecimentos que justificam a prática [...]” (D2)

“[...] aprofundo mais o conhecimento técnico. Trago a parte de gestão, gerenciamento e outros, aproveitando a técnica e conhecimento que eles têm [...]” (D6)

“[...] você não pode abandonar aquilo que ele já sabe. Sua reflexão é fazer ele pensar em cima do conhecimento da prática dele, construir habilidades intelectuais [...]” (D8)

A experiência prévia na área da enfermagem pode ser considerada um elemento facilitador para aprendizagem, pois visando a continuidade nos estudos, esses profissionais de nível médio são inspirados e motivados a optarem pela formação superior (MEDINA; TAKAHASHI, 2003).

Quando questionado aos docentes sobre as estratégias pedagógicas que desenvolvem nas aulas para lidar com alunos que tem experiência prática e outros que não tem experiência alguma, observa-se que não há diferenciação por parte dos professores, mas aproveitam as experiências dos que já são profissionais para trazerem aspectos a serem discutidos com os colegas que não tem:

“Eu nunca diferenciei meus alunos, pra mim são todos iguais. Mas o que ele tem de vivência eu aproveito. É meu papel embasá-lo, formá-lo” (D7).

“Não utiliza estratégia diferenciada, não faz distinção entres os alunos. Apenas utiliza as vivências dos alunos que já são técnicos para contribuir com o aprendizado em sala com os outros alunos que não são técnicos” (D10).

“[...] considero o conhecimento prévio dos alunos, porém entendo que não se pode considerar somente o conhecimento técnico, mas utiliza as experiências dos técnicos na sala de aula” (D3)

“Os alunos que já tem experiência rodiziam, traz esse conhecimento afirma que ajuda na compreensão dos que não tem experiência. E os que não tem experiência traz algo da realidade” (D2)

Há situações que surgiram nas falas dos docentes sobre preconceito em relação aos profissionais, visto que muitos profissionais têm hábito de executar técnicas de forma errada, denominadas aqui como vícios de trabalho:

“Existem certos preconceitos do professor com os estudantes técnicos, fulano tem vício de auxiliar” (D5).

“Procuro fazer o aluno refletir, para ele ser um enfermeiro diferenciado e esquecer técnicas e vícios errados” (D9).

Nesta transição de separar o papel anterior do papel futuro, os acadêmicos têm dificuldades em abandonar técnicas e vícios do profissional técnico em enfermagem, o que acaba sendo prejudicial para o desenvolvimento da vida acadêmica, que exige do enfermeiro um olhar mais amplo com o conhecimento científico, mais habilidade e competência na execução ao qual exige atividades privativas do enfermeiro, conforme lei nº 7.498/86, sobre o exercício profissional da enfermagem (COREN MT, 2013)

Os profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem, com conhecimento prévio na área de enfermagem, trazem uma vivência da realidade e experiência profissional que na maioria dos casos influencia os colegas de sala, ajudando na troca de experiência com os que acadêmicos que não possuem.

“[...] com os colegas sempre trocamos experiências...” (A8)

“Eu fico alegre de poder passar o conhecimento que eu já tenho para os colegas[...].” (A3)

Conforme Rodrigues *et. al.* (2016) para a construção contínua de um conhecimento fundamentado a partir de conhecimentos prévios, sejam habilidades ou competências próprias do enfermeiro, esses referenciais podem proporcionar um ensino inovador que subsidie uma aprendizagem significativa.

Em relação à prática, os acadêmicos técnicos de enfermagem têm demonstrado que, através de suas habilidades, seus colegas os veem como um suporte para tirar dúvidas e repassar conhecimentos adquiridos ao longo da profissão. Por outro lado, também tem dificuldades vivenciadas em sala de aula, tais como o cansaço devido ao trabalho que impacta no tempo de estudo.

“[...] Cansaço, pois a rotina de trabalho é muito puxado e ainda tenho que arrumar tempo para estudar” (A8)

“[...] cansaço. Por que a gente estuda em período integral e a gente trabalha a noite” (A7)

A busca pela graduação traz também dificuldades e exige dedicação e abdicar desse aluno para lidar com a falta de tempo para estudar e o cansaço. Identificou-se ainda que alguns acadêmicos têm dificuldade de interagir com a tecnologia digital, no sentido de formatação de trabalhos acadêmicos e dificuldade de apresentação de trabalho, porém tais dificuldades:

“[...] por já não ser uma aluna jovem a minha dificuldade é a tecnologia” (A1)

“[...] tenho dificuldade com aprendizagem das normas da ABNT [...]” (A2)

“[...] tenho grande dificuldades na apresentação de trabalhos em sala de aula [...]” (A10).

Cabe destacar que, as dificuldades em sala de aula acima apontadas, não sugerem relação com o fato de serem técnicas, podendo estar presente também em outros tipos de alunos.

Analisando as respostas dos discentes relacionado a influência sofrida pelos professores e colegas em sala de aula, observamos que em relação aos professores os alunos em partes acham que sofrem influências positivas devido ao seu conhecimento técnico, a ponto de contribuir para o desenvolvimento da aula e outros dizem que não sofrem influências pelos professores porque está em busca de novos conhecimentos.

“[...] o professor acaba perguntando muita coisa. ” (A3)

“[...] até mesmo porque eu vim para aprender coisas novas e não para manter o conhecimento que já tive. (A1)

Em relação aos colegas de sala de aula estas influências são positivas por que através de seu conhecimento técnico e prévio eles contribuem para a troca de experiência. Outros dizem que não sofrem nenhuma influencias, pois são tratados pelos colegas de maneira igual, visto que reconhecem ser conhecimentos diferentes.

“[...] acho que facilita, por que eu sei o que eu quero, e o que posso contribuir com meus colegas” (A6)

“[...] não tem porque, eu não deixo a minha vida profissional interferir na acadêmica e vice-versa. São coisas totalmente distintas. ” (A4)

“[...] não a gente é igual e é tratado da mesma forma. ” (A7)

Noronha (1985) considera a prática como participação colaborativa e incentivadora no desenvolvimento de habilidades relacionadas com a realidade. E Medina (2013) considera de grande importância a continuação do estudo pelo profissional técnico/auxiliar e o conhecimento prévio como elemento facilitador durante a graduação.

3.3 Categoria 3 – Contribuição da graduação para auxiliares/técnicos de enfermagem em processo de formação

Segundo Gubert; Prado; (2011), o ensino brasileiro tem sofrido mudanças significativas que passaram de um ensino exclusivamente tecnicista e execução de técnicas manuais para um ensino mais globalizado e conseqüentemente amplo que tem como objetivo conseguir aptidão para uma atuação de qualidade.

A graduação forma novos profissionais com novos saberes e fazeres. De acordo com a percepção dos docentes, a graduação contribui para o crescimento profissional, preenchendo a carência de teoria, proporcionando um aprofundamento nos conhecimentos científicos.

“Acho que as contribuições vêm para fechar as carências teóricas que o técnico possui [...]”. (D1)

“Vai adquirir um conhecimento mais aprofundado em relação a patologia, fisiologia” (D6).

“Torna um profissional científico, coloca o técnico que é mecânico para um mais orgânico com saber científico” (D4).

“Contribui bastante na formação do aluno, pois agora o aluno que é técnico tem um estudo mais aprofundado do que ele já estudou” (D10).

De acordo com a resolução Conselho Nacional de Educação (CNE) e a Câmara de Educação Básica (CEB) nº 6/2012 a carga horária total mínima do Curso de Auxiliar de Enfermagem como itinerário do Curso de Educação Profissional de Técnico de Enfermagem é de 1.200 (hum mil e duzentas) horas teóricas/práticas. E segundo o parecer CNE/CES nº 213/2008 para o curso de graduação o mínimo de 4 anos com total de 4.000 horas. Essa diferença de horas contribui para o aprofundamento dos aspectos teóricos na graduação (MINISTERIO DA EDUCAÇÃO, 2012).

Outro aspecto presente nas falas dos docentes é a questão do empoderamento e desenvolvimento de ferramentas gerenciais para atuar nos serviços de saúde.

“Acredita que é questão de empoderamento” (D9)

“Permite resoluções de conflitos tomadas de decisões, saber agir.” (D7)

“Faz ele refletir de como a pratica pode transformar o que ele fazia antes da graduação”. (D5)

“Aprende técnicas mais aprofundadas, ele é assistencial e gerencial em diversas áreas” (D6)

É necessário, portanto que haja compreensão acerca das técnicas utilizada no ensino e que essas devem integrar um processo pedagógico, “resultante de reflexões teóricas e de competências dialógicas do enfermeiro enquanto educador e, principalmente, utilizar as inovações propostas no ensino para favorecer ao estudante de enfermagem” no

desenvolvimento do pensamento crítico (RODRIGUES *et. al*, 2016).

Conforme a Resolução CNE e a Câmara de Ensino Superior (CES) nº 3/2001 do Ministério da Educação, o enfermeiro deve desenvolver habilidades e competências relacionadas à liderança e a administração e gerenciamento, devendo estar apto para assumir posições de liderança envolvendo responsabilidade, empatia, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz. E ainda tomar iniciativa e decisões, ser empreendedor e gestor promovendo bem-estar social no serviço.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo pudemos conhecer as práticas pedagógicas implementadas pelos Cursos de enfermagem na visão dos docentes e profissionais técnicos/auxiliares de enfermagem durante o processo de formação acadêmica. Visto que algumas instituições adotam as metodologias ativas e afirmam que é de total importância para a reflexão do aluno o que permite dar oportunidade aos alunos para exporem seus conhecimentos, ter uma visão ampliada e desenvolver habilidades para a resolução de problema e gerenciamento do cuidado apoiado em conhecimentos científicos.

O uso dessas estratégias metodológicas busca aproveitar o conhecimento técnico dos graduandos, sem distinção individual e despido de qualquer preconceito, apenas com intenção de compartilhar com os acadêmicos que não tem vivência prática, contribuindo para a formação de um profissional, rico em conhecimento científico através de vivências práticas com um saber fazer com qualidade.

Por meio desse estudo compreendeu-se que a graduação em enfermagem consiste em um processo rico em cientificidade. Para o profissional auxiliar/técnico que já vem com uma gama de conhecimento não é diferente. Pois, a graduação possibilita a obtenção de conhecimentos mais aprofundados, inclui aspectos procedimentais, mas reconhece o enfermeiro com ações pautadas em aspectos teóricos e dotado de poder para transformar a realidade e gerenciar serviços de saúde.

Faz-se necessário desenvolver estudos complementares sobre a formação em enfermagem, tendo em vista a avaliação das práticas de ensino de acordo com as necessidades do mercado de trabalho. Considera-se que muito se necessita trabalhar neste aspecto educacional, pois o aprendizado nunca cessa e o professor necessita de constante formação e inovação nos processos pedagógicos, visando lidar com diferentes sujeitos, sejam eles munidos ou não de experiências prévias do cotidiano do trabalho da enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. C.; MASETTO, M. T. **O professor universitário na sala de aula**. São Paulo; MG Editores, 1990.
- BARBOSA, E. S.; FERREIRA, M. N. B.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. O ser professor e o seu desenvolvimento profissional na perspectiva de enfermeiros que lecionam no ensino superior. **Revista COCAR**, Belém, v.10, n.20, p. 274 a 295 – Ago./Dez. 2016.
- BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.2, n.2, 1998. Disponível em <www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08.pdf> Acesso em 18 de junho de 2017.
- COREN, Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso. **Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil**. COREN, 2013. Disponível em <http://mt.corens.portalcofen.gov.br/diferenca-entre-categorias_698.html> Acesso em 25 de novembro de 2017.
- FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>> Acesso em 20 de maio de 2017.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia - saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.
- GUBERT, E; PRADO, M. L. Desafios na prática pedagógica na educação profissional em enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. P. 285-95. Abr e Jun, 2011. Disponível em <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a15.htm> Acesso em 25 de julho de 2017.
- KRÜGER, Letícia Meurer. **Método tradicional e método construtivista de ensino no processo de aprendizagem: uma investigação com os acadêmicos da disciplina Contabilidade III do curso de ciências contábeis da Universidade Federal de Santa Catarina**. 165 p. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013
- MEDINA. N. F. J; TAKAHASHI, R. T. A busca da graduação em enfermagem como opção dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**; p. 101-8. 2003.
- MELLO, C. C. B; ALVES, R. O; LEMOS, S. M. A. Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. **Rev. CEFAC**. 2014 p.2015-2028. Nov./dez, 2014.
- MESQUITA, S. K. C; MENESES, R. M. V; RAMOS, D. K. R. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 473-486, maio/ago. 2016.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES nº 213/2008, de 09 de outubro de 2008**: dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Brasília (DF); 2008.
- _____. **Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001**: diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Brasília (DF); 2001.
- _____. **Resolução CNE/CEB nº 6/2012, de 20 de setembro de 2012**: define Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio. Brasília (DF); 2012.
- NORONHA, R. Motivação no ensino e na assistência de enfermagem. **Rev. Bras. Enf.** Brasília, 38(1): 70-75, jan/mar. 1985.

PRADO, Marta Lenise do *et. al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100023>. Acesso em: 18 de jun. de 2017

RODRIGUES, C. C. F. M. *et. al.* Ensino inovador de enfermagem a partir da perspectiva das epistemologias do Sul. **Esc Anna Nery R Enferm**. v. 20, n. 2, p. 384-389. Abr-Jun, 2016. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127745723026>>. Acesso em: 06 de dezembro de 2017.

SCHAURICH. D. CABRAL, F. B; ALMEIDA, M. A. Metodologia da problematização no ensino em enfermagem: uma reflexão do vivido no PROFAE/RS. **Esc Anna Nery R Enferm** p.318 – 324. Jun, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a21>>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

O CONHECIMENTO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM FRENTE À MORTE NO CAMPO DE PRÁTICA

Data de aceite: 05/06/2020

Tayrine Nercya Torres

Pós-graduanda em Urgência e emergência pelo Centro Universitário unifacid wyden, Teresina, Piauí, Brasil

Especialista em Saúde da Família pela Faculdade FAVENI, Pós-graduado em Saúde Pública e Docência do ensino Superior, Teresina, Piauí, Brasil.

Samuel Lopes dos Santos

Especialista em Saúde da Família pela Faculdade FAVENI, Pós-graduado em Saúde Pública e Docência do ensino Superior, Teresina, Piauí, Brasil.

Kamila Cristiane de Oliveira Silva

Mestra em Ciências e Saúde, universidade Federal do Piauí/UFPI, Teresina Piauí, Brasil. raduanda em Enfermagem pela Faculdade Mauricio de Nassau, São Luiz, Maranhão, Brasil.

Maria Idalina Rodrigues

raduanda em Enfermagem pela Faculdade Mauricio de Nassau, São Luiz, Maranhão, Brasil.

Leidiana Nunes Silva

Enfermeira pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, Piauí, Brasil

Lizandra Fernandes do Nascimento

Enfermeira pela Universidade Estadual do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil

Wemerson Gomes Silva

Enfermeiro pela Centro Universitário unifacid wyden, Teresina, Piauí, Brasil

Maria Auxiliadora Lima Ferreira

Pós-graduanda em Urgência e emergência pelo Centro Universitário unifacid wyden, Teresina, Piauí, Brasil

Mateus Lopes dos Santos

Psicólogo pela Faculdade de Ensino Superior do Piauí, Teresina, Piauí, Brasil

RESUMO: Introdução: Os conceitos relacionados á morte continuam sendo negativos por ser ainda vista com muito receio e medo e ainda existir muito tabu e principalmente para os acadêmicos de enfermagem que não tem muita frequência e exposição a esse tipo de situações e de enfrentamento da morte por não estar preparado o suficiente para essa situação no campo de prática. Objetivos: conhecer os sentimentos que os acadêmicos relacionam com o processo de morte; Enumerar com que frequência os acadêmicos pensam no assunto; Especificar as atitudes que os acadêmicos têm diante da morte. Metodologia: trata-se de uma pesquisa descritiva exploratoria, com abordagem quatitativa, foi realizado atraves de um questionario sociodemográfico que contou com o auxilio de 6 perguntas para facilitar

a obtenção dos dados. Resultados: A pesquisa demonstrou que o acadêmico não está preparado para lidar com a morte. Conclusão: Ficou demonstrado que os acadêmicos não têm qualquer conhecimento científico a respeito da temática abordada. Muitos sabem identificar na prática das mudanças psicológicas que os pacientes terminais mostram, entretanto não sabem com certeza o que cada um retrata e de que modo podem ser trabalhadas, deste modo o acadêmico não está preparado para lidar com a morte.

PALAVRAS-CHAVE: Morte do Paciente. Tanatologia. Sentimentos dos Acadêmicos de Enfermagem.

NURSING STUDENTS' KNOWLEDGE OF DEATH IN THE FIELD OF PRACTICE

ABSTRACT: Introduction: The concepts related to death continue to be negative because it is still viewed with much fear and there is still a lot of taboo and especially for nursing students who are not very frequent and exposed to this kind of situations and coping with death for not. be prepared enough for this situation in the field of practice. Objectives: to know the feelings that academics relate to the death process; List how often academics think about the subject; Specify the attitudes that academics have towards death. Methodology: This is a descriptive exploratory research with a quantitative approach. It was conducted through a sociodemographic questionnaire that had the help of 6 questions to facilitate data collection. Results: Research has shown that the academic is not prepared to deal with death. Conclusion: It has been shown that the academics do not have any scientific knowledge about the thematic approached. Many know how to identify in the practice of psychological changes that terminal patients show, but they are not sure what each portrays and how they can be worked on, so that the academic is not prepared to deal with death.

KEYWORDS: Patient Death. Thanatology. Feelings of Nursing Students.

1 | INTRODUÇÃO

Desde princípio da humanidade a única certeza do ser humano é a morte, visto que o acadêmico de enfermagem quando adentra a este campo deve entender que a morte é uma consequência inerente da sua futura profissão. No princípio da antiguidade desde o tempo do antigo Egito já se adoravam os mortos e tinham a crença da imortalidade da vida eterna (BENEDETTI et al., 2013). A Palavra tanatologia vem do grego que significa Thanatos, que significa morte, e Logia: estudo, ou seja, o estudo da morte. Thanatos foi um Deus da mitologia grega conhecido como Deus da morte não violenta, segundo a mitologia Thanatos julgava e levava as almas para um lugar onde elas mereciam um sofrimento eterno ou pós-mortetranquilo para terem o sono dos justos (GIORA; GUIMARÃES., 2014).

É notório que durante os procedimentos do tratamento o acadêmico de alguma forma cria sentimentos e relações com o paciente e durante esta etapa o mesmo tem vários reflexos sobre a perspectiva da vida, no entanto o acadêmico deve retirar os sentimentos

e as emoções em relação ao paciente, pois o mesmo pode vir a falecer. E esse é o momento em que o acadêmico deve cooperar profissionalmente e pessoalmente e tentar ajudar a família nessa fase tão dolorosa (GUTIERREZ; CIAMPONE., 2017).

Interessante, aliás, salientar que os acadêmicos de enfermagem possam superar dificuldades hospitalares inerentes a morte do paciente, pois deve ter um equilíbrio para enfrentar no seu dia a dia. Entender a tanatologia tem que compreender todo o processo da morte, pois devemos ter uma visão integradora e entendê-la em todas as suas nuances (BORGES., 2012).

Durante a vida acadêmica a falta de raciocínio sobre a morte leva a uma fase de continuação do preconceito acerca da temática, pois leva o acadêmico a sofrer um acúmulo de sofrimento emocional, pode causar doenças como a depressão e até a Síndrome de Burnout (RIBEIRO; FORTES., 2012) apud (COSTA; LIMA., 2005).

Alguns autores afirmam que a reflexão sobre os sentimentos do medo e da insegurança que existe em relação à morte, pois durante a graduação acadêmica deve se auto preparar para anteceder a morte na prática hospitalar (SOARES, M., 2017), outros autores afirmam que o acadêmico deve aceitar naturalmente com menos sensação de sofrimentos da morte pelo processo pessoal e profissional (SANTOS; HORMANEZ, 2013). O Acadêmico deve saber conviver com a doença as dores e conseqüentemente com a morte, nessa perspectiva estudar a tanatologia é algo inerente para saber lidar com as situações dores e sofrimentos (TEALDI, J. C., 2017).

Assim este estudo teve como problema de pesquisa: Qual o sentimento dos acadêmicos frente à morte no campo de prática? A pesquisa tem a seguinte hipótese: Os acadêmicos de enfermagem apresentam sentimentos de medo, tristeza, angústia e a imaturidade emocional e ao despreparo acadêmico em lidar com este evento.

Para responder tal questionamento, foi traçado o seguinte objetivo geral: Identificar o conhecimento e as atitudes dos acadêmicos diante da morte no campo de práticas, e como objetivos específicos: Identificar os sentimentos que os acadêmicos relacionam com o processo de morte; Analisar com que frequência os acadêmicos pensam sobre o assunto; Especificar as atitudes que os acadêmicos têm diante da morte.

A Motivação desta pesquisa foi o interesse da pesquisadora pela temática, o estudo justifica-se pelas seguintes razões: No campo organizacional pelas contribuições que trará para os profissionais da área, no campo acadêmico a pesquisa se reveste de importância pelas contribuições que trará para professores, pesquisadores e estudantes da área da saúde, sobretudo: enfermagem. No campo social pesquisa justifica-se pelo fato de que a assistência dos acadêmicos de enfermagem é um fator essencial para os enfermeiros que querem ajudar pessoas a se recuperarem ou que pelo menos possam amenizar ao máximo as dores desses pacientes. No campo pessoal demonstrar que apesar de todos os avanços tecnológicos nessa área, ainda sim, é importante se atentar ao lado humano, a ter cuidados e a tratar bem esse paciente que já se encontra tão debilitada física, mental

e espiritualmente. Assim, este trabalho pretende explorar, entender e verificar os fatores que fazem de a assistência de enfermagem ser importante para o tratamento de pacientes que morreram no campo de prática.

2 | METODOLOGIA

O tipo de estudo foi observacional descritivo e, como procedimento técnico, foi utilizado o estudo de campo, buscando um maior aprofundamento do objeto pesquisado e envolvendo, assim, uma melhor noção sobre questões empíricas e sentimentos vivenciados no cotidiano de acadêmicos de enfermagem, frente à morte no campo de prática.

Inicialmente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade FACID / WYDEN, via Plataforma Brasil, onde, diante da sua aprovação (parecer nº 3.551.302), deu-se o início a coleta dos dados. Ressalta-se que toda pesquisa foi realizada mediante os aspectos éticos contidos na Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Para realização da coleta dos dados, todos os participantes foram orientados segundo normas da Resolução 466/2012 conforme esta, se deu assinatura de participação do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A presente pesquisa foi realizada com 18 acadêmicos que estudam enfermagem na Faculdade Integral Diferencial Facidlwyden, localizada no município de Teresina, capital do estado do Piauí, Brasil. Sendo todos acadêmicos do 4º bloco. Os critérios de inclusão relevados para a participação na pesquisa foram: somente os respectivos períodos pesquisados: 4º bloco do curso de enfermagem no período da coleta de dados a, no mínimo, 8 meses. Não participaram da pesquisa os que estavam somente cursando uma disciplina específica na turma e que não assinaram o TCLE.

A coleta de dados foi realizada através de um questionário sociodemográfico composto por 6 perguntas, para facilitar a obtenção dos dados, que logo em seguida eram transcritos de forma integral, a fim de manter a fidedignidade da pesquisa.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 18 acadêmicos de enfermagem, sendo eles todos acadêmicos do 4º bloco, utilizando-se do questionário estruturado. Os participantes citados foram identificados por meios de números, a fim de ser mantido o sigilo acerca de suas identidades. Com o intuito de contextualizar, discutir e apresentar os participantes que integraram a pesquisa, no quadro abaixo são apresentados os dados dos participantes. Nos itens a seguir, serão descritas e discutidas as categorias emergidas das entrevistas, sendo analisadas de acordo com os objetivos propostos anteriormente.

Os participantes da pesquisa tiveram, em sua totalidade, acesso ao questionário,

sendo estes 15 do gênero feminino e 03 do gênero masculino. A faixa etária ficou entre 18 e 24 anos de idade.

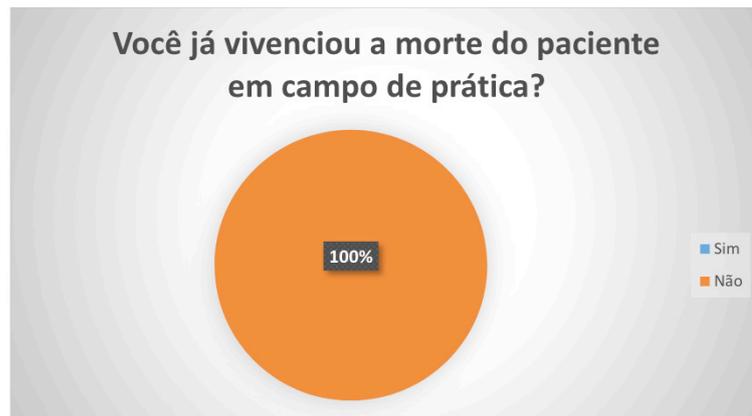


Gráfico 1 – Distribuição do número de casos de acadêmicos que vivenciaram a morte do paciente em campo de prática

Fonte: Pesquisa Direta. 2019

Como mostra o gráfico 1 referente aos acadêmicos que vivenciaram a morte no campo de prática e os que nunca vivenciaram mostra que nenhum vivenciaram a morte.

Segundo Parks (2018) compreender melhor o paciente pode resultar não apenas na resolução de determinadas dificuldades inerentes ao tema, como também melhorar a relação médico-paciente terminal.

As faculdades de enfermagem e medicina precisam de preparação profissional para que sejam teoricamente capazes de enfrentar a morte de pacientes com seus devidos sentimentos e usá-los de forma decidida e humanamente refinada. Apoio emocional para quem está precisando; ausentar-se das crenças religiosas e preconceitos sobre a morte e passar a ver o paciente terminal como pessoa e sujeito de sua devida escolha, com direito a uma morte nobre é o que recomenda a assistência a ser exercida pela enfermagem humanizada. Os sentimentos que a morte faz densoar são tão intensos, que seu nome não deve nem ser falados. Por isso só ela causa medo, fuga e susto.

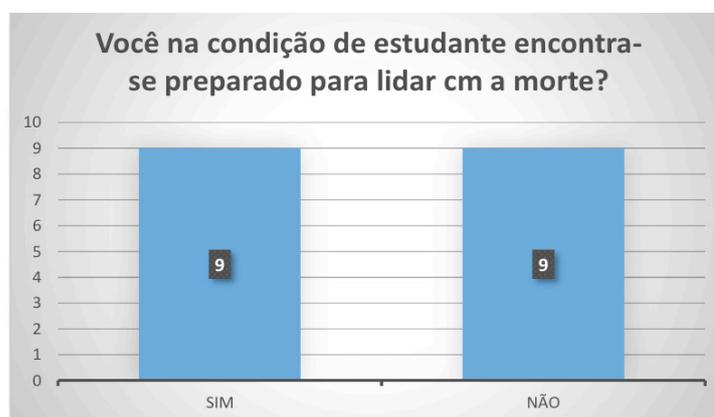


Gráfico 2 – Distribuição do número de casos de estudantes preparados para lidar com a morte

Fonte: Pesquisa Direta, 2019.

Como mostra o gráfico 2 foi indagado aos acadêmicos, você na condição de estudante encontra-se preparado para lidar com a morte. Ficou constatado que 50% dos entrevistados já têm preparo para lidar com a morte e os outros 50% não.

Na instituição faculdade Integral Diferencial FACIDIWYDEN, não existe um contato do acadêmico com a morte durante a graduação, sendo assim Lima e Buys et. al. (2008) têm razão, pois suas exclamações condizem com a realidade nas graduações de enfermagem e áreas afins.

É necessário sim, gerar o hábito de refletir, debater, conversar sobre a morte para que os acadêmicos encontrem-se capazes para morte, antes que tenham que se enfrentar com ela na vida, e se não for feita dessa forma, irá recordar bruta e finitude quando olhar estas situações.

Lima e Burys et. al.(2008) Relata que os futuros médicos e enfermeiros não estão preparados para vivenciar a morte no campo prático, tendo em vista que não existe um preparo psicológico para os acadêmicos, pois isso só ira se resolver quando estes tiverem conhecimento sobre a tanatologia em sala de aula.

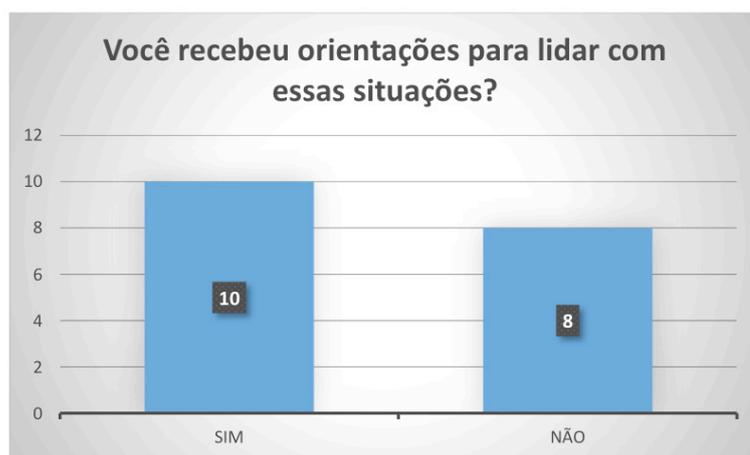


Gráfico 3 – Distribuição do número de orientações para lidar com a situação de morte, Teresina-PI, 2019

Fonte: Pesquisa Direta,2019.

E no gráfico 3 foi perguntado aos acadêmicos se eles receberam orientações para lidar com essa situação; Dos entrevistados somente 10 relataram que receberam orientações sobre lidar com esta situação, entretanto 08 acadêmicos relataram que não receberam orientações para lidar com esta situação.

Pereira et al. (2014) afirmam em seus estudos que os profissionais de saúde têm contato com a morte desde os primeiros anos da faculdade, na disciplina de anatomia pois estes já têm contato com os cadáveres, que muitas vezes se tornam os primeiros pacientes dos acadêmicos, pois é o momento que estes têm contato com a morte no campo de prática e com a tanatologia.

Conforme foi demonstrado os acadêmicos têm contato com a morte nas primeiras aulas da graduação, mas que não são o suficiente para suprir o preparo para lidar com a morte. A tanatologia deve ser estudada de forma isolada, pois não deve ser confundida com a anatomia, devendo existir uma distinção das disciplinas, mas, a distinção da tanatologia é primordial porque estuda a morte, já a anatomia estuda o corpo humano.

3.1 As atitudes dos acadêmicos diante da morte

As categorias citadas acima passam a ser analisadas e discutidas a seguir, reiterando e trazendo à luz dos objetivos propostos pela pesquisa, foram perguntadas aos acadêmicos de enfermagem quais atitudes que eles têm diante da morte.

Quais as atitudes que você acadêmico de enfermagem tem diante da morte?	Nº	%
Age naturalmente	17	94,4
Entra em pânico	1	5,6
Perde o controle da situação	-	-

Tabela 1 – Distribuição do número de atitudes que acadêmico de enfermagem possui diante da morte em Teresina- PI, 2019.

Fonte: Pesquisa Direta, 2019.

Comprovados que 17 acadêmicos de enfermagem agem naturalmente na situação da morte no campo de prática, somente 1 dos acadêmicos de enfermagem relatou que em uma situação de morte entraria em pânico e nenhum dos acadêmicos perderia o controle da situação.

Segundo Nascimento (2016) o comprometimento do profissional de saúde é algo que não existe na prática das atitudes, necessárias para o estabelecimento das técnicas de propedêuticas e até mesmo de diagnósticos médicos e psicológicos. Aprende-se a tocar na dor do doente sem o menor relacionamento com a sua pessoa, sua angústia, medos e desestruturação emocional.

Atender paciente crítico ou com risco de morte, sem duvidas, é um trabalho penoso e bastante estressante, considerando-se aqueles que já trabalham na área de saúde e o significado cedido a morte e a doença em nossa sociedade.

A clareza das vivências da morte tem suportado modificações ao longo do tempo histórico, seguindo as modificações da sociedade no que diz respeito às atitudes diante da morte, desenvolvido desde uma prática tranquila, e até mesmo almejada, na Idade Média, para uma possibilidade impregnada de angonia, temor e aflição, que deve ser rejeitada a todo o custo, na época atual.

3.2 Frequência de pensamentos dos acadêmicos sobre a morte

Por fim foi perguntado aos acadêmicos com qual frequência ele pensa no assunto, ao qual o resultado encontra-se apresentado na tabela a seguir:

Com qual frequência você acadêmico penso no assunto?	Nº	%
Sempre	4	22,2
Nunca parou para pensar	-	-
Algumas vezes	14	77,8

Tabela 2 – Distribuição do número de frequência que o acadêmico pensa na morte em Teresina- PI, 2019.

Fonte: Pesquisa Direta, 2019.

Dos acadêmicos de enfermagem entrevistados 04 relataram que sempre pensam na morte e 0 nunca pensa e 14 relataram que já pensaram algumas vezes sobre a morte.

Segundo Ross a morte é considerada a parte constitutiva da existencia humana, então de acordo com a pesquisa nem todos os acadêmicos pensam com frequência, pois o ser humano se prepara para nascer, crescer, multiplicar e morrer, apesar de que para esses acadêmicos a morte ainda seja uma aflição, eles não querem pensar agora sobre a temática.

Tenho certeza de que a nobreza das profissões da área da saúde não reside apenas no sanar, mas, acima de tudo, em amenizar o sofrimento. Tradicionalmente, nenhuma pessoa quer e nem gosta de falar sobre a morte, mesmo sendo acadêmico de enfermagem, que terá o convívio frequente com esse fenômeno. Isso porque este assunto atemoriza, embora seja uma verdade inquestionável.

Segundo Camiotto (1992) a debilidade do aluno, diante da morte, causa uma grande comoção aos seus sentimentos, podendo permitir problemas e conflitos que poderão ser aspectos de mudança na sua aprendizagem intensiva.

4 | CONCLUSÃO

Neste contexto surgiram situações de sentimentos de fraqueza, fracasso, tristeza, pena, compaixão, frieza, e fé na vivência que os acadêmicos lidam. Estes sentimentos também trazem uma descarga emocional, afetando no modo de enfrentar a morte no dia a dia nos campos de estágios. Neste sentido, ficou demonstrado que estes não têm experiência nenhuma com a morte, tendo em vista que eles têm muitas dúvidas sobre esta temática.

Diante disso foi demonstrado que os acadêmicos durante o curso não convivem diretamente com a morte nos primeiros anos da faculdade. Este só terá contato com o assunto terminando a graduação.

Deste modo deve melhorar a relação do acadêmico com a morte, pois este deve ter o contato com o assunto nos primeiros períodos da faculdade, pois só terá a convivência com a morte se vivenciar o ocorrido nos seus primeiros períodos da faculdade, e somente assim os acadêmicos chegarão até o fim da graduação com nenhum tipo de medo ou receio.

Observou-se que a graduação não vem fornecendo uma boa preparação para que os acadêmicos efetuem tais cuidados; vários deles ressaltaram a importância de ser debatido, tanto em sala de aula como no campo de prática, o tema morte. E que os acadêmicos não têm qualquer conhecimento científico a respeito da temática abordada. Muitos até sabem identificar na prática as mudanças psicológicas que os pacientes terminais mostram, entretanto não sabem com certeza o que cada uma retratam e de que modo podem ser trabalhadas.

A pesquisa teve como objetivo geral: Identificar o conhecimento e as atitudes dos acadêmicos diante da morte no campo de práticas.

O estudo justificou-se através da contribuição desta problemática para os estudantes, colaborar para o aperfeiçoamento do conhecimento do acadêmico de enfermagem nas intervenções com este grupo de conhecimentos sobre um tema pouco abordado pelos acadêmicos.

REFERÊNCIAS

BENEDETTI, G. M. dos. S.; OLIVEIRA, K. de; OLIVEIRA, W. T. de; SALES, C. A. F.; CHATALOV, P. Rio Grande do Sul, 2013.

BORGES, M.S.; MENDES, N. **Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer.** Rev.Bras.Enfermagem, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a19.pdf>. Acessado em: 12 de outubro de 2019.

COSTA, J.C.; LIMA, R. A. Luto da equipe: **revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer**, Brasília, 2012.

GIORA, R. C. F. A.; GUIMARÃES, M.O. **O mito de Thanatos na sociedade contemporânea.** Revista Trama Interdisciplinar, São Paulo, 2014.

GUTIERREZ, B. A. O.; CIAMPONE, M. H. T. **O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs.** Revista Escola de Enfermagem, USP, São Paulo, 2017.

LIMA, VR; BUYS, R. **Educação para a morte na formação de profissionais de saúde.** A B P. 2008

NASCIMENTO, C. A. D. et al. **A significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos.** Rev. Rene, Fortaleza, 2016.

PARKES, C. M. **Amor e perda: as raízes doluto e suas complicações**. São Paulo: Summus; 2018.

PEREIRA, FCSM; CARVALHO, ICCM; VALE, LMS; SILVA, NC; MORAIS, ER. **Acadêmico de enfermagem frente à morte no campo de prática hospitalar**. R. Interd. 2014;7(4):124-130.

RIBEIRO, D. B.; FORTES, R. C. **A morte e a perspectiva dos estudantes de enfermagem**, Brasília, 2012.

SANTOS, M. A.; HORMANEZ, M. **Atitude frente à morte em profissionais e estudantes de enfermagem: revisão da produção científica da última década**. Ciência Saúde Coletiva, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a31.pdf>. Acessado em: 12 de setembro de 2019.

SOUSA, L. C.; FARIA, A. R. **Percepções dos estudantes de enfermagem sobre o processo de morte e morrer**, 2017.

SOARES, M. **Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo, 2017.

TEALDI, J. C. **Diccionario latino americano de bioética**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2018.

O ENSINO DA SAE NO CURRÍCULO INTEGRADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 23/03/2020

Luanne Gomes Araújo

Enfermeira pelo Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES-UNITA
Caruaru- PE

<http://lattes.cnpq.br/6487010150282079>

Sthefani Souza Settani

Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES-UNITA
Caruaru- PE

<http://lattes.cnpq.br/6982557968229839>

Thamires Iasmim de Sousa Bezerra

Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES-UNITA
Caruaru- PE

<http://lattes.cnpq.br/8113934289080554>

Vanessa Juvino de Sousa

Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente,
Docente de Enfermagem ASCES-UNITA,
Pesquisadora do IEA ASCES-UNITA.
Cauaru-PE

<http://lattes.cnpq.br/6996074218179971>

RESUMO: A enfermagem é uma profissão que tem o cuidado com essência do processo de trabalho. Este cuidado é fundamentado num método assistencial, denominado

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Objetivo: Relatar o processo da sistematização da assistência de enfermagem no âmbito acadêmico, elencando quanto sua importância na formação profissional em uma proposta pedagógica diferenciada, o currículo integrado. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência e o cenário do estudo foi o curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Dr. Tabosa de Almeida localizado no agreste Pernambucano. Resultados e Discussões: O curso de graduação em Enfermagem da ASCES-UNITA traz um modelo dinâmico, inovador e diferenciado. Organizado de forma modular privilegia uma efetiva integração entre ensino, serviço e comunidade, bem como entre educação e trabalho tendo como plano de fundo os cenários sociopolítico-culturais em que o processo de trabalho da enfermagem se desenvolve. O Currículo integrado (CI), as unidades estão separadas por módulos, cada módulo está articulado em torno de eixos integrativos, organizados em semestres e compostos por unidades temáticas, com ênfase na relação teoria-prática e a SAE está presente em quase todos os conteúdos em forma transversal. A SAE é vista de acordo com cada conteúdo essencial e discutido na área de

conhecimento correspondente ao módulo implantado. No terceiro módulo ocorre o primeiro contato com o referencial teórico. Desta forma, o estudante entra em contato com a SAE do terceiro ao nono módulo, em modelo transversal. Conclusão: A SAE no currículo integrado (CI) é ensinada em formato transversal, contribuindo efetivamente na formação de uma postura profissional adequada para a Enfermagem. Garantindo qualificação do futuro profissional em seus planejamentos assistenciais de saúde favorecendo o aumento na qualidade prestada ao cliente, consolidando e dando subsídio à profissão.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Currículo Integrado, SAE.

SAE TEACHING IN THE INTEGRATED CURRICULUM: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Nursing is a profession that takes care of the essence of the work process. This care is based on an assistance method called Sistematization of Nursing Assistance (SAE). Objective: To report on the process of systematization of nursing care in the academic sphere, listing its importance in professional training in a differentiated pedagogical proposal, the integrated curriculum. Methodology: This is a descriptive study, of the experience report type and the scenario of the study was the graduation course in Nursing of Dr. Tabosa de Almeida University Center located in the agreste Pernambucano. Results and Discussions: The undergraduate Nursing course of ASCES-UNITA brings a dynamic, innovative and differentiated model. Organized in a modular way, it privileges an effective integration between teaching, service and community, as well as between education and work having as background the socio-political-cultural scenarios in which the nursing work process develops. The integrated curriculum (IC), the units are separated by modules, each module is articulated around integrative axes, organized in semesters and composed of thematic units, with emphasis on the theory-practical relationship and the SAE is present in almost all the contents in a transversal way. The SAE is viewed according to each essential content and discussed in the area of knowledge corresponding to the implemented module. In the third module the first contact with the theoretical framework takes place. In this way, the student contacts the SAE from the third to the ninth module, in a transversal model. Conclusion: The OSS in the integrated curriculum (IC) is taught in a transversal format, effectively contributing to the formation of an adequate professional posture for Nursing. Guaranteeing the qualification of the future professional in its health care planning, favoring the increase in quality provided to the client, consolidating and giving subsidy to the profession.

KEYWORDS: Nursing; Curriculum, Integrated; SAE.

1 | INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão universal e tem o cuidado como essência do seu processo de trabalho. Este cuidado é fundamentado num método assistencial, denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), ou ainda como Processo de

Enfermagem (PE). A SAE é regulamentada no Brasil como um método que organiza o trabalho profissional, possibilitando a implementação do PE a partir da década de 1960 com o modelo proposto por Wanda Horta, sendo implementado em instituições de saúde, passando também a ser ensinado nas escolas de Enfermagem (SILVA, et al, 2011).

Trata-se de um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem, organizado em cinco etapas inter-relacionadas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. A utilização de um instrumento científico garante ao profissional a qualificação do gerenciamento do cuidado e o planejamento de suas atividades, além de servir como guia para suas ações. Esse tema tem sido objeto de estudo em escolas de enfermagem, devido ao reconhecimento de sua importância na formação e no trabalho do enfermeiro, remetendo à indagação de como a SAE tem sido desenvolvida nos cursos de graduação, sendo neste momento que o acadêmico tem contato com os fundamentos da profissão e inicia a formação de sua postura profissional (SILVA; GARANHANI; PERES, 2015).

Desta maneira, algumas instituições de ensino, passaram a implementar o currículo integrado de forma a melhorar a qualidade do ensino proporcionado, o currículo integrado (CI) adota o princípio do currículo em espiral, que propõe que se parta do conhecimento geral para o específico, em níveis crescentes de complexidade, por meio de sucessivas aproximações (DOWDING, 1993).

O principal objetivo do CI é a formação de profissionais críticos, reflexivos e que atendam às necessidades do sistema de saúde, além das exigências do mercado de trabalho. Todas as séries do curso são estruturadas em módulos interdisciplinares. Nestes, as atividades se desenvolvem em torno de conceitos chave, de modo a favorecer o alcance de desempenhos essenciais para a formação do enfermeiro (GARANHANI et al 2013).

No CI, a SAE é abordada de maneira ascendente, pois em cada módulo, conhecimentos anteriores são retomados, juntamente com apresentação de novos. Contudo, é fundamental que os acadêmicos percebam a relação existente entre os conhecimentos, as habilidades desenvolvidas e a SAE, já que a implementação desta, demanda habilidades que ajudam o enfermeiro a identificar sinais que podem subsidiar suas ações, qualificando o gerenciamento do cuidado. (SILVA; GARANHANI; PERES, 2015).

2 | OBJETIVO

Relatar o processo da sistematização da assistência de enfermagem no âmbito acadêmico, elencando quanto sua importância na formação profissional em uma proposta pedagógica diferenciada, o currículo integrado.

3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência e o cenário do estudo foi o curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário Dr. Tabosa de Almeida localizado no agreste Pernambucano. Trabalha-se com o Currículo integrado (CI), onde as unidades estão separadas por módulos, que é definido como uma unidade autônoma e completa de estudo, onde cada módulo está articulado em torno de eixos integrativos, organizados em semestres compostos por unidades educacionais, as quais denominamos de unidades temáticas, com forte ênfase na relação teoria-prática, permitindo ao estudante maior integração dos conhecimentos, mediante sua inserção em atividades práticas sob tutoria docente e que a SAE está presente em quase todos os conteúdos em forma transversal.

Optou-se por estudar este determinado curso na instituição de ensino mencionada anteriormente devido a utilização da proposta pedagógica do currículo integrado. A instituição possui o currículo integrado implantado desde 2006, de modo que a estrutura curricular seja articulada entre si, a organização do currículo se dá por eixos, módulos, unidades temáticas e referenciais temáticos, com ênfase no modelo sanitário proposto pelo Sistema Único de Saúde ao longo de todo o curso, ou seja do 1º ao 9º módulo. O eixo central do currículo é O Cuidado de Enfermagem, em seus diferentes sentidos, significados e dimensões.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O curso de graduação em Enfermagem da Faculdade ASCES-UNITA traz um modelo dinâmico, inovador e diferenciado. Organizado de forma modular e dividido em unidades temáticas aborda conhecimentos das Ciências Humanas, Sociais, Exatas e Biológicas em articulação com os conhecimentos das Ciências da Saúde e da Enfermagem. Privilegia uma efetiva integração entre ensino, serviço e comunidade, bem como entre educação e trabalho tendo como plano de fundo os cenários sociopolítico-culturais em que o processo de trabalho da enfermagem se desenvolve.

Desta forma, o aluno vivencia atividades teórico-práticas desde o primeiro módulo do curso em diferentes espaços de aprendizagem, tais como comunidades, escolas, creches, indústrias, unidades básicas de saúde, policlínicas, hospitais, SAMU, bem como nos laboratórios da ASCES-UNITA. A SAE no currículo integrado é desenhada de maneira onde o aluno compreende de forma contínua os conhecimentos da sistematização da assistência de enfermagem desde a história da profissão com Florence Nightingale, apresentada no primeiro módulo, construindo assim os saberes básicos e as conquistas para a categoria profissional até sua implementação no Brasil em Serviços de Enfermagem nas décadas de 1970 e 80, sob influências das teorias de enfermagem.

Além disso, o discente cada vez mais adquire habilidades construídas de forma crítica a respeito da arte do cuidar, visando o cuidado desde o indivíduo até toda a comunidade no âmbito biopsicossocial e espiritual. A SAE é apresentada aos discentes como uma metodologia de organização, planejamento e execução de ações sistematizadas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, constituída por 5 etapas: o Histórico de Enfermagem – HE que inclui, a coleta de dados e o exame físico; o Diagnóstico de Enfermagem – DE através dos problemas identificados no HE; o Planejamento de Enfermagem – PE; a Implementação de Enfermagem – IE e a Avaliação de Enfermagem. Que segundo a Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) a mesma se trata de uma atividade privativa do enfermeiro realizadas ao indivíduo sob seus cuidados e direta ou indiretamente a família e comunidade.

No currículo integrado pela instituição o método da organização envolve eixos, módulos, unidades temáticas e referenciais, subdividido de acordo com o semestre letivo. O modelo de grade curricular inicia-se a partir da atenção primária em saúde, estudada desde o primeiro ao quinto módulo do curso. A SAE é vista de acordo com cada conteúdo essencial discutido na área de conhecimento correspondente ao módulo implementada no terceiro semestre do curso, onde ocorre o primeiro contato com o referencial teórico, neste é estudado o conceito da SAE; importância dela para prática do enfermeiro, para gestão e o cuidado no processo de enfermagem; como também as teorias de enfermagem; a importância e elaboração do instrumento de enfermagem baseados na situação de saúde do adulto e idoso e realizado planos de cuidado para a respectiva área elencada utilizando as taxonomias ou terminologias próprias (NANDA/NOC/NIC ou CIPE).

No quarto módulo é abordado saúde da mulher, onde a SAE é executada em todo o ciclo gravídico-puerperal e climatério, já no quinto módulo refere-se a saúde da criança e do adolescente, em ambos os módulos a SAE é estudada com disparadores de aprendizagem compostos por diversas situações problemas, onde o discente deve realizar a assistência de enfermagem a cada situação identificando no plano de enfermagem para resolução das situações, sendo discutida posteriormente em sala de aula com todos os discentes.

No sexto módulo, a SAE é vista na atenção secundária e terciária em saúde no cuidado sistematizado em situações clínicas e cirúrgicas, como também a sistematização da assistência de enfermagem psiquiátrica. O sétimo módulo retrata a sistematização de assistência de enfermagem à mulher em situação ginecológica e obstétrica e a sistematização de assistência de enfermagem ao neonato. O oitavo módulo trata-se de uma nova vivência, o estágio curricular I na atenção primária em saúde, nesse momento os discentes atuam com a sistematização da assistência de Enfermagem no domicílio, ao Indivíduo, Família e Comunidade.

O estágio curricular II na atenção secundária e terciária de saúde ocorre no nono módulo, onde os discentes passam por diferentes serviços atuando nos setores identificados pela instituição, sendo estes setores: urgência e pediatria nas Unidades de

Pronto Atendimento (UPA), emergência, clínica médica, clínica cirúrgica, bloco cirúrgico, central de material e esterilização (CME), unidade de terapia intensiva (UTI) e obstetrícia todos em Hospitais e saúde mental vivenciada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e um opcional onde o discente escolhe qual serviço elencado pretende estagiar podendo ser clínicas ou mesmo setores burocráticos, nestes serviços os discentes realizam a SAE conforme cada instituição de saúde preconiza, sempre realizando etapas implantadas neste nível de assistência.

No currículo integrado (CI) o ser humano deve ser visto como um ser integral, com características biológicas, psicológicas, espirituais e sociais interligadas e interdependentes, dessa forma, o cuidado dentro da SAE deve atender todas essas esferas desde o nível individual até o nível coletivo. Pois, cada indivíduo é determinado por sua história pessoal de vida e também faz parte de um grupo social. A sua inserção no processo de produção determina o seu processo de saúde e doença (GARANHANI, 2013).

5 | CONCLUSÃO

A SAE no currículo integrado (CI) é ensinada em formato transversal, contribuindo efetivamente na formação de uma postura profissional adequada para a Enfermagem. Garantindo qualificação do futuro profissional em seus planejamentos assistenciais de saúde favorecendo o aumento na qualidade prestada ao cliente, consolidando e dando subsídio à profissão. Os docentes incorporam momentos teóricos/práticos se envolvendo ao longo dos módulos de medida observacional, de escuta qualificada e dialogando sempre com os alunos, orientando aos acadêmicos as melhores condições nas dificuldades elencadas.

A reflexão sobre a SAE nessa metodologia de currículo fundamenta as questões teóricas vistas em sala de aula, oportunizando ações críticas e efetivas nas experiências vividas durante as práticas clínicas, sendo assim, aprovada pelos discentes, pois, além de facilitar a aprendizagem também integra o referencial temático da sistematização de enfermagem à outros referenciais de diferentes áreas e níveis de conhecimento, contribuindo para o ampliamto das competências primordiais na execução dos planejamentos e intervenções de um enfermeiro em seu âmbito de trabalho, seja ele a nível básico ou hospitalar.

REFERÊNCIAS

COFEN, **Resolução nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. COFEN, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 18 mar. 2020.

DOWDING, T. J. **The application of a Spiral curriculum model to technical training curricula**. Education

Technical, Illinois, v. 7, n. 33, p. 21-30, July, 1993.

GARANHANI, M. L.; et al. **Integrated Nursing Curriculum in Brazil: A 13-Year Experience.** Creative Education, USA, v. 12b, n. 4, p. 66-74, 2013.

SILVA, C. C. *et al.* **O ensino da Sistematização da Assistência na perspectiva de professores e alunos.** Rev. Eletr. Enf. [Internet], v. 13, n. 2, p. 81-174, 2011. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a03.htm>. Acesso em: 18 mar. 2020.

SILVA, J. P.; GARANHANI, M. L.; PERES, A. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 23, n. 1, p. 59-66, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100059&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 mar. 2020.

SOBRE A ORGANIZADORA

ISABELLE CORDEIRO DE NOJOSA SOMBRA - Enfermeira pelas Faculdades Nordeste - FANOR (Bolsista pelo PROUNI). Doutoranda em Obstetrícia (DINTER UFC/UNIFESP). Mestre em Saúde Coletiva - PPSAC/UECE. Especialização em Enfermagem Obstétrica - (4 Saberes). Especialista em Saúde Pública - UECE. Atua como consultora materno-infantil. Enfermeira Obstetra na clínica Colo. Atuou como docente do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Estácio do Ceará e do Centro Universitário Pitágoras de Fortaleza. Atuou como professora do Grupo de Pesquisa em Avaliação da Saúde da Mulher - GPASM/ESTÁCIO. Atuou como docente do Curso Técnico em Cuidado de Idosos - PRONATEC/ Unichristus. Atuou como supervisora pedagógica do Curso Técnico em Enfermagem da Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIEPS) da Escola de Saúde Pública do Ceará - ESP/CE. Atuou como enfermeira assistencial no Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora (HFT). Atuou na preceptoria de estágio das Faculdades Nordeste - FANOR. Atuou como pesquisadora de campo da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Faculdade de Medicina - no Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Materno Infantil. Atuou no Projeto de Práticas Interdisciplinares no Contexto de Promoção da Saúde sendo integrante do grupo de pesquisa "Cuidando e Promovendo a Saúde da Criança e do Adolescente" - FANOR;. Atuou como Membro do Grupo de Pesquisa em Estudos Quantitativos da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Atua principalmente nos seguintes temas: saúde da mulher, saúde materno-infantil e saúde coletiva.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abortamento Provocado 9, 66, 67, 69, 72, 73

Aborto 52, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73

Acadêmicos 11, 12, 36, 37, 43, 101, 102, 103, 104, 122, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 204, 205, 206, 207, 209, 210, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 224, 227

Adolescente 14, 83, 85, 92, 93, 133, 220, 222, 226, 229

Aleitamento Materno 9, 21, 23, 29, 30, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65

Alívio 10, 80, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118

Amamentação 9, 5, 9, 10, 29, 30, 45, 46, 48, 49, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 64, 65, 89

Assistência 9, 10, 1, 3, 6, 7, 8, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 30, 57, 60, 61, 63, 64, 66, 67, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 87, 88, 89, 92, 94, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 122, 126, 129, 130, 133, 134, 137, 138, 139, 141, 153, 160, 162, 167, 171, 181, 182, 210, 214, 215, 216, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228

Assistência Perinatal 101

C

Câncer 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 56, 63, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 82, 83, 84, 127

Candidíase 143, 151, 152, 153, 154

Criança 9, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 33, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 58, 60, 64, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 99, 103, 133, 156, 220, 222, 226, 229

Crianças 8, 9, 14, 16, 17, 18, 19, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 42, 43, 44, 52, 55, 58, 60, 61, 62, 64, 75, 79, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 138, 141, 159, 162, 163, 164, 165, 166

Cuidados 10, 6, 7, 14, 16, 17, 18, 27, 44, 61, 69, 71, 73, 78, 84, 90, 91, 94, 96, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 116, 117, 125, 129, 137, 143, 152, 157, 171, 214, 220, 226

Cuidados de Enfermagem 14, 17, 18, 69, 84, 101, 106, 143, 171

D

Deficiência 9, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 159, 169

Desmame 45, 47, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 64, 65

Diagnóstico 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 76, 78, 80, 83, 104, 144, 153, 154, 157, 160, 161, 163, 169, 172, 182, 224, 226

Dieta Saudável 34

Docente 33, 99, 107, 189, 191, 195, 198, 199, 203, 204, 222, 225, 229

Doenças 35, 56, 63, 74, 75, 82, 95, 122, 144, 151, 154, 157, 162, 166, 167, 172, 175, 214

Doenças Urológicas 167

Dor do Parto 107, 110, 117

E

Educação 6, 33, 34, 36, 37, 40, 43, 44, 55, 56, 68, 70, 85, 86, 87, 88, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 105, 106, 117, 138, 196, 199, 200, 202, 205, 208, 209, 210, 220, 222, 225, 229

Enfermagem Obstétrica 101, 102, 103, 104, 106, 107, 109, 110, 142, 229

Enfermagem Pediátrica 14, 20, 54

Enfermeiro 8, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 11, 15, 16, 18, 19, 24, 36, 43, 54, 58, 60, 64, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 78, 82, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 102, 107, 109, 112, 114, 116, 117, 129, 140, 142, 157, 171, 172, 187, 195, 197, 198, 200, 205, 206, 208, 209, 212, 224, 226, 227

Enfermeiros 9, 2, 3, 6, 19, 30, 61, 81, 83, 85, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 101, 102, 103, 105, 106, 111, 123, 172, 187, 194, 201, 210, 214, 217, 220

Ensino 12, 12, 16, 19, 37, 44, 96, 99, 103, 106, 122, 142, 143, 145, 147, 149, 153, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 196, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 206, 208, 209, 210, 211, 212, 222, 224, 225, 228

Estratégia 8, 9, 7, 14, 15, 16, 19, 20, 25, 29, 33, 35, 36, 43, 62, 69, 85, 87, 88, 91, 92, 99, 139, 140, 153, 155, 205

F

Família 8, 9, 4, 7, 11, 13, 15, 29, 30, 31, 33, 35, 36, 61, 62, 71, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 137, 138, 140, 141, 145, 146, 153, 155, 157, 177, 212, 214, 221, 226

G

Gênero 89, 125, 126, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 139, 141, 155, 157, 190, 216

Gravidez 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 13, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 32, 47, 52, 53, 61, 68, 72, 143, 144, 151, 152, 164, 170, 175, 182

L

Lésbicas 10, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130

M

Mama 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 56, 63, 127, 154

Mercado de Trabalho 11, 185, 186, 187, 189, 191, 194, 195, 196, 200, 209, 224

Metodologias 198, 199, 200, 201, 202, 204, 209, 210

Morte 12, 3, 9, 10, 23, 28, 29, 68, 78, 160, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221

N

Neoplasia Maligna 8, 1, 2, 3, 4, 7, 22, 23, 24, 28

P

Paracetamol 8, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53

Parto Normal 106, 107, 110, 118

Pediatria 44, 74, 75, 77, 156, 166, 226

Políticas Públicas 10, 37, 88, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 127, 128, 131, 133, 134, 137, 141, 152

Prenhez 45, 46, 48, 50, 52, 53, 144

Prevenção 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 22, 23, 30, 44, 56, 58, 61, 62, 63, 64, 70, 87, 92, 95, 110, 127, 128, 129, 134, 136, 137, 139, 140, 144, 153, 157, 163, 169, 226

Processo 8, 5, 6, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 28, 30, 36, 39, 55, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 82, 87, 88, 89, 95, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 113, 117, 135, 136, 138, 139, 140, 144, 153, 169, 171, 173, 186, 187, 195, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 208, 209, 210, 212, 214, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227

Q

Qualidade de Vida 11, 34, 43, 56, 87, 140, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183

S

SAE 12, 8, 20, 222, 223, 224, 225, 226, 227

Sarampo 11, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166

Saúde 8, 9, 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 43, 44, 47, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 77, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 113, 115, 117, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 133, 135, 136, 138, 140, 141, 142, 144, 145, 149, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 160, 163, 164, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 187, 193, 194, 195, 196, 197, 200, 202, 203, 204, 208, 209, 210, 211, 212, 214, 215, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 229

Saúde da Família 8, 9, 33, 36, 85, 88, 99

Saúde Sexual 120, 121, 122, 129

Sentimentos 9, 10, 13, 15, 22, 29, 30, 32, 78, 80, 81, 102, 154, 171, 196, 212, 213, 214, 215, 216, 219

Serviços 6, 17, 25, 35, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 85, 86, 87, 88, 89, 91, 102, 109, 116, 120, 121, 122, 125, 126, 128, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 141, 144, 150, 155, 182, 208, 209, 225, 226, 227

T

Tanatologia 213, 214, 217, 218

Terapêutica 25, 80, 113, 115, 157, 162, 182

Tratamento 6, 8, 9, 10, 13, 15, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 47, 49, 68, 69, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 86, 144, 150, 153, 157, 162, 171, 172, 182, 183, 200, 213, 215

Tricomoníase 143, 153

V

Vaginose Bacteriana 143, 153, 154

Violência 123, 127, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141

 **Atena**
Editora

2 0 2 0