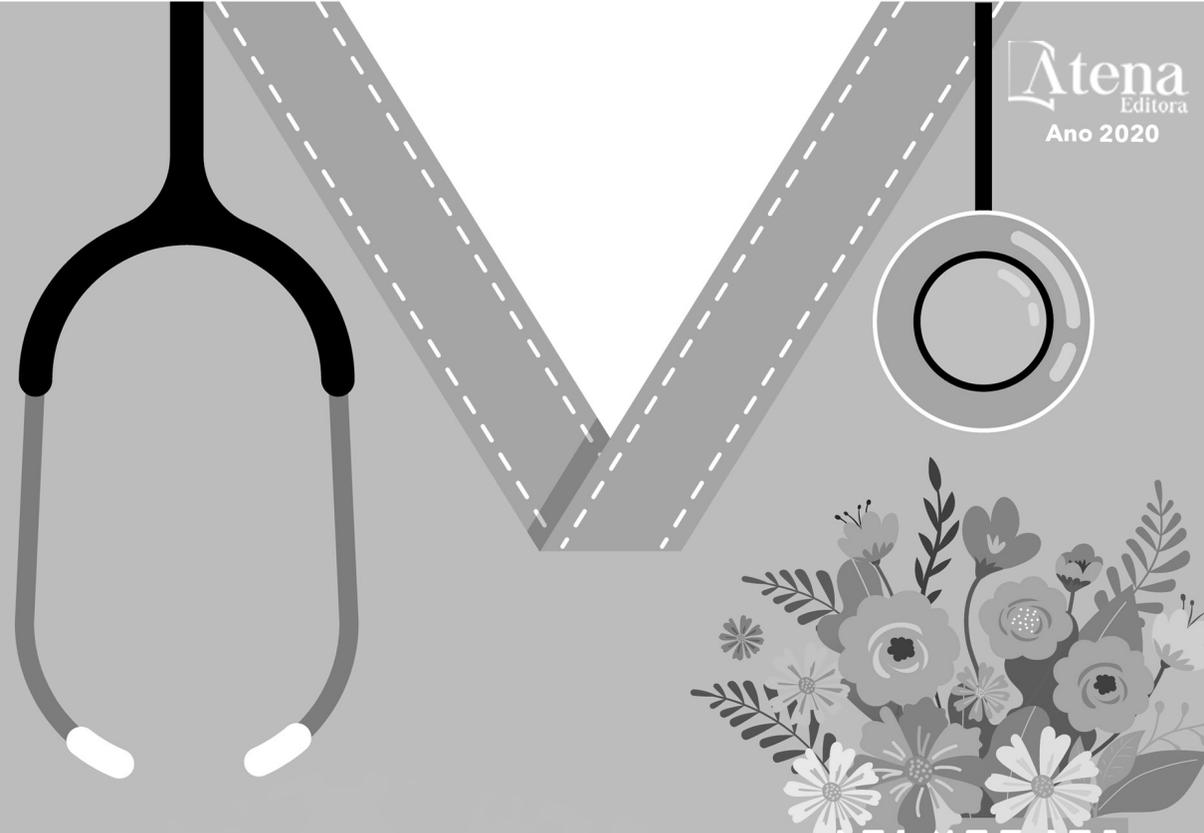




INOVAÇÃO E
TECNOLOGIA
PARA O CUIDAR
EM ENFERMAGEM

2

RAFAEL HENRIQUE SILVA
(ORGANIZADOR)



**INOVAÇÃO E
TECNOLOGIA
PARA O CUIDAR
EM ENFERMAGEM**

RAFAEL HENRIQUE SILVA
(ORGANIZADOR)

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecário

Maurício Amormino Júnior

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremona

Karine de Lima Wisniewski

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos 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, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. 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.

A Atena Editora não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

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

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

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
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
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. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
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
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
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. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
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
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
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
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
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
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
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
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dr. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá

Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

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. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª 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
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliariari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Profª 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
Profª Drª 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
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
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 Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
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. Lillian 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. Dr. 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. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecário Maurício Amormino Júnior
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizador: Rafael Henrique Silva

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

158 Inovação e tecnologia para o cuidar em enfermagem 2
[recurso eletrônico] / Organizador Rafael Henrique
Silva. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-295-1

DOI 10.22533/at.ed.951202108

1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil.
I. Silva, Rafael Henrique.

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Inovação e Tecnologia para o Cuidar em Enfermagem Volume 2 reúne trabalhos voltados para a temática materno-infantil, uma área de grande atuação e pesquisa por parte dos profissionais de Enfermagem.

Esta temática está em constante inovação, graças aos esforços e dedicação dos pesquisadores. Os artigos presentes neste volume abordam os temas do cotidiano dos profissionais da linha materno-infantil, mas como uma vertente inovadora, através de atualizações e pesquisas recentes sobre amamentação, alterações biopsicossociais na gestação, humanização, cuidados com recém-nascido, prematuridade, entre outros assuntos importantes na prática dos Enfermeiros.

O conhecimento está em constante atualização, os profissionais precisam estar inseridos em um processo diário de capacitação. Os pesquisadores responsáveis pelos artigos deste livro e a Atena Editora compartilham desse pensamento e desta forma, os trabalhos foram organizados de forma a proporcionar aos Enfermeiros inovações que possam ser aplicados em suas práticas profissionais.

Desejamos a todos uma agradável leitura e esperamos contribuir para aprimorar o conhecimento aplicado à Enfermagem e toda a área da Saúde.

Rafael Henrique Silva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

ADESÃO À AMAMENTAÇÃO ENTRE PUÉRPERAS ADOLESCENTES: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Orácio Carvalho Ribeiro Junior
Jociane Martins da Silva
Daniella da Costa Sales
Marcela Vieira Ferreira
Jéssica Taís dos Santos
Ronilson Paz da Silva
Jéssica Rocha Siqueira
Anderlane Soares Mourão
Luiz Antônio Bergamim Hespanhol
Suzana Maria da Silva Ferreira
Elcione Viana da Silva
Eloysa Maria Oliveira Rêgo
Luciane Cativo Brasil
Tatiane Silva de Araújo
Adriana Moraes Taumaturgo
Lucas Luzeiro Nonato

DOI 10.22533/at.ed9512020081

CAPÍTULO 2..... 14

BENEFÍCIOS DO MÉTODO CANGURU EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO

Ana Lígia Barbosa Messias
Ana Paula Sanabria
Débora Cardozo Bonfim Carbone
Ellen Souza Ribeiro
Lorena Falcão Lima

DOI 10.22533/at.ed9512020082

CAPÍTULO 3..... 24

ÊMESE E HIPERÊMESE GRAVÍDICA E A PARTICIPAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A GESTANTE

Conceição do Socorro Damasceno Barros
Arícia Lobato de Araújo
Ana Carolina Valino Teixeira
Alice Dayenne Moraes
Lauro Nascimento de Souza
Adrielle Priscilla Souza Lira
Cristiane Patrícia Siqueira Monteiro
Jaqueline Vieira Guimarães
Wilma de Souza Malcher
Raimunda Maia Lago
Diana Damasceno Guerreiro
Maria de Belém Ramos Sozinho

DOI 10.22533/at.ed9512020083

CAPÍTULO 4.....32

MEDOS E ANSEIOS DAS GESTANTES EM RELAÇÃO AO PARTO NORMAL

Suene Paes Carreiro de Aviz
Nazaré do Socorro de Oliveira Afonso
Elisângela da Silva Ferreira
Marcia Simão Carneiro
Maria Heliana Chaves Monteiro da Cunha
Lorena de Paula de Souza Barroso
Roberta Brelaz do Carmo
Greyciane Ferreira da Silva
Chiara Silmara Santos Silva
Elenice Valéria Paes Ferreira
Alice Dayenne Moraes
Fernando Kleber Martins Barbosa

DOI 10.22533/at.ed9512020084

CAPÍTULO 5.....44

CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL À LUZ DA TEORIA DE WANDA HORTA

Luzia Beatriz Rodrigues Bastos
Emeline Paula das Neves Freitas
Rayssa Thayara Barros Lopes
Diniz Antonio de Sena Bastos
Karina Moraes Wanzeler

DOI 10.22533/at.ed9512020085

CAPÍTULO 6.....53

ALTERAÇÕES BIOPSISSOCIAIS MAIS FREQUENTES DA MULHER NO CLIMATÉRIO

Leonardo Lopes de Sousa
Gleicy da Silva Araujo
Kananda Braga de Sousa Santos
Karla Joelma Bezerra Cunha

DOI 10.22533/at.ed9512020086

CAPÍTULO 7.....60

TRIAGEM NEONATAL SEGURA: ADAPTAÇÃO DE MATERIAIS PARA ELABORAÇÃO DE DISPOSITIVOS PARA O TESTE DO PEZINHO

Nágela Bezerra Siqueira
Dilene Fontinele Catunda Melo
Francisca Mayra de Sousa Melo
Maria da Conceição dos Santos Oliveira Cunha
Francisco Jardel Ferreira Lima
Fernanda Alalia Braz de Sousa
Matheus Gomes Andrade
José Fernando Martins Sousa
Antonia Dávila da Conceição Alves Dias
Paula Alves Camelo
Felicía Maria Rodrigues da Silva

Daielle Oliveira Miranda

Virlene Martins Alves

DOI 10.22533/at.ed9512020087

CAPÍTULO 8..... 68

CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS ACERCA DOS EFEITOS COLATERAIS DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO EM CRIANÇAS ONCOLÓGICAS

Luana Azevedo Maia

Eryjosity Marculino Guerreiro Barbosa

Cicera Brena Calixto Sousa

Nahyanne Ramos Alves Xerez

Kaila Andréa da Silva Cunha

Maria Conceição Mota Maciel

Mayara Sousa do Nascimento

Lêda Cláudia Silva da Silva

Jandira Márcia Sá da Silva Cordeiro

Diana Carla Pereira da Silva

Thays Silva de Souza Lopes

Cesariana Excelsa Araújo Lopes da Silva

DOI 10.22533/at.ed9512020088

CAPÍTULO 9..... 78

AÇÕES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: REVISÃO INTEGRATIVA

Jandira Márcia Sá da Silva Cordeiro

Polyana Carina Viana da Silva

Cicera Brena Calixto Sousa

Nahyanne Ramos Alves Xerez

Cesarina Excelsa Araújo Lopes da Silva

Janaína Calisto Moreira

Thays Silva de Souza Lopes

Emanuel Ferreira de Araújo

Diana Carla Pereira da Silva

Antonia Larissa Domingues da Silva

Luana Azevedo Maia

Talita de Oliveira Franco

DOI 10.22533/at.ed9512020089

CAPÍTULO 10..... 87

CONTEÚDOS SOBRE CRIANÇA PREMATURA VEICULADOS POR FAMILIARES: UM ESTUDO DE IMAGEM EM MÍDIA SOCIAL

Maria Raísa Pereira da Costa

Joseph Dimas de Oliveira

Simone Soares Damasceno

Naanda Kaanda Matos de Souza

Maria Augusta Vasconcelos Palácio

DOI 10.22533/at.ed95120200810

CAPÍTULO 11 98

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Carina Nunes de Lima
Francisco Diogo de Andrade Cavalcante
Robson Wanderley Vieira de Moura
Maria Luenna Alves Lima
Walkelândia Bezerra Borges
Francisca Edinária de Sousa Borges
Nerley Pacheco Mesquita
Rita de Cássia Dantas Moura
Vanessa Silva Leal Sousa
Ana Letícia Nunes Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed95120200811

CAPÍTULO 12..... 105

AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM CRIANÇA COM LONGA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Tháís Barbosa dos Santos
Maria José Pessanha Maciel
Glaice Kelly Dias Barbosa
Conceição Pereira Silva de Albuquerque
Luciana Oliveira Simões
Catia Rustichelli Mourão
Emanuel Pereira dos Santos

DOI 10.22533/at.ed95120200812

CAPÍTULO 13..... 108

ANÁLISE DOS RISCOS PARA AMAMENTAÇÃO INEFICAZ: FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O DESMAME PRECOCE EM PUÉRPERAS ADOLESCENTES

Bentinelis Braga da Conceição
Valdenia Guimarães e Silva Menegon
Fernanda Lima de Araújo
Láisa Ribeiro Rocha
Rafaela Alves de Oliveira
Paula Lima de Mesquita
Érica Patrícia Dias de Sousa
Luzia Maria Rodrigues de Carvalho
Sildália da Silva de Assunção Lima
Amanda Karoliny Meneses Resende
Ana Paula Ribeiro de Melo Meneses
Amanda Cristina Machado Lustosa
Ana de Cássia Ivo dos Santos
Vaneska Maria Fontenele de Oliveira
Shirley Samara Silva Monteiro
Antônia Rodrigues de Araújo

DOI 10.22533/at.ed95120200813

CAPÍTULO 14..... 121

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Mauriane Ferreira Costa
Bentinelis Braga da Conceição
Rosalba Maria Costa Pessoa
Annielson de Souza Costa
Érica Patrícia Dias de Sousa
Paula Lima de Mesquita
Vanessa Kely Medeiros Silva Palhano
Láisa Ribeiro Rocha
Amanda Karoliny Meneses Resende
Paulliny de Araujo Oliveira
Ana Claudia Antunes Ferreira de Castro
Edilane Henrique Leôncio
Layane Silva Santana
Daniele dos Santos Sena

DOI 10.22533/at.ed95120200814

CAPÍTULO 15..... 132

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Brenda Jenyffer Lima de Sousa

DOI 10.22533/at.ed95120200815

CAPÍTULO 16..... 148

APLICAÇÃO DO ESCORE PEDIÁTRICO DE ALERTA (EPA) NO RECONHECIMENTO PRECOZE DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thaiane de Lima Oliveira
Juliana de Oliveira Freitas Miranda
Carlito Nascimento Sobrinho
Lívia Leite da Silva Macedo
Marina Vieira Silva
Renata Fonseca Mendoza

DOI 10.22533/at.ed95120200816

CAPÍTULO 17..... 156

ORIENTAÇÕES PERTINENTES ACERCA DOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO EM ALOJAMENTO CONJUNTO

Janaína dos Santos Silva
Igor Roberto Oliveira da Silva
Debora Alencar Teixeira Gomes
Jamille de Paula Alves
Israel Melo de Oliveira dos Santos Junior
Helen Dayane Oliveira da Silva Souza
Larissa Natale dos Santos
Bruna Caroline Rodrigues Tamboril

Paloma Victória Arruda Maia

DOI 10.22533/at.ed95120200817

CAPÍTULO 18..... 166

CUIDADOS PALIATIVOS EM PEDIATRIA: UMA DISCUSSÃO DA PRÁTICA

Emanuel Pereira dos Santos

Rhuani de Cassia Mendes Maciel

Isabelle Fernandes Borsato

Paloma Lucena Farias da Costa

Mayara Santos Medeiros da Silva Campos

Adrielle Santana Marques Bahiano

Edna Corrêa Moreira

Cinthia Torres Leite

Claudio Jose de Almeida Tortori

Vera Lúcia Freitas

Nebia Maria Almeida de Figueiredo

Mariana de Almeida Pinto Borges

DOI 10.22533/at.ed95120200818

CAPÍTULO 19..... 173

AS FRAGILIDADES NA ASSISTÊNCIA À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Kahena Giullia de Deus Lopes

Danielle Stephanie Neves Oliveira

Paula Lopes Vieira

Sofia Caroline Mesquita Lacerda

Marcilene Rezende Silva

Érika Marina Rabelo

DOI 10.22533/at.ed95120200819

CAPÍTULO 20..... 183

HUMANIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL SOB O OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Natália Gregório Pinto Araújo

Sara Araújo dos Santos

Tamara Braga Sales

Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes

Samara Gomes Matos Girão

Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares

Maíra Maria Leite de Freitas

Lucélia Rodrigues Afonso

Marcia Alves Ferreira

Roberta Liviane da Silva Picanço

DOI 10.22533/at.ed95120200820

SOBRE O ORGANIZADOR..... 195

ÍNDICE REMISSIVO..... 196

CAPÍTULO 1

ADESÃO À AMAMENTAÇÃO ENTRE PUÉRPERAS ADOLESCENTES: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 03/08/2020

Orácio Carvalho Ribeiro Junior

Universidade do Estado do Pará (UEPA)
Altamira-PA
<http://lattes.cnpq.br/0046295261211278>

Jociane Martins da Silva

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/1816016324988252>

Daniella da Costa Sales

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/6111554261436940>

Marcela Vieira Ferreira

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/8895212960359913>

Jéssica Taís dos Santos

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/0934560982802009>

Ronilson Paz da Silva

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/2895940403624394>

Jéssica Rocha Siqueira

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/1324799327281271>

Anderlane Soares Mourão

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/9836182656839262>

Luiz Antônio Bergamim Hespanhol

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

Suzana Maria da Silva Ferreira

Universidade Federal de Roraima (UFRR)
Boa Vista-RR
<http://lattes.cnpq.br/2566956034165695>

Elcione Viana da Silva

Secretaria de Estado da Saúde de Roraima
(SESAU)
Boa Vista-RR
<http://lattes.cnpq.br/8695898511012685>

Eloysa Maria Oliveira Rêgo

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

Luciane Cativo Brasil

Centro Universitário do Norte (UNINORTE)
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/57544463167636502>

Tatiane Silva de Araújo

Hospital e Maternidade Rio Amazonas
Manaus-AM
<http://lattes.cnpq.br/2313899982722070>

Adriana Moraes Taumaturgo

Universidade Estadual de Roraima (UERR)
Boa Vista-RR
<http://lattes.cnpq.br/4343930596704078>

Lucas Luzeiro Nonato

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

RESUMO:Objetivo: analisar o processo de adesão à amamentação entre puérperas adolescentes no Brasil. **Metodologia:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura a partir da seguinte questão: Como está configurada a adesão à amamentação entre puérperas adolescentes no Brasil? A busca por artigos científicos deu-se nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de dados em Enfermagem (BDENF) publicados no período de janeiro de 2009 a dezembro de 2018. **Resultados:** A partir da análise de 14 artigos que compuseram a amostra final do estudo, observou-se que a adesão a amamentação entre puérperas adolescentes é ineficaz, principalmente nos primeiros meses de vida do bebê e esta adesão ineficaz se deve a diversos fatores, dentre eles: presença de dores nas mamas, fissuras e sangramentos nos mamilos, crença de pouco leite; adolescentes; primigestas; grau de instrução incompleto e estrutura familiar. **Conclusão:** diversos fatores interferem na adesão das adolescentes ao aleitamento materno, desde aqueles relacionados aos aspectos biológicos até os familiares e sociais, sendo necessário aos profissionais de saúde estarem atentos a estes fatores para melhor promoverem a amamentação.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno, Puerpério, Adolescência, Adesão à Amamentação.

ADHESION TO BREASTFEEDING BETWEEN TEEN PUERPERAS: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Objective: Analyze the process of adherence to breastfeeding among adolescent mothers in Brazil. **Methodology:** This is an integrative literature review based on the following question: How is breastfeeding adherence among adolescent mothers in Brazil configured? The search for scientific articles took place in the databases Scientific Electronic Library Online (SCIELO), and Latin American Literature in Health Sciences (LILACS) and Database in Nursing (BDENF) published from January 2009 to December 2018. **Results:** From the analysis of 14 articles that made up the final sample, it was observed that adherence to breastfeeding among adolescent mothers is ineffective, especially in the first months of the baby's life. This ineffective adherence is due to several factors, including the presence of pain in the breasts, fissures and bleeding in the nipples, belief in little milk, adolescents, primiparous, incomplete education, and family structure. **Conclusion:** Several factors interfere in the adherence of adolescents to breastfeeding, from those related to biological aspects to family and social aspects, making it necessary for health professionals to be aware of these factors in order to promote breastfeeding better.

KEYWORDS: Breastfeeding, Puerperium, Adolescence, Adherence to Breastfeeding.

1 | INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de apreciação do ser humano, no qual se sucedem importantes transformações biológicas, psicológicas e sociais. A ocorrência de gravidez e maternidade nessa fase da vida desencadeia uma somatória de mudanças que exigem um repensar no futuro com um filho, geralmente, não planejado. Gravidez e maternidade na adolescência são consideradas, ainda, uma problemática de saúde pública em todo

o mundo, principalmente em países subdesenvolvidos, onde se configuram cenários permeados por famílias de baixa renda, populações vulnerabilizadas e com baixo acesso às informações e tecnologias inerentes à saúde sexual e reprodutiva (DECKER et al., 2016).

Segundo Silva et al. (2018) a promoção da amamentação por meio da operacionalização de políticas públicas, tem sido importante estratégia para a prevenção da desnutrição infantil, principalmente em países subdesenvolvidos, principalmente quando implementado entre populações mais vulnerabilizadas, como as adolescentes que vivenciam a maternidade. Além disso, a amamentação de todos os bebês nos primeiros dois anos de vida pode prevenir, anualmente, a morte de mais de 820 mil crianças com menos de cinco anos de idade, além de ter importantes benefícios para a saúde das crianças que se estendem por toda a vida e ser importante fator protetor para a saúde da mãe (BRASIL, 2009; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

No contexto da adolescência e aleitamento materno, percebe-se que dentre as diversas mudanças fisiológicas, adaptação ambiental e integração social, as adolescentes passam a ter novas atitudes, motivadas pela transição entre infância e a vida adulta, entre elas a possibilidade de experienciar os processos de parentalidade nesta fase da vida, aqui destacando-se a gravidez e suas particularidades. Uma gravidez na adolescência é considerada um período de vulnerabilidade para as adolescentes, pois envolve vários aspectos, dentre eles se destaca o fato de a mãe adolescente, na maioria das vezes, não estar preparada para cuidar de seu filho devido à falta de experiência e maturidade, deste modo podendo prejudicar a adesão aos processos que envolvem a amamentação (SPINDOLA et al., 2009; MERINO, 2013).

Neste contexto, José e Lima (2011) destacam que puérperas adolescentes estão mais propensas a terem dificuldades no cuidado com o recém-nascido, incluindo os aspectos relacionados à amamentação, apesar de terem em mente a importância e os benefícios desta prática. Estes achados são consolidados quando se analisa a prevalência de aleitamento materno no Brasil, que constatou em 36,6% o percentual de mães que aderem ao aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida, mostrando as fragilidades da transposição da política sobre aleitamento para o cotidiano das mulheres. Além disso, a adesão a amamentação tem sido apontada como importante desafio entre as puérperas, principalmente as adolescentes (BERETTA, CLAPIS, FABBRO, 2013; BOCCOLINI et al, 2017).

A adesão à amamentação é considerada pelas adolescentes uma grande dificuldade, pois ao experienciar este momento do aleitamento materno, elas relatam a presença de dores nas mamas, fissuras e sangramentos nos mamilos, afirmam ainda que o desmame precoce ocorre devido à dor e desconforto apresentado durante a amamentação no período inicial do processo de aleitamento materno. Outrossim, torna-se fundamental a reorganização das ações de cuidado no sentido que possam ir ao encontro da problemática apresentada, para que se possa alcançar o sucesso da amamentação (MERINO et al.,

2013).

Neste contexto, sabendo de tais dificuldades, é necessário conhecer em profundidade as nuances que envolvem o aleitamento materno e como as puérperas adolescentes vivenciam o ato de amamentar. A partir disto, formula-se a seguinte questão: Como está configurada a adesão à amamentação entre puérperas adolescentes no Brasil?

Assim, este artigo tem por objetivo analisar o processo de adesão à amamentação entre puérperas adolescentes no Brasil.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo Revisão Integrativa da Literatura, que busca a sintetização e discussão de determinado problema, a partir da busca e análise de estudos primários, equalizando determinada divergência sobre a questão em foco. É produzida em seis fases: elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Como guia inicial do estudo, elaborou-se a seguinte questão: como está configurada a adesão à amamentação entre puérperas adolescentes no Brasil?

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e a Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Foram utilizados, para busca dos artigos, os seguintes descritores em ciências da saúde (DeCs) e suas combinações nas línguas portuguesa, inglesa e espanhol: Aleitamento Materno (Aleitamento, Alimentação ao Peito, Amamentação); Adolescente (Adolescentes, Adolescência, Jovem, Jovens, Juventude).

Os critérios de inclusão para seleção dos artigos foram: artigos originais publicados em português, inglês e espanhol, artigos publicados entre janeiro de 2009 a dezembro de 2018, artigos disponíveis na íntegra, artigos que atendam o objetivo do estudo. Os critérios de exclusão compreenderam artigos do tipo relato de experiência, estudos de caso, revisão, publicações da literatura cinza, artigos repetidos em mais de uma base de dado, neste caso, será considerado apenas a primeira vez que aparecer.

Após o processo de leitura inicial dos títulos e resumos dos artigos e fechamento da amostra final do estudo, os dados considerados mais relevantes dos estudos primários foram extraídos por meio de um quadro sinótipo que se encontra no tópico resultados. Na sequência deu-se a leitura aprofundada dos estudos incluídos afim de buscar as respostas pertinentes ao problema inicialmente proposto, buscando nesta etapa a verificação da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

Foi realizada a dissertação dos resultados trazidos pelos autores, buscando as convergências e as divergências destes autores em torno do problema analisado e como

cada estudo aborda tais assertivas. A construção do texto deu-se em bloco único e de forma qualitativa. Os resultados obtidos e dados coletados, foram expostos por meio de fluxograma e quadros, contendo todas as informações e metodologia utilizadas na realização da revisão

3 | RESULTADOS

A busca inicial dos estudos nas bases de dados resultou na identificação de 526 artigos nas bases propostas. Após o processo de leitura e filtragem, tendo por base os critérios de seleção pré-estabelecidos, restaram 14 publicações, que compuseram a amostra final deste manuscrito, conforme mostra a figura 1.

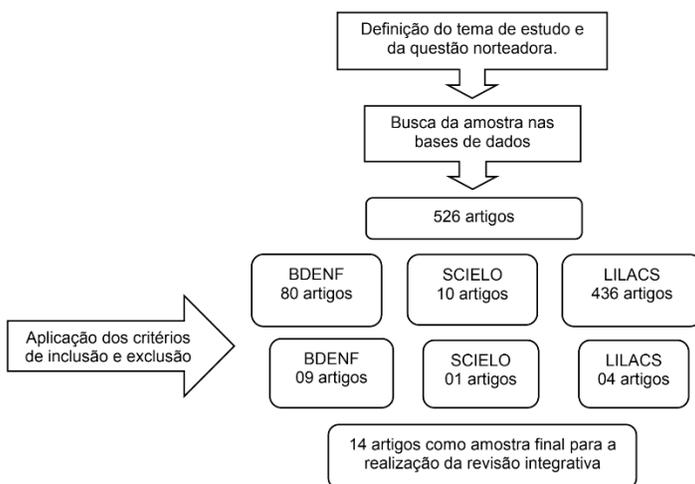


Figura 1: Fluxograma de seleção dos artigos para a composição da revisão integrativa

Fonte: autoria própria

Constata-se predomínio de estudos do tipo transversal e de abordagem quantitativa, publicados em periódicos de enfermagem e indexados na base de dado BDEF, conforme mostra o quadro 1.

Nº	Base	Titulo	Autor (es)	Objetivo	Metodologia		Ano
					Tipo de estudo	Abordagem	
1	LILACS	Concepções de puérperas adolescentes sobre o processo de amamentar	NUNES, J.M.; OLIVEIRA, E.N.; VIEIRA, N.F.C.	Identificar o conhecimento das puérperas adolescentes sobre a amamentação; investigar como essas puérperas experenciam a amamentação	Descritivo	Qualitativa	2009
2	LILACS	A prática do aleitamento materno entre mães adolescentes na cidade de Dois Córregos, estado de São Paulo	FILAMINGO, B.M.; LISBOA, B.C.F.; BASSO, N.A.S.	Verificar o índice de aleitamento materno entre mães menos de 20 anos de idade, na cidade de Dois Córregos, SP.	Descritivo	Quantitativa	2012
3	LILACS	Avaliação do perfil biopsicossocial de mães adolescentes, da área de abrangência do centro de saúde cachoeirinha, após o parto	GONÇALVES et al.	Avaliar aspectos biopsicossociais associados à gravidez na adolescência.	Descritivo	Qualitativo	2012
4	LILACS	Perfil das nutrizes adolescentes e características relacionadas ao aleitamento materno em uma cidade do sul do Brasil	ARRUDA et al.	Analisar o perfil de nutrizes adolescentes e as características relacionadas ao aleitamento materno desta população em uma cidade do sul do Brasil.	Descritivo	Quantitativo	2018
5	BDEF	Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes	GUIMARÃES et al.	Verificar a associação entre a autoeficácia na amamentação e os fatores sociodemográficos e obstétricos das adolescentes.	Transversal	Quantitativo	2017
6	BDEF	Autoeficácia em amamentar entre mães adolescentes.	BIZERRA et al.	Avaliar a autoeficácia em amamentar entre adolescentes lactantes	Transversal	Quantitativo	2015
7	BDEF	A prática da amamentação de mães adolescentes nos primeiros seis meses de vida do filho	CLAPIS, C.V.; FABBRO, M.R.C.; BERRETA, M.I.R.	Analisar a prática de mães adolescentes nos primeiros seis meses de vida do filho	Descritivo	Quantitativo	2013

8	BDEF	Fatores associados ao desmame aos quatro meses em bebê de mães adolescentes.	MARGOTTI, W; MARGOTTI, E.	Apresentar os índices de aleitamento materno exclusivo e verificar os fatores associados ao desmame aos quatro	Transversal	Quantitativo	2018
9	BDEF	A decisão de amamentar durante a adolescência: um estudo na perspectiva cultural.	CREMONESE et al.	Conhecer como foi culturalmente construída a decisão de amamentar, durante a adolescência, por um grupo de mulheres.	Descritivo	Qualitativo	2016
10	BDEF	Amamentação na adolescência: histórias de vida de mães primíparas.	SPINDOLA et al.	Identificar os fatores que influenciam no aleitamento materno da mãe primípara adolescente e compreender o significado do aleitamento para esta mulher.	Descritivo	Qualitativo	2014
11	BDEF	As Dificuldades da maternidade e o apoio familiar sob o olhar da mãe adolescente	MERINO et al.	Compreender as principais situações enfrentadas pelas adolescentes e as formas de enfrentamento utilizadas por elas, após o nascimento do bebê	Descritivo	Qualitativo	2013
12	BDEF	Perfil da prática da amamentação em grupo de mães adolescentes.	CAMAROTTI et al.	Caracterizar o aleitamento materno entre mães adolescentes; identificar as experiências anteriores da amamentação; identificar eventos/ situações que consideram como obstáculo na amamentação atual	Descritivo	Qualitativo	2011
13	BDEF	Preparo e apoio à mãe adolescente para a prática de amamentação.	TAKEMOTO et al.	Investigar como mães adolescentes foram preparadas para a prática do aleitamento materno e conhecer as dificuldades que elas enfrentam e o apoio recebido neste processo	Descritivo	Qualitativo	2011

14	SCIELO	Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil.	GUSMÃO et al.	Verificar a prevalência do AME nos seis primeiros meses de vida dos bebês de mães adolescentes de 14 à 16 anos em Porto Alegre (RS) e identificar fatores associados.	Transversal	Quantitativo	2013
----	--------	--	---------------	---	-------------	--------------	------

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

Fonte: autoria própria.

4 | DISCUSSÃO

Em um estudo realizado na cidade de Maringá – PR entre 2009 e 2010 com mães adolescentes, buscando conhecer as principais dificuldades percebidas no cuidado à criança no primeiro ano de vida e como elas enfrentaram estes problemas. No que tange à amamentação, verificou-se que os principais problemas relatados foram: fissuras mamilares, dores na mama, sangramento do complexo areolomamilar e a crença de pouco leite. Estes problemas foram manejados pelas puérperas com a introdução de alimentação artificial logo nos primeiros meses de vida. O estudo mostrou ainda, que a não adesão à amamentação esteve relacionada ao fato das mães adolescentes serem primigestas, não possuírem grau de instrução completo e nem possuírem companheiro (MERINO et al., 2013).

O apoio familiar evidenciado em estudo na cidade de Maringá-PR contribui de maneira significativa para a adesão ao aleitamento materno, pois fornece a puérpera opiniões, experiências e práticas de aleitamento materno, o que desencadeia participação, suporte e autonomia para a boa prática do aleitamento materno (TAKEMOTO, 2011).

Outro estudo feito em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na Cidade de Sobral/CE, para acompanhar puérperas adolescentes em período de pré-natal objetivou-se identificar seus conhecimentos sobre o processo de amamentação e possíveis dificuldades que poderiam ser ocasionadas. Identificou-se que puérperas adolescentes primíparas possuíram maiores dificuldades como o jeito de pegar em seu colo, a melhor maneira de acalma-lo, e essas foram atreladas à falta de experiência, assim como em alguns casos a falta de apoio familiar, no entanto de modo geral todas relataram a importância da equipe de saúde e substancialmente o apoio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no fortalecimento e preparo físico-psicológico para problemas que ocorreram durante o período de amamentação (NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2009).

A gravidez na adolescência significou uma mudança brusca na vida dessas jovens e o

apoio do cônjuge, pais e avós, assim como os da área da saúde mencionados anteriormente foram essenciais no repasse de conhecimento, na formalização de um ambiente em que essas novas mães se sentiram acolhidas, amadas e pré-dispostas a amar dar carinho a seus respectivos filhos, sendo o primeiro ato a amamentação de forma correta até os seis meses de idade, como preconiza o ministério da saúde. O leite materno é fundamental para um crescimento saudável do RN, pois o fortalece, o previne contra possíveis doenças, e de acordo com o estudo todas as puérperas acompanhadas nesse período relataram saber disso (NUNES, OLIVEIRA e VIEIRA, 2009).

Em estudo que envolveu 151 mães adolescentes na cidade de Santa Maria/RS que buscou identificar o perfil das nutrizes e o processo de aleitamento materno, detectou-se que 86% relataram ter recebido orientações no período da gestação e mostraram-se mais preparadas e seguras ao se depararem com determinadas situações de incômodos durante o período de amamentação. Já as mães que não participaram das reuniões durante a consulta do pré-natal, apresentaram maior probabilidade de desmame dos seus respectivos filhos durante os primeiros seis meses. Outra situação que se mostrou relevante na pesquisa foi à relação conjugal e sua interferência na amamentação, sendo que, as que detinham uma relação estável, eram casadas ou conviviam com seus respectivos parceiros e recebiam seu apoio, demonstraram maior segurança e satisfação em amamentar seus recém-nascidos (ARRUDA et al., 2018).

Já em estudo qualitativo executado no interior do Rio Grande do Sul com o público de oito mulheres adolescentes em período puerperal onde buscou-se conhecer como ocorreu a construção cultural para o processo de amamentar, evidenciou que o ato de amamentar foi culturalmente construído por influência da família, dos profissionais de saúde e da sociedade, onde, de forma positiva as adolescentes adquiriram conhecimentos sobre a importância de estabelecer o aleitamento materno para sua saúde e para a saúde do bebê. Ressalta-se ainda que houve forte influência do papel e das orientações progressivas das mães das adolescentes, fato que reforçou ainda mais a adesão às práticas de amamentar, mesmo diante das dificuldades já conhecidas no seu estabelecimento (CREMONESE et al., 2016).

Também evidenciou-se em um estudo no interior do estado de São Paulo com 39 mães adolescentes comprova-se que 87,2% receberam orientações durante todo o período gestacional, informações importantes quanto a adesão da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida do neonato, orientações vindas de enfermeiros e médicos. Mas mesmo com todo o suporte de informações, evidencia-se que após o 4º mês de vida do bebê a uma regressão do aleitamento materno onde os principais fatores é a intervenção da família como mães e avós ou algum desconforto para amamentar, como dor ou rachaduras dos seios, geralmente pela pega incorreta da mama e hidratação dos seios que não é realizada (BASSO; FILAMINGO; LISBOA, 2012).

Neste contexto das dificuldades apresentadas pelas mães adolescentes no

processo de amamentação, estudo efetivado no município de Ribeirão Preto - SP apontou grandes dificuldades, incluindo o manejo, dentre elas, ingurgitamento mamário, traumas mamilares, infecções mamárias e baixa produção de leite. A técnica incorreta para executar a amamentação, mamadas não frequentes e em horários predeterminados, o uso de chupetas e de complementos alimentares estabelecem importantes condições que podem predispor ao aparecimento de complicações da lactação que, com regularidade, levam ao desmame (CAMAROTTI, 2010).

Corroborando com esta linha de raciocínio, estudo desenvolvido com puérperas adolescentes em uma maternidade no interior de São Paulo que objetivou conhecer as práticas de amamentação até o sexto mês de vida, mostrou que os 10 primeiros dias de vida são os mais críticos para a adolescente implementar e consolidar o processo de amamentação, sendo a percepção errônea da adolescente sobre produção insuficiente de leite o principal fator para esta questão. O estudo mostrou ainda que apesar das adolescentes terem iniciado o aleitamento materno exclusivo após o parto, a manutenção deste até o sexto mês foi extremamente baixa (8,7%), tendo este incrementado à alimentação artificial muito precocemente aos recém-natos, alimentos como: chás, sucos, água e leites artificiais (CLAPIS; FABBRO; BERETTA, 2013).

Um inquérito realizado em Belém do Pará e região metropolitana com 92 adolescentes evidenciaram fragilidades importantes quanto à amamentação exclusiva a partir do 4º mês de vida do bebê, onde a maioria das crianças não ingere mais o leite materno ou recebem alimentação mista. As mães que não oferecem o leite materno exclusivo estão entre as mães solteiras, com ensino incompleto e às que não recebem apoio ou incentivo para a amamentação do seu cônjuge (MARGOTTI, Edficher; MARGOTTI, Willian; 2018).

Em um outro estudo com 422 mães adolescentes que possuíam bebês com idade de 0 a 6 meses, observou-se que até a 26ª semana de vida da criança, o aleitamento materno exclusivo apresentou-se de maneira reduzida, onde as mães com menos estudos e primíparas introduzem outras alimentações nos bebês antes dos seis meses de vida, muitas vezes por falta de informação, por influências que fazem com que a mãe inexperiente acredite que o leite materno não sacia a sede ou que o leite é fraco e não é suficiente para alimentar e satisfazer as necessidades da criança, ofertando assim água, leite industrializado e massas (GUSMÃO et al., 2013).

Ainda segundo o estudo de Gusmão et al. (2013) observa-se que já as mães adolescentes múltiparas, há um aumento de 57% na prevalência ao aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida do bebê. Assim deve-se ter um olhar mais holístico ao grupo de mães adolescentes com baixa escolaridade e que são primíparas, sem experiência, assim a enfermagem deve estar atenta a promoção à saúde da mãe/filho e estar ensinando, estimulando e apoiando a amamentação exclusiva até o 6º mês de vida do bebê.

Já em estudo realizado em Belo Horizonte, percebe-se que das 14 adolescentes

entrevistadas só sete continuavam ofertando leite materno aos seus filhos, apesar de outros estudos evidenciarem negligências quanto ao desmame precoce, esse estudo vem mostrar que mesmo a maioria das mães adolescentes deixando de fazer atividades recreativas devido a chegada do filho precocemente, se dedicaram totalmente ao cuidado do neonato, relatando que estão satisfeitas com a vida após o período do pós-parto. (GONÇALVES, et al., 2012).

Outro aspecto importante no processo de amamentar foi a autoeficácia materna, onde Bizerra et al. (2015) mensuraram, em uma pesquisa transversal, a autoeficácia em amamentar com 172 lactantes adolescentes com uma pesquisa realizada em 14 unidades básicas de saúde no nordeste brasileiro. O estudo mostrou que as taxas de autoeficácia ficaram assim distribuídas: 84% alta, 15% média e 1% baixa, concluindo-se que estas mães têm excelente autoconfiança e segurança em amamentar. Além disto, o estudo mostrou que dentre os principais fatores que colaboram para os altos índices, está a percepção da mão sobre a boa pega e a identificação de que o bebê está satisfeito. Por outro lado, a possibilidade de introdução de outros tipos de leite e o não conforto em amamentar perto de familiares, contribuiu para a apresentação dos índices baixos.

Por fim, estudo de Guimarães et al. (2017) no município de Ribeirão Preto - SP que buscou avaliar a autoeficácia da amamentação em mães adolescentes identificou que a população tinha idade média de 16,53 anos de idade, sendo que 65,96% delas eram primigestas. O estudo identificou um alto índice da autoeficácia em amamentar com 54,26% das nutrizes nesta categoria, onde foi observado que a ajuda e influencia familiar, exclusivamente das mães e sogras dessas adolescentes foi o fator principal para o aumento na autoeficácia das mães para o aleitamento materno.

5 | CONCLUSÃO

A adesão à amamentação entre puérperas adolescentes no Brasil mostra-se ineficaz a partir do quarto mês de vida do neonato, principalmente entre as mães primíparas e solteiras, mesmo através de todo apoio e orientação de enfermeiros e médicos durante todo o período gestacional.

Observa-se várias interferências durante o período de abandono na oferta do leite materno, como fissuras mamilares, pega incorreta da mama, o que gera dor e desconforto durante a amamentação, assim como a pressão cultural da família, abalando mentalmente e emocionalmente a puérpera, fazendo com que a esta passe a acreditar que o leite materno é insuficiente para satisfazer as necessidades da criança.

Assim, faz-se necessário um acompanhamento mais efetivo da grávida adolescente, com ações educativas pela equipe multidisciplinar preparando-a durante todo o processo da gravidez e a acompanhando-a durante o período de amamentação esclarecendo dúvidas, medos. Além de incluir o parceiro e família para receber orientações quanto à importância

do apoio à amamentação que é imprescindível e mostrando as dificuldades e mudanças que essa mãe irá passar com a chegada do filho.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, Guilherme Tavares et al. **Perfil das nutrizes adolescentes e características relacionadas ao Aleitamento Materno em uma cidade do sul do Brasil**. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 22, n. 1, 2018.

BIZERRA, Renata de Lima et al. **Autoeficácia em amamentar entre mães adolescentes**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 17, n. 3, p. 1-8, 2015.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira et al. **Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades**. Revista de saúde pública, v. 51, p. 108, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 108p, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 112p, 2009.

CAMAROTTI, Caroline Michele et al. **Perfil de la práctica del amamantamiento en grupo de madres adolescentes**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 24, n. 1, p. 55-60, 2011.

CLAPIS, Carolina Viviani; FABBRO, Márcia Regina Canginai; BERETTA, Maria Isabel Ruiz. **A prática da amamentação de mães adolescentes nos primeiros seis meses de vida do filho**. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 12, n. 4, p. 704-710, 2013.

CREMONESE, Luiza et al. **A decisão de amamentar durante a adolescência: um estudo na perspectiva cultural**. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 6, n. 3, p. 317-326, 2016.

DECKER, Michele R. et al. **Early adolescent childbearing in low-and middle-income countries: associations with income inequity, human development and gender equality**. Health policy and planning, v. 32, n. 2, p. 277-282, 2017.

FILAMINGO, Bruna de Oliveira; LISBOA, Barbara Cristina Figueiroa; BASSO, Neusa Aparecida de Sousa. **A prática do aleitamento materno entre mães adolescentes na cidade de Dois Córregos, estado de São Paulo**. Scientia Medica (Porto Alegre), v. 22, n. 2, p. 81-85, 2012.

GONÇALVES, Rafaela Cristina Brito et al. **Avaliação do perfil biopsicossocial de mães adolescentes, da área de abrangência do Centro de Saúde Cachoeirinha, após o parto**. Rev. méd. Minas Gerais, v. 22, n. 2, p. 296-300, 2012.

GUIMARÃES, Carolina Maria de Sá et al. **Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 30, n. 1, p. 109-115, 2017.

GUSMÃO, Andréa Morais de et al. **Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3357-3368, 2013.

MARGOTTI, Edficher; MARGOTTI, Willian. **Fatores associados ao desmame aos quatro meses em bebês de mães adolescentes.** *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, v. 7, n. 3, 2019.

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.

MERINO, Maria de Fátima Gracia Lopes et al. **As dificuldades da maternidade e o apoio familiar sob o olhar da mãe adolescente.** *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 12, n. 4, p. 670-678, 2013.

NUNES, Joyce Mazza; OLIVEIRA, Eliany Nazaré; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. **Concepções de puérperas adolescentes sobre o processo de amamentar.** *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 10, n. 2, p. 86-94, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Novas orientações para promover aleitamento materno em unidades de saúde de todo o mundo.** BRASÍLIA, 2018

SILVA, Débora Stéffanie Sant'Anna et al. **Promoção do aleitamento materno: políticas públicas e atuação do enfermeiro.** *Cadernos UniFOA*, v. 12, n. 35, p. 135-140, 2018.

SPINDOLA, Thelma et al. **Amamentação na adolescência: histórias de vida de mães primíparas.** *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, v. 6, n. 1, p. 414-424, 2014.

TAKEMOTO, Angélica Yukari et al. **Preparo e apoio à mãe adolescente para a prática de amamentação.** *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 10, n. 3, p. 444-451, 2011.

CAPÍTULO 2

BENEFÍCIOS DO MÉTODO CANGURU EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 07/07/2020

Ana Ligia Barbosa Messias

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares –
Ebserh
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/6140084253479928>

Ana Paula Sanabria

Faculdade Novoeste
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/0180902109340672>

Débora Cardozo Bonfim Carbone

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul -
UFMS
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/9867383882440486>

Ellen Souza Ribeiro

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares –
Ebserh
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/0538790643406168>

Lorena Falcão Lima

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares –
Ebserh
Campo Grande – Mato Grosso do Sul
<http://lattes.cnpq.br/3172713552980696>

RESUMO: O método canguru é uma técnica que viabiliza o contato pele a pele entre mãe e bebê e vem sendo utilizada como estratégia humanizada para o recém-nascido baixo peso.

Prática simples e com tecnologia complementar ao cuidado dentro de uma UTI neonatal visa vantagens no desenvolvimento do prematuro e fortalecer relações entre a tríade bebê/família e equipe. Este trabalho buscou verificar através de evidências científicas os benefícios do método canguru ao recém-nascido pré-termo. Trata-se de um estudo exploratório, por meio de uma pesquisa bibliográfica descritiva com busca em bases de dados da Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) através de acesso live pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compreendendo o período entre 2005 e 2016. A análise dessa atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru não substitui incubadoras e tecnologias, mas se apresentou como uma “metodologia salvadora de baixo custo” e estratégia de qualificação do cuidado neonatal. Os benefícios ao recém-nascido pré-termo são inúmeros, como promover melhorias no desenvolvimento cognitivo, afetivo e fisiológico, reduzir a mortalidade infantil desta população alvo, reduzir tempo de internação e risco de infecção, favorecendo o convívio e vínculo familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Método Canguru, Prematuridade, Benefícios do Método Canguru, Contato pele a pele, Recém-Nascido.

BENEFITS OF THE KANGAROO METHOD IN PRE-TERM NEWBORNS

ABSTRACT: The kangaroo method is a technique that enables skin-to-skin contact between mother and baby and has been used as a humanized

strategy for low weight newborns. Simple practice with technology complementary to care in a neonatal ICU aims at advantages in the development of premature babies and to strengthen relationships between the baby / family and team triad. This work sought to verify through scientific evidence the benefits of the kangaroo method to preterm newborns. It is an exploratory study, through a descriptive bibliographic search with search in databases of the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (Lilacs) through live access through the Virtual Health Library (VHL), covering the period between 2005 and 2016. The analysis of this humanized care for low weight newborns - Kangaroo Method it does not replace incubators and technologies, but has been presented as a “low-cost saving methodology” and strategy for qualifying neonatal care. The benefits to preterm newborns are innumerable, such as promoting improvements in cognitive, affective and physiological development, reducing infant mortality in this target population, reducing hospital stay and risk of infection, favoring family life and bonding.

KEYWORDS: Kangaroo Method, Prematurity, Benefits of the Kangaroo Method, Skin to skin contact, Newborn.

1 | INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define prematuro, o recém-nascido antes da 37ª semana de gestação, sendo estes classificados de acordo com o peso ao nascer, como recém-nascido com baixo peso, quando o peso ao nascer é inferior a 2.500g; recém-nascido com muito baixo peso, quando o peso ao nascimento é inferior a 1.500g e recém-nascido de extremo baixo peso, quando tem peso ao nascer inferior a 1.000g (GILIO; ESCOBAR, 2011).

A prematuridade provoca certa “quebra” na expectativa da maternidade até então idealizada pela família, implicando à mãe, sentimento de culpa e incapacidade, decorrente de um parto pré-termo. A mãe e a família vivenciam uma espécie de luto associado ao nascimento de um bebê prematuro, que diferente do idealizado, terão que conviver durante um período, com um aparato tecnológico e procedimentos para garantir sobrevivência desses recém-nascidos, crescendo de medo e receio de cuidar do próprio filho (MOREIRA *et al*, 2009).

Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) a cada ano nascem em torno de 15 milhões de prematuros no mundo, e cerca de 90% desses nascimentos pré-termo se concentram nos países em desenvolvimento, como África e Ásia com 11 milhões de casos e dos demais na América Latina e Caribe, sendo que aproximadamente 1 milhão vem a falecer. No Brasil, tem se observando certa tendência ao aumento da prematuridade. O percentual variou de 5%, em 1994, a 6,6% em 2005. Atualmente é de 10,5% (BERGER *et al.*, 2016).

A ocorrência da prematuridade predispõe ao recém-nascido pré-termo à maiores riscos relacionadas a imaturidade, maior morbidade e mortalidade neonatal, podendo apresentar elevada incidência de complicações como paralisia cerebral, déficit

neurossensoriais, distúrbios de aprendizado e problemas respiratórios, quando comparados as crianças nascidas a termo (GILIO; ESCOBAR, 2011).

As infecções hospitalares podem estar presentes devidos suas características imunológicas imaturas, com menor quantidade de anticorpo materno e imaturidade de proteção de barreiras mucosas, contribuindo para um maior risco de disseminação de infecções. A prematuridade favorece crises de apneia recorrente e pode estar relacionada à doença da membrana hialina, distúrbios metabólicos, anemia, e hemorragia intracraniana (SEGRE; COSTA; LIPPI, 2015).

Quanto mais prematuro, maior os riscos de gravidade, favorecendo o desenvolvimento de deficiências a curto e/ou longo prazo (SILVA *et al*, 2015).

O Método Canguru, também conhecido como “Cuidado Mãe Canguru” ou ainda “Contato Pele a Pele”, surgiu através de dois médicos pediatras Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez em 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Colômbia, trazendo esta nomenclatura devido à maneira semelhante ao comportamento do canguru com o seu filhote, que mantém o mesmo após o nascimento dentro de uma bolsa localizada na região do abdome (SILVA; THOMÉ; ABREU, 2011).

No Brasil a aplicação do método canguru se deu na década de 90, decorrente de inúmeros problemas de saúde do recém nascido pré termo, com o objetivo de reduzir o índice de mortalidade neonatal. As primeiras instituições de saúde no Brasil a implementar o método canguru, foram o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos no ano de 1992 e o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, em Pernambuco, em 1993, em seguida difundiu-se rapidamente pelo país. (BRASIL, 2011; GESTEIRA *et al*, 2016).

Em 05 de julho de 2000, o método canguru foi implantado e normatizado pelo Ministério da Saúde, com base na portaria 693/GM, no qual estabeleceu *Normas de Orientação para Implantação do Método Canguru*, tornando o método um modelo assistencial voltado para melhoria na qualidade do cuidado, humanizado e assistência prestada à gestante, ao recém-nascido e sua família. (BRASIL, 2011).

A posição vertical do bebê sobre o peito da mãe promove o contato pele a pele e com ele inúmeros benefícios entre eles favorecer o vínculo entre mãe-filho, reduzir o tempo de separação do binômio, melhorar a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido de baixo peso, estimular o aleitamento materno precoce, com maior frequência e duração; permitir controle térmico adequado; favorecer estímulos sensoriais adequados ao recém-nascido (RN); reduzir o risco de infecção hospitalar; diminuir o estresse e a dor dos RN de baixo peso; Propiciar melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilitar maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso para alta hospitalar e por fim, contribuir para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários devido à maior rotatividade de leitos (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

Para garantir a efetividade desta prática humanizada, além de condições hospitalares

adequadas, fazem-se necessárias capacitações e treinamento contínuo dos profissionais, fortalecendo a segurança técnica da equipe que vivencia o método canguru para garantir cuidado humanizado no atendimento dos recém-nascidos e junto a sua família (SOUTO et al., 2014; GESTEIRA et. al, 2016).

O enfermeiro exerce papel fundamental na prática do método canguru, promovendo a interação, comunicação e sistematização no cuidado, fortalecendo a relação entre mãe e bebê, esclarecendo dúvidas e inseguranças ao vivenciar esta experiência (SILVA et. al, 2013).

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo verificar através de revisão bibliográfica os benefícios do método canguru ao recém-nascido pré-termo.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, por meio de uma pesquisa bibliográfica descritiva com busca em bases de dados da Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs).

As bases foram acessadas por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) a partir dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) com as seguintes palavras-chave: método canguru, prematuridade, benefícios do método canguru, contato pele a pele, recém-nascido.

Foram consultados livros, publicações de periódicos e artigos científicos em português publicados entre 2005 e 2016 disponíveis gratuitamente. A partir dos resultados obtidos, procedeu-se a leitura e análise do material. Foram consideradas como critério de inclusão as bibliografias que abordassem os benefícios do método canguru e consequentemente a temática. Os critérios de exclusão foram: dissertações, artigos duplicados, e carta editorial na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao longo das últimas décadas, tem se observado através dos estudos as vantagens propiciadas com a prática do método canguru. Diversos serviços vêm adotando este modelo de assistência ao recém-nascido prematuro, sendo esta uma tecnologia simples e de fácil aplicabilidade nas unidades neonatais, porém requer preparo adequado das pessoas envolvidas neste tipo de cuidado. Cabe mencionar que o método mãe canguru visa fornecer mais recursos de vida para o prematuro e garantir maior contato com a mãe, devendo envolver o maior número de pessoas na sua realização (MOREIRA et. al., 2009).

As unidades neonatais comprovam que mães que praticam o método mãe canguru apresentaram maior produção diária de leite materno quando comparadas às que não vivenciaram o método, sendo assim reduzir o uso de suplementação alimentar para os bebês (ALMEIDA et al., 2010; COSTA, MONTICELLI, 2005)

A prática do aleitamento materno exclusivo contribui para a redução de complicações

de maior gravidade, melhor qualidade de vida e favorecendo alta hospitalar (COLAMEO, 2007).

As mães que vivenciam a prática do método canguru aprendem a oferecer o seu próprio leite, rico em nutrientes e componentes biológicos, isto por sua vez estimula a lactação e ocorre maior produção de leite, contribuindo para o estabelecimento de uma amamentação eficaz (SOUTO *et al.*, 2014).

O leite materno é um alimento rico e influencia de forma positiva para o desenvolvimento dos recém-nascidos prematuros, onde o ganho de peso diário mostrou-se significativo quando comparado aos cuidados convencionais. (CARDOSO *et al.*, 2006).

O contato pele a pele hoje tem sido apontado como forte estratégia de promoção da amamentação, em especial para os RN pré-termo. (BRASIL,2011).

A partir do aleitamento materno no método canguru, colabora para o estímulo do contato mãe bebê e construção de vínculo afetivo, porém estudos revelam uma tendência dessas mães deixarem de praticar a posição canguru após a alta hospitalar, justificando a redução da prática do aleitamento materno na terceira etapa do método canguru. Isto pode estar relacionado ao fato de retornar para casa e voltar à rotina familiar, com menor tempo para disposição da posição canguru (SOUTO *et al.*, 2014).

Para Colameo e Rea (2006), amamentar precocemente o bebê prematuro garante reduzir a perda de peso, aumentar os níveis de glicose no sangue e diminuir a bilirrubina não conjugada no soro. O fortalecimento do estímulo ao aleitamento materno através do posicionamento canguru é citado por diversos autores como um dos principais benefícios identificados com a prática do método. Neste processo a mãe é estimulada a oferecer o leite materno e orientada quanto aos benefícios e importância deste tipo de nutrição nos primeiros seis meses de vida.

Segundo Costa *et al.*, (2009), o método canguru é apontado como facilitador no processo de amamentação, promovendo o aleitamento materno e contribuindo para melhora da produção láctea. Outro aspecto a ser observado decorrente da prematuridade, é que esses bebês apresentam deficiências no reflexo de sucção e deglutição. Para Souto *et al* (2014), o contato pele a pele fornece ganhos físicos e psíquicos, possibilita melhora da coordenação, ritmo de deglutição e sucção, como também o vínculo afetivo entre mãe e bebê.

O método mãe canguru mostrou-se eficaz no desenvolvimento de recém-nascido prematuro e no relacionamento com a mãe e familiares. A internação prolongada e a separação precoce entre a mãe e o bebê podem acarretar risco de atraso no desenvolvimento e sequelas neurológicas (LAMY *et al.*, 2005).

A participação dos pais neste contexto é essencial para a formação do apego e garantia de arranjos favoráveis para o cuidado da criança, revelando que o método proporciona um momento em que a família venha a se empoderar dos cuidados com o recém-nascido, e estimula a responsabilidade parental (SOUTO, 2014; CASATI, 2010).

O cuidado mãe canguru permite melhora no fluxo sanguíneo cerebral, proporcionando melhora no desenvolvimento do bebê prematuro tornando-os mais tranquilos, com funções fisiológicas restabelecidas como a frequência cardíaca, respiratória e o sono, extremamente necessários para organização cerebral (KORRAA *et al.*, 2014; SANTOS; FILHO, 2013).

O método mãe canguru incentiva e valoriza a presença e a participação da mãe e da família na unidade neonatal. Exerce papel importante para assegurar a saúde do bebê baixo peso, fortalecer o vínculo afetivo e elevar taxas de amamentação após a alta hospitalar (COLAMEO, REA, 2006).

De acordo com os estudos, o contato pele a pele entre mãe e filho interfere de forma positiva para a díade, trazendo benefício ao recém-nascido baixo peso, melhorando o desenvolvimento neurológico, tônus muscular e ganho de peso adequado, além de contribuir para melhora do vínculo mãe/filho, proporcionar maior confiança no manuseio do prematuro e garantir maior competência materna nos cuidados. (NEVES *et al.*, 2010; ARIVABENE *et al.*, 2010).

Antes da idealização do método canguru, os prematuros eram mantidos em incubadoras até alcançarem o peso ideal para a alta. Esses recém-nascidos apresentam uma série de problemas decorrentes da imaturidade, sejam elas a irregularidades na temperatura corpórea, reflexo de sucção e deglutição ineficaz até o risco aumentado da doença da membrana hialina e infecções neonatais (COSTA *et al.*, 2009).

O método canguru proporciona maior estabilidade nos parâmetros fisiológicos do recém-nascido baixo peso devido o contato pele e pele entre mãe bebê. Acredita-se ainda que a redução da frequência respiratória e cardíaca pode estar relacionada ao maior período de sono profundo, período este em que são observados maiores mudanças comportamentais (OLMEDO *et al.*, 2012).

Silva *et al.*, (2009), destaca a hiperbilirrubinemia com frequência nesses recém-nascidos, decorrente da deficiência enzimática a nível hepático. A barreira hematoencefálica do prematuro é mais permeável e tem escassez de tecido adiposo, facilitando a impregnação cerebral por bilirrubina não-conjugada. O prematuro quando acariciado e aconchegado no colo apresenta menor período de apneia, aumento acelerado de ganho ponderal, e garante melhor funcionamento do SNC.

Outros benefícios identificados com o uso do método canguru estão a diferença significativa quanto a temperatura corporal, esses bebês apresentam menor perda de calor corporal favorecendo a homeostasia, que é regulada pelo balanço entre termogênese e a termólise (OLMEDO *et al.*, 2012).

Entre outras vantagens ligadas à posição canguru podemos citar o alívio da dor por esta prática minimizar os níveis de estresse e sinais comportamentais de desconforto que estão associados à diminuição do choro em resposta a dor. A permanência da posição canguru por pelo menos 20 minutos altera o nível de cortisol no sangue do prematuro e permite a liberação de beta-endorfinas reduzindo o estresse (MAIA *et al.*, 2011).

A posição canguru reduz o choro em até 82% e as caretas faciais em 65%, reafirmando que o contato pele a pele mostrou-se realmente eficaz no alívio da dor no recém nascido pré termo, esses estudos reconhecem essa posição como um suporte não farmacológico para alívio da dor, o que favorece o desenvolvimento neuropsicomotor e fisiológico do recém-nascido e contribui para a evolução do quadro clínico do bebê (FARIAS *et al.*, (2011).

O método canguru é uma técnica complementar à humanização na assistência ao recém-nascido pré-termo, reduz o nível de infecção e reinternação, por conseguinte diminui as taxas de morbimortalidade neste grupo (SANTOS; FILHO, 2013).

A posição canguru facilita a transferência do recém-nascido para o alojamento conjunto, quando atinge os requisitos necessários, com isso há diminuição de procedimentos invasivos, favorecendo a redução do risco de infecção (MARQUES *et al*, 2016; GESTEIRA *et al.*, 2016).

A vivência do método canguru demonstrou que os bebês registraram aumento no peso por dia, redução do risco de infecção, especialmente do aparelho respiratório e maior índice de aleitamento materno na alta hospitalar (SÁ, *et al.*, 2010).

Estudos têm demonstrado que a prática do método canguru envolve consequências positivas ao recém-nascido baixo peso, favorece o vínculo afetivo precoce, reduz tempo de internação, maior ganho de peso, menor risco de infecção, maior estabilidade fisiológica e a prática efetiva do aleitamento materno (NEVES; RAVELLI; LEMOS, 2010).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca nas bases de dados citadas permitiu constatar que o método canguru é um modelo de assistência que garante a qualidade e sobrevivência dos recém-nascidos prematuros.

O método canguru revelou inúmeros benefícios ao binômio, dentre eles melhora significativa na prática do aleitamento materno exclusivo, fortalecimento do vínculo afetivo, maior confiança no cuidado, melhora dos sinais vitais, ganho ponderal adequado, melhor resposta fisiológica, psicoafetiva e neurocomportamental, redução dos níveis de estresse e dor no recém-nascido, redução infecção e morbimortalidade neonatal.

É importante reafirmar que para o sucesso desse método, faz-se necessária equipe treinada e sensibilizada para executar esse tipo de assistência. Neste sentido o enfermeiro exerce papel fundamental frente ao processo e principalmente na aplicação da sistematização do cuidado, isto por que é o profissional com maior envolvimento na contextualização da assistência prestada.

Os profissionais de enfermagem se tornam a principal referência a essas famílias que estão vivenciando a situação de prematuridade, e o fortalecimento de vínculo entre família e equipe contribui significativamente para o sucesso deste tipo de assistência.

O enfermeiro desempenha papel de tutor no cuidado com o recém-nascido ao estimular e devolver aos pais a capacidade de cuidar do próprio filho. Vale ressaltar que o método canguru não substitui a incubadora e essa tecnologia é uma prática que tem por objetivo complementar a humanização na assistência, com uma metodologia de baixo custo e uma importante ferramenta para atenção humanizada de fácil aplicabilidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, H; VENANCIO, S. I; SANCHES, M. T; ONUKI, D.: Impacto do metodo canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos baixo peso. **Jornal de pediatria**, v. 86, n. 3, p.250-253, mai/jun. 2010.
- ARIVABENE, J. C; TYRRELL, M.A.R.: Método mãe canguru: vivencias maternas e contribuições para a enfermagem. **Revista Latino-am. Enfermagem**, ; v. 18, n. 2, mar/abr. 2010.
- BORGES, A. Z; ZORZIM, V. I.; PÔRTO, E. F.; ALFIERI, F. M.: Parto prematuro: características das gestantes de uma população da zona sul de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v.16, n. 4, oct./dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000400005>
- BRASIL, Portaria nº693/GM em 05 de julho de 2000. Norma e orientação para a Implantação do método canguru. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html. Acesso em 30 jun. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de ações Programáticas estratégicas. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. Brasília (DF), 2ª edição. Ministério da Saúde; 2011.
- CARDOSO, A. C. A.; ROMITI, R; RAMOS, J. L. A, ISSLER, H; GRASSIOTTO, C.; SANCHES, M. T. C.: Método mãe-canguru: aspectos atuais. **Repositório da USP Periódico Pediatria**, v. 28, n. 2, p. 128-134, 2006.
- CASATI, P. S; OLIVEIRA, C. S.; PAULA, S. Método mãe canguru e suas associações nos benefícios dos recém-nascidos baixo peso. **UNICIÊNCIAS**, v. 14, n. 1, p. 135-146, 2010.
- COLAMEO, A. J.; REA, M. F.: O método Mãe Canguru em hospitais públicos do Estado de São Paulo, Brasil: uma análise do processo de implementação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 3, mar. 2006.
- COLAMEO, A. J. O Méodo Mãe Canguru: um encontro entre a tecnologia, a humanização e a cidadania, **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 42, p. 48-50, ago/2007.
- COSTA, A. C. M; MONTEIRO, A. S; MONTEIRO, A. K. S; PEREIRA, F. A. J. S; CRUZ, P. R. F. Influências da implantação do método mãe canguru. **VI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTETRICA E NEONATAL**. Qualificação da Atenção e dos recursos Humanos de Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido. Teresina-PI. 24 a 26 de jun. 2009.
- FARIAS, M. L; REGO, R. M. V; LIMA, F. E. T; ARAÚJO, T. L; CARDOSO, M. V. L. M. L; SOUZA, A. M. A. Cuidados de enfermagem no alívio da dor do recém-nascido: Revisão integrativa. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 866-874, out-dez. 2011.

GESTEIRA, E. C. R.; BRAGA, P. P.; SANTOS, L. F. C.; HOBL, C.; RIBEIRO, B. G. Método canguru: benefícios e desafios experienciados por profissionais de saúde. **Rev. de enfermagem UFSM**, v. 6, n. 4, p. 518-528, 2016;

GILIO, E. A.; ESCOBAR, A. M. U. GRISI, S. *Pediatria geral - HU USP - neonatologia, pediatria clínica, terapia intensiva*. Atheneu, 1ª ed., 28 de set. 2011.

LAMY, Z. C.; GOMES, M. A. S. M.; GIANINI, N. O. M.; HENNIG, M. A. S: Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: uma proposta brasileira. **Ciêñ Saú Coletiva**, v. 10, n. 3, 2005.

KORRAA, A. A., NAGGER, A. A. I. E.; MOHAMED, R. A. E. S; HELMY, N. M. Impact of kangaroo mother care on cerebral blood flow of preterm infants. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 13, p. 40-83, nov. 2014.

MAIA, F. M.; AZEVEDO, V. M. G; GONYIJO, F. O. Os efeitos da posição canguru em resposta aos procedimentos dolorosos em recém-nascidos pré-termo: uma revisão da literatura. **Rev. Bras. Terapia Intensiva**, v. 23, n. 3, p. 370-373, 2011.

MARQUES, C. R. G.; NERIS, I. L. F.; CARVALHO, M. V. A.; MENEZES, M. O; FERRARI, Y. A. C. Metodologia canguru: Benefícios para o recém-nascido pré-termo. **Ciêñ Biolo Saúde Unit**, Aracajú, v. 3, n. 3, p. 65-78, out/2016.

MOREIRA, J. O; ROMAGNOLI, R. C; DIAS, D. A. S; MOREIRA, C. B. Programa mãe-canguru e a relação mãe-bebê: uma pesquisa qualitativa na rede publica de Betim. **Psico em estudo**, v. 14, n. 3, 2009.

NEVES, P. N; RAVELLI, A. P. X; LEMOS, J. R. D. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (método mãe canguru): percepções de puérpera. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 48-54, mar./2010.

OLMEDO, M. D; GABAS, G. S; MEREY, L. S. F; SOUZA, L. S; MULLER, K. T, SANTOS, M. L. M; MARQUES, C. F. Respostas fisiológicas de recém-nascidos pré-termo submetidos ao método mãe canguru e a posição prona. **Fisioterapia e Pesquisa**. São Pulo, v. 19, n. 2, abr./jun. 2012.

SÁ, F. E; SÁ, R. C; PINHEIRO, L. M. F; CALLOU, F. E. O. Relações interpessoais entre profissionais e as mães de prematuros da unidade canguru. **Rev. Bras. Promoção a Saúde**, Fortaleza, v. 23, n 2, p. 144-149, abr./jun. 2010.

SANTOS, M. H; FILHO, F. M. A. Benefícios do método mãe canguru em recém-nascidos pré termo de baixo peso: uma revisão de literatura. **Universitas: Ciências da Saúde, Brasília**, v. 14, n. 1, p. 67-76, jan./jun. 2016.

SEGRE, C. A. M; COSTA, H. P. F.; LIPPI, U. G. *Perinatologia: fundamentos e prática*. **SARVIER**. São Paulo, 3ª ed, 2015.

SILVA, A. R. E; GARCIA, P. N.; GUARIGLIA, D. A.: Método Canguru e os benefícios para o recém-nascido. **Rev. Hórus**, v. 8, n. 2, p.1-10, 2013.

SILVA, E. N. S. F.; SANTOS, M. C.; da SILVA, R. C. V. Método canguru em recém-nascidos prematuros: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Artigo apresentado a Bahiana - **Pós Graduação pesquisa e extensão**. 2015.

SILVA, J. R. DA S.; THOMÉ, C. R.; ABREU, R. M. Método mãe canguru nos hospitais/maternidades públicos de Salvador e atuação dos profissionais da saúde na segunda etapa do método. **Rev. CEFAC**, São Paulo, vol. 13, n. 3, mai./jun. 2011.

SOUTO, D. C; JAGER, M. E; PEREIRA, A. C. G. D. Método canguru e aleitamento materno: uma revisão integrativa da literatura nacional. **Rev. Ciên Saúde**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, jan./abr. 2014.

CAPÍTULO 3

ÊMESE E HIPERÊMESE GRAVÍDICA E A PARTICIPAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A GESTANTE

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 07/07/2020

Raimunda Maia Lago

Escola Superior da Amazônia, Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/2327326561833894>

Diana Damasceno Guerreiro

Universidade Federal do Pará, Belém - Pará
<http://lattes.cnpq.br/0157896518958585>

Maria de Belém Ramos Sozinho

Centro Universitário do Pará, Belém – Pará
<http://Lattes.cnpq.br/0704907714026557>

Conceição do Socorro Damasceno Barros

Centro Universitário do Pará, Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/7818503597048856>

Arícia Lobato de Araújo

Centro Universitário do Pará, Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/4485830558808477>

Ana Carolina Valino Teixeira

Centro Universitário do Pará, Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/2827089346600023>

Alice Dayenne Moraes

Universidade Federal do Pará, Belém - Pará
<http://lattes.cnpq.br/9369016267893760>

Lauro Nascimento de Souza

Universidade do Estado do Pará, Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/1622643691192352>

Adrielle Priscilla Souza Lira

Universidade Federal do Pará, Belém - Pará
<http://lattes.cnpq.br/3286078931157987>

Cristiane Patrícia Siqueira Monteiro

Universidade Federal do Pará, Belém - Pará
<http://lattes.cnpq.br/0880285925383089>

Jaqueline Vieira Guimarães

Universidade Federal do Pará, Belém - Pará
<http://lattes.cnpq.br/0148041544495296>

Wilma de Souza Malcher

Centro Universitário do Pará, Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/2646476712547216>

RESUMO: As náuseas e vômitos representam as condições médicas mais comuns da gravidez, podendo alcançar a forma grave chamada de hiperêmese gravídica. Tratando-se do mesmo processo da êmese gravídica simples do início da gestação, a hiperêmese gravídica se diferencia apenas na intensidade e na repercussão clínica de seus efeitos caracterizando por vômitos incoercíveis e persistentes que acarretam em perda ponderal maior que 5% do peso gravídico. A patogênese não é bem conhecida e a etiologia é provavelmente multifatorial como adaptações hormonais próprias do início da gestação. Nesse contexto, a enfermagem tem importante papel na Assistência a mulher acometida com essa patologia. Assim, esse trabalho tem como objetivo relatar sobre atuação da enfermagem nos casos de êmese e hiperêmese gravídica. O profissional de enfermagem tem importante papel nesse processo visto que o mesmo pode e deve identificar potenciais problemas relacionados a gestação bem como ter participação ativa nas orientações e nos cuidados realizados para essa gestante buscando seu bem estar. Assim,

destaca-se que o enfermeiro deve reconhecer os sinais e sintomas relacionados a hiperêmese gravídica, bem como o diagnóstico diferencial para melhor orientar e assistir a gestante.

PALAVRAS-CHAVE: Hiperêmese gravídica, Obstetrícia, Enfermagem.

EMEMS AND GRAVITIC HYPERHEMESIS AND NURSING PARTICIPATION IN PREGNANT WOMEN'S ASSISTANCE

ABSTRACT: Nausea and vomiting represent the most common medical conditions of pregnancy, and can reach the serious form called hyperemesis gravidarum. As it is the same process as simple pregnancy emesis at the beginning of pregnancy, hyperemesis gravidarum differs only in the intensity and clinical repercussion of its effects, characterized by incoercible and persistent vomiting that result in weight loss greater than 5% of the pregnancy weight. The pathogenesis is not well known and the etiology is probably multifactorial as hormonal adaptations typical of early pregnancy. In this context, nursing has an important role in assisting women affected by this pathology. Thus, this work aims to report on the performance of nursing in cases of emesis and hyperemesis gravidarum. The nursing professional has an important role in this process since it can and must identify potential problems related to pregnancy as well as having an active participation in the guidelines and care provided to this pregnant woman seeking her well-being. Thus, it is highlighted that the nurse must recognize the signs and symptoms related to hyperemesis gravidarum, as well as the differential diagnosis to better guide and assist the pregnant woman.

KEYWORDS: Hyperemesis gravidica, Obstetrics, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento de grandes preocupações e ansiedades, mas também de cuidados. Nesse contexto, as náuseas e vômitos, além de ser uma característica que por vezes simbolizam a gestação, também são fatores que contribuem para essas questões que a permeiam.

Assim, caracterizada por uma sensação desagradável no abdome, a náusea frequentemente, termina em vômito (ême) que por sua vez compreende a eliminação forçada do conteúdo gástrico pela boca. Tratando-se da gravidez, a náusea e o vômito ocorrem principalmente no primeiro trimestre, sendo prevalente em mais de três quartos de todas as gestantes, o que significa aproximadamente 3 milhões de brasileiras anualmente e pode ser clinicamente relevante em cerca de um terço das vezes, levando a perdas de horas produtivas de trabalho e afetando negativamente as relações sociais e na qualidade de vida da gestante, especialmente quando não se recebe tratamento adequado. (FESBRAGO, 2013).

Mais frequente em primigestas, a patogênese não é bem conhecida e a etiologia é provavelmente multifatorial como adaptações hormonais próprias do início da gestação e possivelmente intensificadas em gravidez múltipla e na doença trofoblástica, em que os níveis de gonadotrofina coriônica são mais altos, e os aspectos emocionais também

podem influenciar podendo evoluir para uma forma mais grave, denominada hiperêmese gravídica, definida e caracterizada por vômitos incoercíveis que levam a uma perda de peso maior que 5% do peso gravídico, associados a distúrbios nutricionais, como alteração hidroeletrólítica, cetose, cetonúria, e distúrbios neurológicos, hepáticos e renais (FEBRASGO, 2013. BRASIL; 2012).

Normalmente, o também chamado “mal-estar matinal”, caracterizado por náuseas, vômitos, indisposição matinal e sialorreia, começa entre a primeira e a segunda semana de atraso menstrual e pode durar até o fim do terceiro mês de gravidez. No entanto, cerca de 20% das mulheres sentem náuseas e vômitos por um longo período de tempo e 2% desse grupo sofrem até o final da gravidez. Além disso, um número pequeno, que varia de 0,3 a 3% de todas as mulheres grávidas, experimenta a forma mais grave da doença, que é a hiperêmese gravídica, necessitando, por vezes, de internação hospitalar, terapia antiemética e/ou corticosteroide por via intravenosa e nutrição parenteral (HG), (FEBRASGO, 2013).

Nesse contexto, o enfermeiro, conforme aponta Pereira e Bachion (2005), necessita de um preparo para identificar os problemas da gestante e através da habilidade de julgamento clínico e de suas atribuições, diagnosticar os problemas de saúde sob a ótica das taxonomias do *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) objetivando o manejo adequado. Assim, esse trabalho tem como objetivo relatar sobre atuação da enfermagem nos casos de êmese e hiperêmese gravídica.

2 | O QUE É? EM QUEM? QUANDO? COMO?

As náuseas e vômitos representam as intercorrências clínicas mais comuns da gravidez, podendo alcançar a forma grave chamada de hiperêmese gravídica. Tratando-se do mesmo processo da êmese gravídica simples do início da gestação, a hiperêmese gravídica se diferencia apenas na intensidade e na repercussão clínica de seus efeitos caracterizando por vômitos incoercíveis e persistentes que acarretam em perda ponderal maior que 5% do peso gravídico, associada a desequilíbrio hidroeletrólítico e cetonúria, o que ocorre em cerca de 1% das gestações (BRASIL, 2012. REZENDE; MONTENEGRO, 2017).

Conforme aponta a Associação Cearense de Ginecologia e Obstetrícia – SOCEGO, (2014), A hiperêmese gravídica tem maior associação em primigestas, geralmente iniciando antes da 20ª semana de gestação estando presente em 2 para cada 1000 gestantes. E conforme Rezende (2014), outros fatores podem ser citados como a história de hiperêmese gravídica em gestação anterior, a história familiar (mãe, irmã) e a gravidez de feto feminino, idade menos que 30 anos e obesidade e ainda segundo o autor a hiperêmese gravídica é a segunda causa mais frequente de internação hospitalar; a primeira é o parto pré-termo.

Muitas teorias foram elaboradas sobre sua etiologia que ainda é imprecisa havendo

especulações relacionados aos hormônios placentários, gonadotrofina coriônica humana (hCG) e estrogênios, e relações psicossomáticas. Porém, sabe-se, que o pico dos sintomas de náuseas e vômitos da gravidez está associado ao da hCG sendo maiores índices em gestações gemelar (REZENDE; MONTENEGRO, 2017).

3 | QUAIS OS SINTOMAS? COMO TER CERTEZA?

O quadro clínico decorre, inicialmente, de perdas hidroeletrólíticas podendo alcançar a desnutrição e em casos negligenciados, pela deficiência de nutrientes e vitaminas pode ser conduzido a síndrome de Wernicke-Korsakoff (REZENDE; MONTENEGRO, 2017).

Nesse contexto, a evolução perpassa pela fase de desidratação com sinais na pele, olhos, mucosas, aumento da frequência cardíaca, e diminuição da pressão arterial e da temperatura e pode ocorrer distúrbios hidroeletrólíticos. Em seguida, Fase metabólica na qual soma-se distúrbios nutricionais, da função hepática, quadros de cetoacidose e cetonúria bem como deficiências de albumina, potássio e de glicemia. Então a próxima Fase neurológica com comprometimento oftálmico, hiporreflexia e dor à palpação das panturrilhas e coxas sendo um indicador para interrupção da gravidez caso aconteça acometimento encefálico. E por fim a Fase da psicose de Wernicke-Korsakoff, caracterizada por instabilidade hemodinâmica de difícil controle, alucinações e coma. (DUARTE; CABRAL; VAZ; MORAES FILHO, 2018).

O diagnóstico pode ser feito por meio clínico através da história de saúde da gestante, bem como condições de morbididades, e também, por meio do exame físico e podem ser requisitados exames laboratoriais para avaliar a gravidade da doença ou diagnóstico diferencial. (REZENDE; MONTENEGRO, 2017).

Outras situações potencialmente emetizantes devem ser utilizadas como diagnóstico diferencial tais como a emese causada por meio de estímulo químico como no caso de medicamentos opioides, álcool, alguns ácidos, substâncias liberadas do metabolismo de câncer, infecções, radiação. Outrossim, destaca-se os fatores que causam náusea e vômito por influência direta sobre o SNC incluem tumores primários e metástases cerebrais, meningites e elevação da pressão intracraniana. Distúrbios vestibulares podendo decorrer ao uso de alguns medicamentos ou devido a tumores locais, labirintite, cinetose e doença de Menière. Ademais cita-se as desordens do trato gastrointestinal como as infecções alimentares, gastroenterites agudas e medicamentosas e menos comum são distensões gástricas, obstruções intestinais e as inflamações graves de órgãos do abdome: apendicite, colecistite, pancreatite, hepatite. (REZENDE; MONTENEGRO, 2017. DUARTE; CABRAL; VAZ; MORAES FILHO, 2018. SOCEGO, 2014).

4 | COMO TRATAR?

O trabalho de educação em saúde desde o início da gestação é um importante

mecanismo para evitar os casos de hiperêmese. Destaca-se a orientação em relação a dieta que incluem separar sólidos de líquidos, alimentar-se mais frequentemente com refeições mais leves, evitando alimentos gordurosos e bebidas geladas ou muito doces. Aconselha-se também evitar alimentos com cheiros fortes como as comidas muito temperadas (BRASIL, 2012).

No entanto, na presença de hiperêmese gravídica, a hospitalização é mandatória. Sendo necessário obter o peso e o quadro clínico a fim de avaliar a gravidade (REZENDE; MONTENEGRO, 2017).

São várias as opções terapêuticas farmacológicas para o adequado manejo das náuseas e vômitos da gravidez. A escolha da droga dependerá da experiência particular de cada profissional e da disponibilidade local das mesmas.

Dentre as opções para terapêutica farmacológica, destacam-se o dimenidrinato que demonstra seu poder como medicação sintomática; a Piridoxina (vitamina B6) é um fármaco seguro e efetivo e atua na formação e degradação de neurotransmissores envolvidos; Prometazina, Cloridato de Metoclopramida é antagonista da dopamina e estimula a motilidade muscular lisa do trato gastrointestinal superior, sem estimular as secreções gástrica, biliar e pancreática; Cloridrato de Ondansetrona é um antagonista seletivo dos receptores de serotonina do subtipo 3 (5-HT3) e Acetato Sódico de Metilprednisolona. Sendo necessário observar sempre o custo benefício com base na classificação das Categoria do Food and Drug Administration (FDA). (FEBRASGO, 2013. RANG; DALE; et al. 2016).

Vale ressaltar, nesse contexto, conforme Carmo e Nitri (2004), que ao utilizar um medicamento durante a gestação, deve-se atentar para a ação sobre dois organismos, por isso torna-se necessário observar o poder teratogênico do medicamento, ou seja, a capacidade de produzir uma alteração em algum grau na morfologia e ou fisiologia normais do feto. Portanto como forma de classificar os medicamentos, a Food and Drug Administration elenca-os em cinco categorias.

Assim, as categorias são elencadas em letras sendo

Categoria A: medicamentos para os quais não foram constatados riscos para o feto em ensaios clínicos cientificamente desenhados e controlados;

Categoria B: medicamentos para os quais os estudos com animais de laboratório não demonstraram risco fetal (mas não existem estudos adequados em humanos) e medicamentos cujos estudos com animais indicaram algum risco, mas que não foram comprovados em humanos em estudos devidamente controlados;

Categoria C: medicamentos para os quais os estudos em animais de laboratório revelaram efeitos adversos ao feto, mas não existem estudos adequados em humanos e medicamentos para os quais não existem estudos disponíveis;

Categoria D: medicamentos para os quais a experiência de uso durante a gravidez mostrou associação com o aparecimento de más-formações, mas que a relação risco-benefício pode ser avaliada;

Categoria X: medicamentos associados com anormalidades fetais em estudos com animais e em humanos e ou cuja relação risco-benefício contra indica seu uso na gravidez. (Meadows, 2001; Mengue. Schenkel. Duncan. Schmidt, 2001 Apud Carmo e Nitrini, 2004)

A tabela 1 demonstra os fármacos utilizados bem como seus respectivos esquemas terapêutico dos fármacos segundo as recomendações BRASIL (2012) e as categorias fda segundo Febrasgo (2013)

FÁRMACO	ESQUEMA	CATEGORIA FDA
Dimenidrinato	50 a 100 mg VO ou IV a cada 4-6 horas até o máximo de 200 mg/dia.	B
Piridoxina (vitamina B6)	30 a 70 mg/dia. Pode ser associada com dimenidrinato.	A
Prometazina	12,5 a 25 mg VO, IM ou IV a cada 4-6 horas.	C
Metoclopramida	10 mg VO, VR (via retal), IM ou IV a cada 6-8 horas.	B
Ondansetrona	10 mg VO, VR (via retal), IM ou IV a cada 6-8 horas.	B
Metilprednisolona	15 a 20 mg IV a cada 8 horas. Também deve ser restrita para casos refratários e deve ser evitada nas primeiras 10 semanas.	C

Tabela 1. Terapias farmacológicas utilizadas, esquemas e classificação das categorias fda

Fonte: os autores

A alimentação enteral dependerá do quadro e das condições da gestante sendo necessário hidratação intravenosa com solução fisiológica ou lactato de ringer e demais componentes conforme a avaliação medica para a reposição hidroeletrólítica (REZENDE; MONTENEGRO, 2017).

5 | REPERCUSSÕES NA GRAVIDEZ

Rezende e Montenegro (2017) ressaltam que a morte por hiperêmese gravídica tem sido associada à síndrome de Wernicke-Korsakof caracterizada por perda da memória de fixação e desorientação temporoespacial que pode resultar em indicação para a interrupção da gravidez. Também pode ocorrer da ruptura do esôfago, o pneumomediastino e a necrose tubular

O autor alerta também para o quadro de hipertireoidismo transitório da hiperêmese

gravídica no qual acompanha o quadro e caracteriza-se por níveis de T4 livre e total elevados e sem oftalmopatia nem bócio. A regressão ocorre paralelamente com a melhora do quadro de hiperêmese.

6 | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Na assistência de enfermagem a gestante com suspeita perpassa por uma consulta qualificada, por isso, o profissional enfermeiro de ser preparado e qualificado para identificar potenciais problemas da gestante, inclusive os relacionados a hiperêmese gravídica.

Nesse sentido é importante que o profissional saiba reconhecer os sinais e sintomas relacionados a hiperêmese gravídica, bem como o diagnóstico diferencial para melhor orientar a gestante.

Vale ressaltar, que nesse momento, torna-se oportuno o processo educativo orientando sobre quando procurar as urgências obstétricas caso tenha apresentado emese, orientar também sobre a ingestão de líquidos e quanto a alimentação.

Nos casos de internação, o profissional precisa estar atento quanto as prescrições dos medicamentos e a administração de maneira correta, administrar a reposição hidroeletrólítica com os cuidados científicos necessários tanto a velocidade de administração quanto aos horários.

Deve-se ficar atento aos sinais de prognóstico e também a sinais de infecção relacionados ao acesso venoso, demais fatores de risco para a infecção, notar os padrões de ganho ponderal, assim como o balanço hídrico.

Também realizar trabalhos de orientação quanto a posição no leito, alimentação e a ingestão de líquidos por via oral, aconselhar a paciente a esperar 1 hora após as refeições para ingerir líquido além de fornecer bem estar.

7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Náuseas e vômitos são extremamente comuns na gravidez, principalmente no primeiro trimestre, podendo afetar grande parte das gestantes a partir da 4ª semana. Mais comum em primigestas, sua patogenia é desconhecida, porém há relação temporal estreita entre o pico de NVG e os níveis de β -hCG . O diagnóstico diferencial sempre deverá ser realizado a fim de descartar causas não gestacionais.

Cuidados adicionais são necessários para aliviar os sintomas, terapias não farmacológicas têm demonstrado grande efeito como mudanças de hábitos alimentares, bem como suporte emocional.

Todas a gestantes deverão ser informadas que a maioria dos casos de vômitos e náuseas na gestação melhora espontaneamente até a 16ª ou 20ª semana e que estes sinais e sintomas não estão associados, geralmente, a resultados insatisfatórios durante a gestação.

O profissional de enfermagem tem importante papel nesse processo visto que o mesmo pode e deve identificar potenciais problemas relacionados a gestação bem como ter participação ativa nas orientações e nos cuidados realizados para essa gestante buscando seu bem estar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5ª ed. Brasília: Editora do Ministério da saúde, 2012.

CARMO, Thais Adriana do; NITRINI, Sandra Maria O. O. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1004-1013, ago. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400015&lng=en&nrm=iso>. acesso em 06 jul. 2020.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia: **como lidar com náuseas e vômitos na gestação**. Rio de Janeiro, 2013.

Duarte G, Cabral ACV, Vaz JO, Moraes Filho OB. Êmese da gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2018. [Orientações e Recomendações FEBRASGO, no.2/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal].

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ – SECRETARIA DA SAÚDE. Associação Cearense de ginecologia e obstetrícia (SOCEGO): **protocolos de obstetrícia**. Fortaleza, 2014.

RANG, H. P, DALE, M. M. et al. **Farmacologia**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. **Obstetrícia fundamental**. 13ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koonan, 2017.

PEREIRA, Sandra Valéria Martins; BACHION, Maria Márcia. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 659-664, dez. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 jul. 2020

CAPÍTULO 4

MEDOS E ANSEIOS DAS GESTANTES EM RELAÇÃO AO PARTO NORMAL

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 07/07/2020

Suene Paes Carreiro de Aviz

Universidade Federal do Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/2908068488127739>

Nazaré do Socorro de Oliveira Afonso

Universidade Federal do Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/2798401689765150>

Elisângela da Silva Ferreira

Universidade Federal do Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/5348628291529615>

Marcia Simão Carneiro

Universidade Federal do Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/3702559186954581>

Maria Heliana Chaves Monteiro da Cunha

Universidade Federal do Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/3242633573123583>

Lorena de Paula de Souza Barroso

Faculdade de Teologia, Filosofia e Ciências
Humanas Gamaliel
Belém - Pará
<http://lattes.cnpq.br/2967113332094484>

Roberta Brelaz do Carmo

Universidade Federal do Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/5309628491672914>

Greyciane Ferreira da Silva

Universidade Federal do Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/9022154625593043>

Chiara Silmara Santos Silva

Universidade Federal do Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/7531916384652923>

Elenice Valéria Paes Ferreira

Universidade Federal do Pará
Belém – Pará
<http://lattes.cnpq.br/9257631236903521>

Alice Dayenne Moraes

Universidade do Estado do Pará
Belém - Pará
<http://lattes.cnpq.br/9369016267893760>

Fernando Kleber Martins Barbosa

Universidade do Estado do Pará
Belém - Pará
<http://lattes.cnpq.br/2133147206103799>

RESUMO: A gestação compreende a um período marcado por mudanças biopsicossocial, cultura, econômica e espiritual nos quais acarretam na mudança de vida da mulher e de toda a família. Diante dessas transformações, os medos e anseios em relação ao parto, geralmente, estão presentes podendo acarretar um trabalho de parto mais dificultoso tornando-se uma experiência negativa à parturiente. Contudo, o acesso sobre informações durante o pré-natal sobre fisiologia do parto é essencial para que todo esse medo e anseio sejam dissipados. O

presente estudo objetiva conhecer quais são os medos que as gestantes têm em relação ao parto. Pesquisa descritiva, prospectiva, com abordagem quantitativa realizada com 31 gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal da Unidade Municipal de Saúde em Belém do Pará, que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: alfabetizadas, na primeira ou segunda gestação, maiores de 18 anos, de risco obstétrico habitual, a partir do segundo trimestre de gestação. Os dados foram coletados por meio de um questionário fechado com questões de múltipla escolha. Cerca de 88% das participantes relata algum tipo de medo e ansiedade durante o trabalho de parto, sendo que, a maioria aponta como principal medo “sofrer maus tratos pelos profissionais”, seguido do sentimento de “dor”. Frente aos resultados, as atividades de educação em saúde durante a assistência pré-natal apresentam-se com o propósito de empoderar gestantes, estimular a autonomia, a capacidade de enfrentar situações de estresse principalmente no parto por ser um dos momentos marcantes na vida dessa mulher.

PALAVRAS-CHAVE: Parto, Gestante.

PREGNANT WOMEN'S FEARS AND ANXIES

ABSTRACT: Pregnancy comprises a period marked by biopsychosocial, cultural, economic and spiritual changes in which they change the life of the woman and the whole family. In view of these changes, fears and anxieties regarding childbirth are usually present, which can lead to more difficult labor, making it a negative experience for the parturient. However, access to information during prenatal care about the physiology of childbirth is essential if all this fear and longing is to be dispelled. This study aims to understand what are the fears that pregnant women have in relation to childbirth. Descriptive, prospective study with a quantitative approach carried out with 31 pregnant women registered in the Prenatal Program of the Municipal Health Unit in Belém do Pará, who met the following inclusion criteria: literate, in the first or second pregnancy, over 18 years old, of usual obstetric risk, from the second trimester of gestation. The data were collected through a closed questionnaire with multiple choice questions. Approximately 88% of the participants report some type of fear and longing during labor, and most of them point out that the main fear is “suffering mistreatment by the professionals”, followed by the feeling of “pain”. In view of the results, health education activities during prenatal care are presented with the purpose of empowering pregnant women, stimulating autonomy, the ability to cope with stressful situations, especially during childbirth, as it is one of the remarkable moments in this woman's life.

KEYWORDS: Childbirth, Pregnant.

1 | INTRODUÇÃO

A gestação e o parto são eventos marcantes na vida de uma mulher, o que há elas foram ensinadas, orientado durante toda sua gestação pode influenciar na evolução da gravidez, bem como no nascimento da criança. A individualidade de cada mulher de acordo com sua cultura, crença, valores e educação atuam de forma direta no sucesso da parturição fisiológica (TOSTES; SEIDL, 2016).

De acordo com Dias e Deslandes, (2006 apud Tortes, 2016, p. 683) “as expectativas geradas em relação ao momento do parto geralmente são baseadas em experiências anteriores, em informações obtidas por meio de conversas com pessoas leigas, reportagens da mídia e materiais informativos e em seu background cultural”. Desta forma vê-se uma interrelação com a ideia de Almeida *et al.*, (2012) e Haddad e Cecatti, (2011) em se tratando de como a concepção da dor do parto é construída e reconstruídos culturalmente de acordo com as experiências vivenciadas por elas, como declara Teixeira e Pereira (2006 apud Tortes, 2016, p. 94) que a dor é subjetiva e vai se modulando a partir da cultura, ou seja, a dor se molda por meio de uma construção simbólica.

Para Nagahama e Santiago (2008) e Tornquist (2003) escutar e acolher as parturientes diante ao processo da parturição, que não é apenas carregada de dor, mais também com anseios, medos e inseguranças, é de suma importância para uma prestação de atenção humanística. Sendo assim, os medos e os anseios, bem como outros fatores psicológicos e emocionais podem afetar negativamente a vivência da mulher quanto ao processo de parturição (TORTES 2016).

Com o propósito de aperfeiçoar a qualidade da assistência o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) ressalta que o pré-natal é o momento em que a equipe precisa promover atitudes que contribuam para a minimização de medos e anseios e promovam por meio de técnicas alternativas, como o método de Dick-Read, de Bradley e o método de Lamaze redução da tríade medo, tensão e dor. Tais métodos pressupõem que sua utilização através de medidas não-farmacológicas e não-invasivas, ambiência e exercícios respiratórios influenciem positivamente para o relaxamento muscular, alívio da dor e evolução do trabalho de parto.

Lopes *et al.*, (2005) considera que o parto é uma experiência extremamente importante na vida de uma mulher, pois a experiência de dar à luz é tão marcante que, durante anos, o evento e os sentimentos experimentados durante no nascimento do bebê serão lembrados nos mínimos detalhes o parto, por sua natureza, não é um evento neutro ele tem força para mobilizar grandes níveis de ansiedade, medo, excitação e expectativa e, por sua intensidade, pode ajudar na reformulação da identidade da mulher, a própria gestação e as expectativas alimentadas em relação ao parto e ao bebê durante esse período podem influenciar a maneira como o parto será vivenciado.

Neste mesmo estudo Lopes *et al.*, (2005) afirma que os temores mais comum surgem no final da gestação, como o temor à morte, à dor, ao esvaziamento e à castração, essas frustrações são capazes de influenciar no desenvolvimento da gravidez, do trabalho de parto e parto, a dor e a ansiedade são fatores comumente relacionado à experiência negativa subjetiva feminina, as relações entre a dor e a ansiedade são recíprocas: a dor acentua a ansiedade, e a ansiedade incrementa a dor que provoca fantasias em relação ao corpo e sua integridade, este sentimento de dor também reaviva as vivências de punição, perseguição e medo da morte.

2 | METODOLOGIA

Este estudo configura-se como uma pesquisa descritiva, prospectiva, com abordagem quantitativa com análise por meio de uma pergunta semiestruturada com opções de possíveis medos em relação ao trabalho de parto e parto, na qual elas poderiam assinar ou adicionar um outro que não estivesse nas opções. A pesquisa foi realizada em uma Unidade Municipal de Saúde (UMS) em Belém/PA no período de março e abril de 2019

Participaram do estudo 31 gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal da UMS que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: alfabetizadas, na primeira ou segunda gestação, maiores de 18 anos, de risco obstétrico habitual, a partir do segundo trimestre de gestação. Foram excluídas as gestantes que não se apresentaram em condições clínicas e psicológicas para participar do estudo.

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

Participaram do estudo 31 gestantes cadastradas no programa de Pré-Natal da UMS que realizaram o preenchimento do questionário para a identificação do perfil socio-obstétrico e questão quanto ao medo e anseio ao trabalho de parto e parto.

Quanto à idade, observou-se que a maioria das gestantes tinha menos de 35 anos. Sobre a escolaridade verificou-se que a maioria possuía Ensino Médio Completo. Em relação ao estado civil, o estudo apontou que a maioria das participantes se encontrava em união estável. Em relação a idade gestacional a maioria estavam no segundo trimestre de gestação. Quanto ao número de consultas de pré-natal, a maioria recebeu assistência de enfermagem em relação à consulta médica. Como podemos observar na tabela 1.

Variável	Descrição	N	F%
Idade	18 a 25 anos	14	45,16
	a 35 anos	14	45,16
	> 36 anos	03	9,68
Escolaridade	Ensino Fundamental incompleto	01	3,22
	Ensino Fundamental Completo	01	3,22
	Ensino Médio Incompleto	05	16,12
	Ensino Médio Completo	15	48,38
	Ensino Superior Incompleto	04	12,90
	Ensino Superior Completo	05	16,12
Estado Civil	Casada	08	25,80
	União Estável	18	58,06
	Solteira	05	16,12
	Viúva	00	-
Idade Gestacional	2º Trimestre	18	58,06
	3º Trimestre	13	41,94

Número de Consultas de Pré-Natal	Médicas	11	35,48
	Enfermagem	20	64,52
Número de Gestações	Primigesta	18	58,06
	Secundigesta	13	41,94
Total		31	100,00

Tabela 1 – Perfil Socio-obstétrico de gestantes cadastradas no Programa de Pré-Natal da UMS da Cremação, Belém-PA, Fevereiro a Abril de 2019.

Fonte: questionário próprio das autoras.

Na contemporaneidade, podemos vivenciar a ascensão feminina no mercado de trabalho, sendo um dos fatores determinantes para a escolha de suas prioridades entre vida profissional e estudo e a escolha de tornar-se mãe (ALDRIGHI *et al.*, 2016), portanto, observa-se que a idade materna aumenta progressivamente, apesar de serem crescentes no país devido aos diversos fatores predisponentes para tal ocorrência.

Os resultados deste estudo em relação a escolaridade não condizem com o que o autor Mendes (2010) refere sobre a relação direta entre gravidez precoce e a baixa escolaridade, visto o maior número de participantes com escolaridade acima do ensino médio completo. No entanto, devido ao baixo número de participantes, esses dados podem não representar a realidade, além disso, fizeram parte deste estudo mulheres com idade acima dos 18 anos, diferente do estudo realizado por este autor que incluiu adolescentes em sua pesquisa.

No presente estudo, a união estável foi o estado civil prevalente das participantes divergindo do estudo de Melhado *et al.* (2008), que apontou como maioria de solteiras. Vale ressaltar que o estudo deste autor não excluiu adolescentes, o que pode ter influenciado o resultado e reforçando essa divergência.

Dentre as participantes, a maioria encontrava-se no segundo trimestre gestacional e mais próxima do parto, no que pode ter influenciado no desejo em receber informações sobre o momento, contudo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) infere que para a realização de um parto humanizado, as gestantes devem receber um preparo adequado para o parto e que esse cuidado, essa educação deve ser realizada o mais precoce possível durante a assistência do pré-natal.

A maioria das participantes deste estudo eram primigestas e foram assistidas no pré-natal, na maior das consultas, por enfermeiro. Sobre isso, Brasil (2012) afirma que não há uma divisão exata entre os atendimentos de enfermagem e medicina nas consultas de pré-natal, contudo, há uma recomendação do Ministério da Saúde quanto ao número de consultas mínimas, sendo 1 no 1º trimestre, 2 no 2º trimestre e 3 no 3º trimestre, sendo as consultas intercaladas entre médico e enfermeiro.

3.2 Medos e ansios durante o momento do parto

O presente estudo observou que a maioria das participantes (88%) relata algum tipo de medo e ansio durante o trabalho de parto.

Em um estudo, semelhante a este, realizado por Melo *et al.*, (2014), aponta a importância da ampliação da visão acerca do parto entre as gestantes além dos aspectos fisiológicos, promovendo mudanças nas práticas e políticas enfocadas na assistência a saúde da mulher. A pesquisa considerada como uma violação dos direitos das mulheres grávidas em processo de parto, termo conhecido como violência obstétrica, que caracteriza-se pela perda da autonomia, intervenções desnecessárias e ofensas, além da falta de informação, sendo que há um certo medo de perguntar sobre os processos que irão ser realizados na evolução do trabalho de parto, e essa situação pode levá-las a se conformarem com a exploração de seus corpos por diferentes pessoas, aceitando diversas situações incômodas sem reclamar.

Tostes e Seidl (2016) apontam que historicamente, em diversas culturas e grupos sociais, as vivências do trabalho de parto e parto têm sido associadas a termos como agonia, provação, medo, terror, sofrimento e morte, destacam o medo da dor durante o trabalho de parto e parto como um dos aspectos que influenciam a incidência de cesáreas.

Um estudo realizado por Brito *et al.*, (2015) descreve que as mulheres entendem que a preparação para o trabalho de parto e parto é uma atividade inerente ao pré-natal, no entanto ratificam a pouca informação que recebem nesse aspecto durante as consultas, as entrevistadas elencam ainda a necessidade do fornecimento de orientações acerca de cada tipo de parto, suas vantagens e desvantagens, para que assim possam ter conhecimento para entender o momento que estão vivenciando.

Parturientes informadas e esclarecidas sobre o processo de parturição durante o pré-natal tendem a tornarem-se menos ansiosas, ter interações mais harmoniosas, colaborativas com os profissionais de saúde e, geralmente, têm processo de parto mais ameno e gratificante. Nessa perspectiva, é primordial que todas as gestantes recebam as orientações necessárias a respeito da evolução de sua gestação, sobre as possíveis complicações que poderão surgir durante a gravidez, o que pode acontecer durante o trabalho de parto, parto e no puerpério, para assim reduzir o medo recorrente no processo de parturição (TOSTES; SEIDL, 2016).

Os principais medos e receios em relação ao trabalho de parto e parto, estão descritos no gráfico 6, onde as mesmas poderiam assinalar mais de uma opção ou descrever outra, caso não estivesse dentre as alternativas. Observamos que, a maioria (28/31), aponta que sofrer maus tratos pelos profissionais seria o maior medo e receio durante esse período, seguido do sentimento de dor (10/31) por meio do relato de outras mulheres (7/31). A possibilidade de morte, do filho ou delas próprias, também foi uma opção bem representativa assinalada, dentre outras alternativas pouco citadas como: não

conseguir parir, não ter seus desejos atendidos e ficar sozinha, como demonstrado no gráfico 5.

Os resultados deste estudo nos chamaram atenção pelo número expressivo de participantes que relataram ter medo e receio de sofrerem maus tratos durante o trabalho de parto e parto, sendo tema muito debatido atualmente na área da obstetria. Zanardo *et al.* (2017) observaram em seu estudo resultados semelhantes em relação a violência obstétrica e consideram que a temática está associada ao descaso, desrespeito com as gestantes na assistência ao parto, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde.

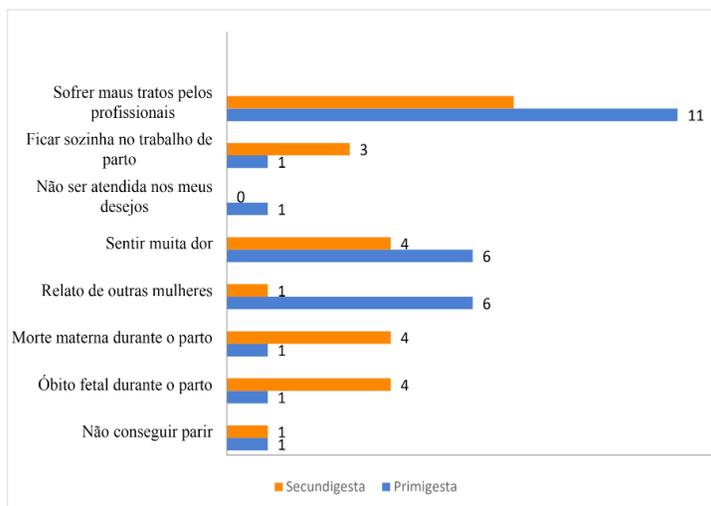


Gráfico 1 – Descrição dos principais medos e receios em relação ao trabalho de parto e parto de gestantes cadastradas no pré-natal de uma UMS em Belém-PA, Março a Abril de 2019.

Fonte: questionário próprio das autoras.

No Brasil e na América Latina a incorporação das mudanças preconizadas pela Medicina Baseada em Evidências é lenta e encontra resistências, inclusive por parte das instituições de ensino, pois nesses locais a maioria das instituições trabalha com o modelo intervencionista, valorizando a tecnologia, os exames sofisticados e os procedimentos cirúrgicos, enquanto os cuidados com foco na mulher para realização e estimulação do parto normal e a interação com a parturiente recebem pouca atenção, fortalecendo de forma negativa a visão que as gestantes atribuem ao processo de parir naturalmente e optar por parto cesárea como forma de evitar experiências negativas (ZANARDO *et al.*, 2017).

O medo da violência obstétrica também pode estar relacionado ao de ficar sozinha no trabalho de parto, pois supõe-se que ao ter alguém da sua confiança durante esse período poderá minimizar os maus tratos sofridos. No entanto, as maternidades estão

obrigadas a aceitarem a permanência de um acompanhante, da escolha da mulher durante todo ciclo gravídico puerperal, como descrito na Lei n.º 11.108, de 07 de abril de 2005, onde as instituições devem estar administrativa e estruturalmente preparadas para recebê-los.

Entretanto, apesar da existência da Lei há mais de dez anos, acredita-se que ainda hoje este medo pode estar relacionado ao não cumprimento dela por parte de algumas instituições. Uma pesquisa feita por Souza *et al.* (2018) apontou que por diversas vezes esta Lei não está sendo respeitada pela equipe de saúde e maternidades. Esses autores apontam que as instituições mostram uma fragilidade no preparo das equipes na assistência quanto à percepção de que esse acompanhante faz parte da vida cotidiana da parturiente.

Novamente, percebemos a falta de emponderamento das mulheres e seus acompanhantes, visto que devem ter conhecimento para se respaldar e exigir o respeito aos seus desejos e obrigatoriedades.

Fato esse observado ao identificarmos que houve participantes que relataram ter medo de não terem seus desejos atendidos. O conceito de Plano de Parto e Nascimento foi proposto por Sheila Kitzinger em 1980 nos Estados Unidos e, posteriormente, outros países começaram a usá-lo para exigir um parto o menos intervencionista possível (SUÁREZ-CORTÉS *et al.*, 2015).

Segundo esses autores, um Plano de Parto é um documento escrito, de caráter legal, em que a mulher grávida, após receber informações sobre a gravidez e o processo de parto, e considerando seus valores e desejos pessoais, além das expectativas criadas sobre seu parto ao longo da gravidez, e atendendo também a suas necessidades particulares, deve combinar com os profissionais da atenção primária e hospitalar, quais alternativas, dentro da boa prática, prefere durante seu parto, sob condições normais.

Entende-se que o medo da dor no parto influencia na forma como as gestantes vivenciaram esse momento. Almeida *et al.* (2005) apontam a teoria de dor “*Gate Control*”, elaborada por Melzack e Wall, em 1965, que considera tanto os aspectos fisiológicos como psicológicos para avaliação e controle da dor. Para os autores, a dor durante a parturição é uma resposta fisiológica, complexa, subjetiva e multidimensional aos estímulos sensoriais gerados, principalmente, pela contração uterina. Entretanto, acredita-se, como demonstrado neste estudo, que esse medo pode fazer com que as mulheres escolham outra via de nascimento, em detrimento aos riscos e malefícios de uma cirurgia. Portanto, os métodos de controle da dor devem ser apresentados, demonstrados e oferecidos durante o pré-natal, trabalho de parto e parto, para que essas mulheres façam as escolhas adequadas e experimentem a sensação de alívio durante todo processo.

Siebra *et al.* (2015) demonstraram nos resultados de seu estudo que, apesar da dor extrapolar limites, as gestantes apresentam argumentos a favor do parto normal, considerando que independente das experiências passadas, houve a preferência pelo parto normal, por ser uma recuperação mais rápida, não interferindo na rotina.

Gayeski e Brüggemann (2010), em seu estudo, que teve como objetivo avaliar os

resultados maternos e neonatais decorrentes da utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, apontou que os mesmos, para ser eficiente, deve ser implementado no momento adequado. Um dos achados interessantes dessa pesquisa foi que o banho de imersão apresenta mais benefícios no alívio da dor quando utilizado a partir dos 3 cm de dilatação cervical, principalmente quando controlados, conjuntamente, o tempo de ruptura das membranas e permanência na água.

O presente estudo sugere que as participantes (7/31) adquirem medo do processo de parturição por meio de relatos de outras pessoas que já vivenciaram essa experiência de forma negativa ou traumática, principalmente em relação a dor do parto. Um estudo produzido por Siebra *et al.* (2015), sobre significados atribuídos a dor no trabalho de parto, aponta que a dor para as mulheres foi caracterizada como o pior momento da vida, algo intolerável, mesmo sabendo que o parto pode trazer uma nova vida é em alguns casos comparada até com a morte, os resultados demonstram que lidar com a dor também obedece aos fatores socioculturais do contexto no qual cada mulher vive, sendo uma experiência única, mas também compartilhada pelo seu entorno coletivo.

O medo de morrer durante o trabalho de parto e parto também foi apontado nesse estudo, evidenciando-se a importância da realização de pré-natal para identificação de riscos potenciais, tratamento de doenças e estabelecimento de programa de imunização materna, objetivando diminuir o risco obstétrico.

Viana, Novaes e Calderon (2011) afirmam que a mortalidade materna continua sendo uma epidemia que atinge os países em desenvolvimento e, em especial, as mulheres de classe econômica menos favorecida e que a morte de uma mulher em idade fértil promove um impacto na família, na comunidade e na sociedade, refletindo em expectativas negativas relacionados ao parto.

Portanto, cada vez mais, percebe-se a importância na realização de ações educativas para esclarecimento de dúvidas quanto ao processo gravídico e puerperal, no intuito de orientar as gestantes sobre a necessidade em comparecer às consultas, realização de exames e tratamento, se necessário, contribuindo para a manutenção da saúde de mãe e bebê e evolução de trabalho de parto e parto sem intercorrências e gravidade, sendo que este estudo identificou o medo da morte fetal também entre as participantes.

Quanto a variável “medo de não conseguir parir”, supõe que a aquisição de expectativas sobre o trabalho de parto e possível surgimento de complicações, as gestantes transformam o parto de um evento fisiológico e natural para um evento potencializador de estresse, aflição e ansiedade refletindo negativamente no processo de parturição. Um estudo produzido por Lopes *et al.*, 2005 com 28 primíparas sem problemas de saúde, cujo objetivo foi avaliar por meio de entrevistas e relatos as expectativas e experiências de mães sobre o parto, os resultados da pesquisa mostraram que as participantes possuem muito mais expectativas em relação a si próprias do que em relação ao bebê.

Semelhante ao estudo de Lopes *et al.* (2015), Pinheiro e Bittar (2012) encontraram

em seus resultados que a experiência da parturição, para a grande maioria das mulheres entrevistadas configurou-se como uma vivência marcada pela dor, pelo medo da dor e sofrimento, a experiência do parto normal para algumas participantes foi considerada traumática e referiram um desejo de não passar novamente por este processo ou de não ter mais filhos.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de parto embora natural e fisiológico está associado a variados sentimentos como medo, ansiedade, satisfação e outros, desta forma a gestante que possui conhecimento sobre o parto e os seus direitos assegurados por lei nesse momento, apresenta-se mais segura, colaborativa e confiante na vivência dessa experiência importante na vida de uma mulher. Nesse sentido a atenção, o cuidado e as orientações recebidas durante o pré-natal pelo enfermeiro são requisitos essenciais para promover uma parturição confortável onde a gestante toma decisões sobre a condução do seu parto.

Este estudo demonstrou que a maioria das participantes possuem algum medo ou anseio em relação ao processo de parturição, sendo o medo de sofrer maus tratos pelos profissionais durante o parto foi o mais assinalado pelas participantes, sugerindo e reforçando a importância dos profissionais assegurarem tais informações as gestantes como formar de reduzir hospitalização e intervenções desnecessárias.

REFERÊNCIAS

ALDRIGHI, Juliane Dias et al. **The experiences of pregnant women atan advanced maternal age: an integrative review. Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 50, n. 3, p.512-521, jun. 2016. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000400019>.

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

_____. Lei nº 11.108 - de 7 de abril de 2005 – **Diário Oficial da União** de 8/4/2005. Brasília, 7 de abril de 2005.

_____. 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** – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRITO et al. **Percepções de puérperas sobre a preparação para o parto no pré-natal**. Rev. Rene. [S.l.], v. 16, n. 4, p. 470-478, jul-ago, 2015.

GAYESKI, Michele Ediane; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. **Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.774-782, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072010000400022>.

HADDAD, Samira El Maerrawi T.; CECECATTI, José Guilherme. **Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p.252-262, maio 2011.

LOPES, Rita de Cássia Sobreira et al. **O Antes e o Depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto.** *Psicologia: Reflexão e Crítica*, [Rio Grande do Sul], v. 18, n. 2, p.247-254, 2005.

MELHADO, Amanda et al. **Gravidez na adolescência: apoio integral à gestante e à mãe adolescente como fator de proteção da reincidência.** *Adolescência & Saúde*, São Paulo, v. 5, n. 2, p.45-51, jul. 2008.

MELO, Katia et al. **The behavior expressed by the parturient during birth: the reflections of prenatal care.** *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [s.l.], v. 6, n. 3, p.1007-1020, 1 jul. 2014. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n3p1007>.

MENDES, Belmiro Ribeiro. **A influência da escolaridade na gravidez não planejada em adolescentes.** 2010. 29 f. TCC (Graduação) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto/minas Gerais, 2011.

NAGAHAMA, Elizabeth Erikolshida; SANTIAGO, Silvia Maria. **Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p.1859-1868, ago. 2008.

PICCININI, Cesar Augusto et al. **Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 28, n. 1, p.27-33, jan-mar. 2012.

PINHEIRO, Bruna Cardoso; BITTAR; Cléria Maria Lobo. **Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde.** *Aletheia* 37, jan./abr. 2012.

SIEBRA, Maira et al. **A dor do parto normal: significados atribuídos pelas puérperas usuárias do SUS.** *R. Interd.* v. 8, n. 2, p. 86-93, abr. mai. jun. 2015.

SOUZA, Marli Aparecida Rocha de et al. **Vivência do acompanhante da parturiente no processo de parto.** *Rev Enferm Ufpe On Line*, Recife, v. 12, n. 3, p.626-634, mar. 2018.

SUÁREZ-CORTÉS, María et al. **Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process.** *Revista Latino-americana de Enfermagem*, [s.l.], v. 23, n. 3, p.520-526, 3 jul. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>.

TEIXEIRA, Ingrid et al. **A integralidade da assistência prestada pelo enfermeiro no pré-natal.** In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 11, 2014. ANAIS [...] Suplemento Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 2014.

TOSTES, Natalia Almeida; SEIDL, Eliane Maria Fleury. **Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto.** *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v.24, n.2, p. 681-693, jun. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 out. 2018. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-15>.

TORNQUIST, Carmen Susana. **Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil.** **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 19, n. 2, p.419-427, 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2003000800023>.

VIANA, Rosane da Costa; NOVAES, Maria Rita Carvalho Garbi; CALDERON, Iracema Mp. **Mortalidade Materna uma abordagem atualizada. Com. Ciências Saúde**, Botucatu, v. 1, n. 22, p.141-152, 2011.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, [s.l.], v. 29, p.1-11, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>

CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL À LUZ DA TEORIA DE WANDA HORTA

Data de aceite: 03/08/2020

Luzia Beatriz Rodrigues Bastos

Universidade da Amazônia/UNAMA
Belém, Pará

Emeline Paula das Neves Freitas

Universidade da Amazônia/UNAMA
Belém, Pará

Rayssa Thayara Barros Lopes

Universidade da Amazônia/UNAMA
Belém, Pará

Diniz Antonio de Sena Bastos

Universidade do Estado do Pará/UEPA
Belém, Pará

Karina Morais Wanzeler

Universidade da Amazônia/UNAMA
Belém, Pará

RESUMO: O pré-natal e nascimento, constitui-se uma experiência especial no universo feminino, cabendo ao enfermeiro prestar a assistência em saúde a todas às gestantes, para que possam viver a gestação de forma positiva, saudável, com menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Nesse sentido, destaca-se a consulta de enfermagem que objetiva propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa. O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede de atenção primária.

O estudo tem por objetivo destacar a consulta de enfermagem no pré-natal à luz da teoria de Wanda Horta. Trata-se de estudo qualitativo, exploratório, descritivo, realizado em Unidades Básicas de Saúde, situadas em Belém/PA, que prestam assistência à saúde no pré-natal. Aplicou-se a entrevista semiestruturada em dez enfermeiros, através da análise de conteúdo de Bardin. A partir da análise de conteúdo, emergiram duas categorias: conhecimento da teoria de Wanda Horta na consulta do pré-natal; e dificuldades na aplicabilidade da teoria de Wanda Horta. O fato da inexistência de protocolos instituídos na atenção primária, bem como sobrecarga de trabalho, pouco tempo para as consultas e enorme demanda, tem dificultado o atendimento de enfermagem pautado em teorias científicas e no processo de enfermagem. **PALAVRAS-CHAVE:** Pré-natal, Teoria das necessidades humanas básicas, Processo de Enfermagem, Consulta de Enfermagem.

PRENATAL NURSING CONSULTATION IN THE LIGHT OF THE THEORY OF WANDA HORTA

ABSTRACT: Prenatal and birth is a special experience in the female universe, and nurses are responsible for providing health care to all pregnant women, so that they can experience pregnancy in a positive, healthy way, with less risk of complications in the puerperium and more successful breastfeeding. In this sense, the nursing consultation stands out, which aims to provide conditions for the promotion of the pregnant woman's health and the improvement in her quality of life, through a contextualized and

participatory approach. The nurse professional can fully monitor low-risk prenatal care in the primary care network. The study aims to highlight the prenatal nursing consultation in the light of Wanda Horta's theory. This is a qualitative, exploratory, descriptive study, carried out in Basic Health Units, located in Belém / PA, which provide prenatal health care. A semi-structured interview was applied to ten nurses, through Bardin's content analysis. From the content analysis, two categories emerged: knowledge of Wanda Horta's theory in the prenatal consultation; and difficulties in the applicability of Wanda Horta's theory. The fact that there are no protocols instituted in primary care, as well as work overload, little time for consultations and enormous demand, has made nursing care based on scientific theories and the nursing process difficult.

KEYWORDS: Prenatal, Theory of basic human needs, Nursing Process, Nursing Consultation.

INTRODUÇÃO

O pré-natal é o período anterior ao nascimento do recém-nascido, em que se aplica um conjunto de ações à saúde individual e coletiva das mulheres grávidas. Um de seus principais objetivos, é acolher a mulher desde o início da sua gravidez, quando ela passa por um período de grandes mudanças físicas e emocionais, sendo vivenciado de forma distinta por cada mulher (CAMACHO, JOAQUIM, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde, a assistência ao pré-natal é o primeiro passo para um parto e nascimento saudável, ele faz a manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento, além de trazer informação e orientação sobre a evolução da gestação e do trabalho de parto à parturiente (BRASIL, 2000).

A assistência pré-natal no Brasil, é realizada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e desenvolvida em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Estratégias Saúde da Família (ESF). Fundamenta-se no acolhimento das usuárias, no cuidado, na educação em saúde e na humanização, sendo constituída por equipes compostas por médico, enfermeira, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), a fim de desempenhar um papel importante na consolidação dos princípios do SUS (DIAS et. al. 2015).

O manual ministerial preconiza no mínimo, uma consulta no primeiro trimestre e duas no segundo e três no terceiro. Quando as consultas não acontecem no início da gestação e não tem a sequência necessária para a avaliação do binômio fetal-mãe, o acompanhamento do desenvolvimento do feto pode ficar prejudicado, trazendo vários problemas para as gestantes. Tais problemas poderiam ser controlados e verificados por meio do pré-natal durante a gestação (DIAS, et al, 2018).

Tendo em vista que o pré-natal e nascimento, constitui-se uma experiência especial no universo feminino, cabe ao enfermeiro prestar a sistematização da assistência a todas às gestantes, para que possam viver a gestação de forma positiva, saudável, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação (SUAREZ, 2018).

A assistência de enfermagem deve ser minuciosa nas consultas do pré-natal, de modo a fazer com que a mulher se sinta bem recebida pelo serviço de saúde em todos os locais e momentos. Esse processo é fundamental para a constituição de vínculos e compromissos e favorece a qualidade da assistência. Nessa perspectiva, o enfermeiro precisa realizar ações de maneira eficaz resultando em atendimento produtivo, resguardando a gestante de negligências, atuando de forma ética e responsável (DIAS, et. al., 2018).

No Brasil, Wanda de Aguiar Horta por meio de sua teoria desenvolveu o modelo das Necessidades Humanas Básicas (NHB), inspirada na teoria da motivação humana, de Maslow, apresentada em cinco categorias: fisiológica (relacionada à existência e a sobrevivência); segurança (proteção individual contra perigos e ameaças); amor (necessidades de convívio, de afeto das pessoas); estima (necessidade de se sentir digno, autoconfiante, independente); autorrealização (desejo de tornar-se, ser tudo o que pode ser) (DANTAS, 2019).

A Enfermagem encontra-se alicerçada em teorias, dentre elas, a NHB de Wanda Horta, que se caracteriza pelas necessidades psicobiológicas, psicoespirituais e psicossociais humanas, que poderá dar sustentação às atividades do enfermeiro, dentre elas, o processo de enfermagem (CORREIA, et. al., 2017),

A teoria de Horta, é uma das mais utilizadas para dar suporte ao processo de Enfermagem, a qual fundamenta a implementação de suas etapas, em diversas instituições de saúde, visando a assistência de qualidade, prestada pelos profissionais de enfermagem ao paciente (SANTANA, et. al., 2019).

O processo de Enfermagem (PE) é uma metodologia com representação científica moderna e eficiente para conduzir o trabalho dos profissionais de Enfermagem, pois proporciona a operacionalização do cuidado prestado, conduzindo o enfermeiro por linhas de etapas inter-relacionadas a identificar os possíveis problemas relacionados à saúde e às necessidades afetadas, permitindo uma eficácia na elaboração do plano de cuidados de cada indivíduo (SANTANA, et. al., 2019).

Para Horta, o processo de Enfermagem é o fazer de maneira ordenada e humanística de acordo com a necessidade básica de cada indivíduo, cuja prática assistencial voltada ao pré-natal, favorece a análise ponderada do seu fazer na hora das consultas com as usuárias; além de oferecer diretrizes para a formação, a prática e a investigação a fim de fundamentar os cuidados de enfermagem e explicar as ações dos cuidados de enfermagem a serem realizadas em cada assistência (CAMACHO, JOAQUIM, 2017).

A consulta de enfermagem é uma atividade independente de outros profissionais que compõem a equipe da atenção primária e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa. O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo

Decreto nº 94.406/87 (RAMOS, et. al., 2018).

Frente ao exposto, há necessidade de aprimorar o conhecimento acerca da atuação do enfermeiro no pré-natal, por ser peça importante na prestação de uma assistência de qualidade, principalmente durante a realização das consultas de pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde (MUNIZ et. al., 2018).

Nesse sentido, considerando todos os aspectos apontados, o estudo tem por objetivo destacar a consulta de enfermagem no pré-natal à luz da teoria de Wanda Horta.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, exploratória, descritiva, realizada em Unidades Básicas de Saúde, situadas em Belém/PA, que prestam assistência de saúde no pré-natal. A amostra pautou-se em dez (10) enfermeiros, efetivos e temporários, que aceitaram participar do estudo e que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados, aplicou-se a entrevista semiestrutura, cujas questões compunham o perfil dos enfermeiros e atuação no pré-natal em relação às consultas e o processo de enfermagem nos moldes das necessidades humanas básicas. A entrevista foi realizada nos meses de abril e maio/2019 em local reservado, nos turnos da manhã e tarde, com a duração de 15 a 20 minutos, de maneira a não interferir em sua rotina laboral.

Para embasar a técnica de exame dos dados empregou-se a análise de conteúdo de Bardin (2011), que designa um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens (CAMARA, 2013).

O método de pesquisa análise de conteúdo estudado baseou-se nas fases de condução: organização da análise; codificação; categorização; tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados (URQUIZA; MARQUES, 2016).

Foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados, sendo atribuídos aos pesquisados, códigos alfa numéricos conforme diretrizes e normas da resolução nº 466/12, no Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob CAAE nº 08913419.2.0000.5173 da Plataforma Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas com dez (10) enfermeiros, sexo feminino, com idade média de 36 anos; com aproximadamente doze (12) anos de formadas em Enfermagem; sendo nove (9) com especialização; e dez (10) anos aproximado de assistência ao pré-natal.

A partir da análise de conteúdo, emergiram como categorias: conhecimento da teoria de Wanda Horta na consulta do pré-natal; e dificuldades na aplicabilidade da teoria de Wanda Horta.

1ª CATEGORIA: CONHECIMENTO DA TEORIA DE WANDA HORTA NA CONSULTA DO PRÉ-NATAL

Os relatos dos enfermeiros demonstram que em parte conhecem a teoria de Horta e aplicam em seu cotidiano de consultas no pré-natal; no entanto, argumenta esquecimento e baixa familiaridade com a teoria, como demonstrado a seguir:

“Não, não lembro da teoria, então não sei dizer em que momento estou aplicando” (Enf2)

“A aplicação se dá quase que de modo automático, intuitivo, não de forma sistemática como a teoria, depende das informações do paciente do que ele relata” (Enf7)

“Sim, pois a gestação é um processo fisiológico então naturalmente acontece alguma necessidade na mulher que nós precisamos nos atentar” (Enf9)

No plano assistencial, o emprego dessa teoria trará como implicação para o enfermeiro a atitude de movê-lo à provisão do cuidado de enfermagem, compreendendo que eles formam o todo indivisível que compõe o paciente (LIMA et. al., 2016).

Na implementação do modelo das NHB, o enfermeiro realiza o histórico de enfermagem; destaca os problemas de enfermagem, que de acordo com Horta são situações ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades básicas do indivíduo, família e/ou comunidade, que exigem do enfermeiro, assistência profissional (UBALDO, MATOS, CHIODELLI 2015).

Com base nos problemas, o enfermeiro elabora a prescrição de cuidados, oferecendo a assistência de que a gestante necessita. Na evolução de enfermagem, passo subsequente do processo, o enfermeiro avalia os resultados dos cuidados de enfermagem, incluindo, excluindo ou modificando as intervenções, de acordo com as respostas ao cuidado prestado (DIAS et. al., 2017).

Ao serem perguntados sobre o processo de enfermagem em suas consultas, afirmam:

“Sim, minhas consultas são demoradas por conta disso às vezes tem até reclamações dos pacientes, mas não consigo fazer nada baseada em esquemas” (Enf3)

“Sim, realizo coleta de dados, planejamento, enfim, as etapas do processo, durante minha atuação na unidade básica de saúde” (Enf8)

O processo de enfermagem é uma metodologia com representação científica moderna e eficiente para conduzir o processo organizacional de trabalho do enfermeiro. Por ser um método pessoal e instrumental, proporciona a operacionalização do cuidado prestado, conduzindo o enfermeiro por linhas de etapas inter-relacionadas a identificar os possíveis problemas relacionados à saúde do cliente e às necessidades afetadas (SANTANA, et al, 2019)

Convém destacar que na atenção primária, o enfermeiro é capaz de gerenciar, supervisionar, planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que correspondam às necessidades da comunidade, sendo privativo do mesmo, a consulta de enfermagem, solicitação de exames complementares e prescrição de medicações conforme os protocolos ministeriais, além de capacitar a equipe de saúde com articulação dos diversos setores envolvidos na prevenção e promoção da saúde (JUSTO, et al., 2017).

No âmbito assistencial, o processo de enfermagem proporciona ao enfermeiro a possibilidade de prestação de cuidados individualizados por meio da análise das necessidades humanas básicas, sistematizando a assistência de enfermagem (SIMÕES, CABRAL, PAULA, 2017).

Evidencia-se o processo de Enfermagem como um eficiente veículo de comunicação para a equipe de Enfermagem, estando o modelo conceitual de W. Horta, na condição de oferecer diretrizes para a formação, prática e investigação, a fim de fundamentar e explicar as ações dos cuidados de enfermagem a serem realizadas em cada assistência (CAMACHO, JOAQUIM, 2017).

2ª CATEGORIA: DIFICULDADES NA APLICABILIDADE DA TEORIA DE WANDA HORTA

Ao serem questionados sobre as dificuldades enfrentadas no uso da teoria das necessidades humanas básicas de W. Horta, os entrevistados relataram problemas, no que se refere ao domínio da teoria, conforme demonstrado:

“Dificuldade no diagnóstico de enfermagem e na prescrição, fora a dificuldade que encontro em tratar as grávidas com infecção urinária pois muitas não aderem ao tratamento como uma prioridade de saúde, deixando de lado, uma necessidade primordial” (Enf4)

“Aqui prevalece a quantidade e a qualidade acaba ficando de lado, pois a demanda é grande para o pouco tempo que temos, então o tempo e minha maior dificuldade” (Enf8)

“Realizo o processo, mas não como obrigatoriedade, por não ter protocolo, nem sempre sigo todas as etapas, mas tento” (Enf11)

O pré-natal na rede básica de saúde realizado pelo enfermeiro, objetiva monitorar, prevenir e identificar intercorrências maternas e fetais e, ainda, realizar atividades

educativas voltadas a todas as mulheres cadastradas no pré-natal, acerca da gravidez, parto e puerpério. Cabe ao enfermeiro da atenção primária de saúde o acompanhamento das mulheres com ausência de complicações, cadastradas no pré-natal de baixo risco (SOUSA, MENDONÇA, TORRES, 2012).

Autores apontam que os enfermeiros enfrentam dificuldades quando pautam suas consultas na teoria de Wanda Horta, dentre as causas encontram-se, a falta de conhecimento em relação às etapas do processo de enfermagem, ausência de capacitação pelas instituições de saúde, registros inadequados, conflitos de papéis, falta de credibilidade com as prescrições de enfermagem, além da escassez de estabelecimento de prioridades organizacionais (FERNANDES, et al, 2017).

Para W. Horta a enfermagem como parte da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio entre os profissionais, visando na prevenção de desequilíbrio, e assim revertendo o desequilíbrio em equilíbrio pela assistência de enfermagem, voltados ao ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas; pois procura sempre reconduzir à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço (ARAÚJO, 2018).

Através das falas percebe-se que há limitações em executar a base científica da enfermagem, o pouco e/ou a falta de conhecimento sobre as teorias, a resistência dos profissionais em realizar o processo de enfermagem e a carência de recursos humanos para a prática diante da assistência, são referidos como obstáculos para o desempenho do profissional de enfermagem (TRINDADE, et. al., 2016).

Horta pode ser considerada um marco no início do desenvolvimento do processo de enfermagem, onde propôs desenvolvê-lo em seis etapas: histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem, para o cuidado de pacientes e atendimento às necessidades humanas básicas (OLIVEIRA, 2018).

Cabe ao enfermeiro, a liderança no planejamento, execução e avaliação, do processo de enfermagem, em todos os ambientes onde ocorra o cuidado de enfermagem, sendo sua responsabilidade e da equipe de enfermagem, assegurar reavaliações da assistência prestada, principalmente na assistência ao pré-natal, bem como a continuidade do cuidado, o que melhora a qualidade e a segurança (SPAZAPAN, 2017).

CONCLUSÃO

Os enfermeiros entrevistados relataram dificuldades em realizar as consultas de pré-natal baseadas no processo de enfermagem. O fato da inexistência de protocolos instituídos na atenção primária, bem como sobrecarga de trabalho, pouco tempo para as consultas e enorme demanda, tem dificultado o atendimento de enfermagem pautado em teorias científicas.

Destacam-se ainda como obstáculos, a grande demanda de atendimento, quantidade

reduzida de profissionais, barreiras entre os próprios profissionais por deficiência de conhecimento, falta de tempo e principalmente falta de interesse. O essencial seria cada profissional de saúde se conscientizar que a jornada de trabalho seria bem mais apropriada com o uso de ferramentas importantes que fundamentam a ciência do enfermeiro.

Nesse sentido, a implementação do processo de enfermagem na consulta de enfermagem na atenção primária enfrenta empecilhos, talvez seja por isso que vêm ocorrendo a passos lentos, mesmo sendo objeto de reflexão com os estudos de Wanda Horta e adeptos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, R. O. **Processo de enfermagem para melhoria da qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa à luz da teoria das necessidades humanas básicas**. 2018. 152p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Natal, RN, 2018.

BARDIN L. Análise de Conteúdo. Trad. Pinheiro, LARA. São Paulo: Edições 70; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro, portaria n. ° 569, 1º de junho de 2000.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013.

CAMACHO, A. C. L. F.; JOAQUIM, F. L. Reflexões à luz de Wanda Horta sobre os instrumentos básicos de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 12, p. 5432-5438. 2017.

CORREIA, S. R. et al. Cuidados de enfermagem prestados à parturiente adolescente sob a luz da teoria de Wanda Horta. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 3, p. 857-866, 2017.

DANTAS, I. F.A Motivação e a Inversão da Pirâmide de Maslow. **Revista Gestão & Sustentabilidade**, v. 1, n. 1, p. 173-186, 2019.

DIAS, E. G. et al. Percepção das gestantes quanto à importância das ações educativas promovida pelo enfermeiro no pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 3, p. 2695-2710, 2015.

DIAS, F. A.; SILVA, Z. A. G.; SANTOS, D. M. T. Atenção primária à saúde do idoso: modelo conceitual de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, 2017.

DIAS, E. G. et al. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista Sustinere**, v. 6, n. 1, p. 52-62, 2018.

FERNANDES, V. S. et al. Dificuldades na implementação da sistematização da assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. In: **Congresso Internacional de Enfermagem**. 2017.

JUSTO, C. M. et al. Acessibilidade em Unidade Básica de Saúde: A visão de usuários e profissionais. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 7, n. 1, p. 16-23, 2017.

LIMA, A. M. Pré-Natal realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. 2016.

MUNIZ, F. de F. S. et al. Assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na atenção primária. **JMPHCI Journal of Management & Primary Health Care** ISSN 2179-6750, v. 9, 2018.

OLIVEIRA, D. R. C. Educação permanente como estratégia para a consulta de enfermagem ao paciente com tuberculose na Atenção Primária à Saúde. 2018.

RAMOS, A. S. M. B., et al. A assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro sob a ótica das gestantes. **Revista Interdisciplinar**, v. 11, n. 2, p. 87-96, 2018.

SANTANA, R. S. et. al. Aplicabilidade do Processo de enfermagem na prática assistencial segundo a teoria das necessidades humanas. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**. 2019.

SIMÕES, C. R. F; CABRAL, E.; PAULA, R. de A. B. A Equipe de enfermagem frente a sistematização de assistência de enfermagem. **Revista científica revela Edição**.2017.

SOUSA, A. J. C. Q.; MENDONÇA, A. O.; TORRES, G. V. Atuação do enfermeiro no pré-natal de baixo risco em uma unidade básica de saúde. **CARPE DIEM: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**, v. 10, n. 1, p. 1-15, 2012.

SPAZAPAN, M. P. **Processo de enfermagem na atenção primária: percepção de enfermeiros de Campinas-SP**. 2017. 92p. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem. Campinas-SP.

SUAREZ, A. N. **Ações de promoção, prevenção de saúde da atenção pré-natal no contexto do programa mais médico para o Brasil, no município de Novo Hamburgo/RS**. 2018.

TRINDADE, L. R. et al. Processo de enfermagem: desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica de enfermeiros. **Saúde (Santa Maria)**, v. 42, n. 1, p. 75-82, 2016.

URQUIZA, M. A.; MARQUES, D. B. Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. **Entretextos**, v. 16, n. 1, p. 115-144. 2016.

UBALDO, I. M. E.; MATOS, E.; CHIODELLI S. N. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I com base nos problemas segundo teoria de Wanda Horta. **Cogitare Enfermagem**, 2015. Disponível em: acesso em 25 de mai. de 2015.

CAPÍTULO 6

ALTERAÇÕES BIOPSISSOCIAIS MAIS FREQUENTES DA MULHER NO CLIMATÉRIO

Data de aceite: 03/08/2020

Leonardo Lopes de Sousa

Centro Universitário Santo Agostinho - UNIFSA
Centro Internacional UNINTER

Gleicy da Silva Araujo

Centro Universitário Santo Agostinho

Kananda Braga de Sousa Santos

Centro Universitário Santo Agostinho

Karla Joelma Bezerra Cunha

Universidade Federal do Piauí - UFPI

RESUMO: INTRODUÇÃO: O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma fase biológica da vida, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da mulher (BARRETO, 2015). OBJETIVO: Analisar nas evidências publicadas quais as alterações biopsicossociais mais frequentes da mulher no climatério. METODOLOGIA: Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, a busca pelos dados ocorreu entre os meses Março a Junho de 2019, na BVS adotando-se a estratégia PICO, com os descritores Climatério, Cuidados de Enfermagem e Prevenção de doenças, cadastradas no Desc cruzadas entre si por meio do operador booleano AND. Foi encontrado um total de 89 artigos, optou-se pelas bases de dados LILICAS, MEDLINE e BDEF. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restou 23 estudos para análise. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Freitas (2016) diz que as queixas

mais frequentes no climatério são a ansiedade e a irritabilidade, depressão e a diminuição da libido. Milanez *et al* (2004) descreve que a assistência a saúde da mulher no climatério deve ser realizada através dos determinados métodos: programas institucionalizados educativos para a população feminina; dos serviços de saúde, preferência para assistência em grupos de autoajuda, parcerias para as ações preventivas, curativas e de reabilitação dos agravos e apoio psicológico. CONCLUSÃO: Visto isso, a equipe multiprofissional tem o papel de propiciar orientação, informação e educação adequadas como forma de prevenir ou superar as alterações desagradáveis de comportamento e mudanças ocorridas tanto no âmbito pessoal como no familiar.

PALAVRAS-CHAVE: Climatério, Cuidados de Enfermagem, Prevenção de doenças.

MOST FREQUENT BIOPSYCHOSOCIAL CHANGES OF WOMEN IN THE CLIMATE

ABSTRACT: INTRODUCTION: Climacteric is defined by the World Health Organization (WHO) as a biological phase of life, which comprises the transition between the reproductive and non-reproductive periods of a woman's life (BARRETO, 2015). OBJECTIVE: To analyze in the published evidence which are the most frequent biopsychosocial changes in women during climacteric. METHODOLOGY: This is an Integrative Literature Review, the search for data took place between March and June 2019, in the VHL, adopting the PICO strategy, with the descriptors Climatério, Nursing Care and Disease

Prevention, registered in the Desc crossed with each other using the Boolean operator AND. A total of 89 articles were found, the LILICAS, MEDLINE and BDNF databases were chosen. After applying the inclusion and exclusion criteria, 23 studies remained for analysis. RESULTS AND DISCUSSION: Freitas (2016) says that the most frequent complaints in menopause are anxiety and irritability, depression and decreased libido. Milanez et al (2004) describes that assistance to women's health in the climacteric must be carried out through certain methods: institutionalized educational programs for the female population; health services, preference for assistance in self-help groups, partnerships for preventive, curative and rehabilitation of health problems and psychological support. CONCLUSION: In view of this, the multiprofessional team has the role of providing adequate guidance, information and education as a way to prevent or overcome unpleasant behavioral changes and changes occurring both in the personal and family spheres.

KEYWORDS: Climacteric, Nursing care, Prevention of diseases.

1 | INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade demográfica brasileira, sobretudo das mulheres, uma vez que, de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua expectativa de vida corresponde a 78,6 anos, superando em 7,3 anos a expectativa do homem (ASSUNÇÃO et al., 2017). As mulheres são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), seja para o seu próprio atendimento ou acompanhando seus familiares, representando 50,77% da população brasileira. Por isso, a vivência do climatério pelas mulheres está cada vez mais presente, e demanda estratégias que melhorem a qualidade de vida nesse período (MIRANDA et al., 2014).

O climatério, por compreender um período relativamente longo da vida da mulher, deve merecer atenção crescente da sociedade, pois a expectativa de vida após a menopausa é atualmente equivalente ao período de vida reprodutiva (MIRANDA *et al.*, 2014).

O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma fase biológica da vida, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher (BARRETO *et al.*, 2015).

O período de transição supracitado se caracteriza pela presença de ciclos menstruais irregulares, com intensa variação endócrina seguida de ausência da menstruação, como também acompanha uma série de modificações físicas e psíquicas relacionadas ao envelhecimento, ao âmbito familiar e ao trabalho exercido (LOMÔNACO; TOMAZ; RAMOS, 2015).

O climatério caracteriza-se ainda pela diminuição da função ovariana, isto é, há uma redução significativa na produção de hormônios sexuais femininos pelos ovários, sobretudo, do estrogênio. O nível desse hormônio se torna tão reduzido que um conjunto de sinais e sintomas desagradáveis e característicos dessa fase pode aparecer (VALENÇA; NASCIMENTO; GERMANO, 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Climatério - SOBRAC (2004) o climatério é uma endocrinopatia caracterizada por alterações funcionais, morfológicas e hormonais, e o divide em três fases: a fase pré-menopausal (final da menarca ao momento da menopausa); a fase perimenopausal (período de 2 anos que precede e sucede a menopausa); e a fase pós-menopausal (inicia 2 anos após a menopausa e finda na senectude).

Assim, justifica-se a realização deste estudo, por evidenciar necessidade das mulheres conhecerem as principais alterações que ocorre nesse período e de os profissionais de saúde refletirem sobre sua prática profissional.

2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a busca pelos dados ocorreu entre os meses de março a junho de 2019, utilizando os descritores Climatério, Cuidados de Enfermagem e Prevenção de doenças, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre os descritores foi cruzado entre eles o operador booleando AND.

Para a busca adotou-se a estratégia PICO (P = população ou problema, I = intervenção, C = comparação, e O = resultados), a partir da qual foram elaboradas equações de busca para coleta dos artigos. O Quadro 1 abaixo apresenta a forma como se deu o cruzamento dos termos e as equações de busca dos resultados.

Acrônimo	Descritor/palavras-chave	Equação de busca
P	Climatério	Climatério
I	Cuidados de Enfermagem	Cuidados de Enfermagem
C	-	-
O	Prevenção de Doenças	Prevenção de Doenças
Equação geral de busca	Ciência Direta = Cuidados de Enfermagem AND Prevenção de Doenças	
	BVS = ((Cuidados de Enfermagem) AND (Prevenção de Doenças)) AND Climatério	

Quadro 1 - Estratégia PICO para busca dos dados. Teresina, 2019.

Fonte: Pesquisa direta.

Com a aplicação das equações gerais de busca apresentadas no quadro, foram encontrados um total de 89 publicações. Optou-se pelas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline) e BDEF (Banco de Dados em Enfermagem). Como critério de inclusão, optou-se por artigos disponíveis na íntegra, nos idiomas português

e inglês, estudo de coorte, estudo de caso controle e publicados nos últimos 20 anos, delimitou-se o tempo porque na leitura dos artigos mais antigos o que eles traziam não corresponde mais com o tema. E foi retirado do estudo teses, dissertações, duplicidades e os não relacionados ao tema, totalizando 23 estudos para análise, sendo 9 na LILACS, 2 MEDLINE e 12 na BDEF.

3 | RESULTADOS

A literatura relata que para as mulheres sejam acometidas por algumas alterações, eles costumam ter alguns comportamentos, dentre os quais, destaca-se quadro 1.

Fumo	Alimentação inadequada	Sedentarismo
------	------------------------	--------------

Quadro 1: Comportamentos que influenciam no surgimento de alterações biopsicossociais. Teresina, 2019.

Fonte: Pesquisa direta.

Já no quadro 2, existe as quatro principais alterações que mais acometem as mulheres no período supracitado.

Ansiedade	Irritabilidade	Depressão	Diminuição da Libido
-----------	----------------	-----------	----------------------

Quadro 2: Principais alterações biopsicossociais que acomete as mulheres no climatério.

Fonte: (LOMÔNACO; TOMAZ; RAMOS, 2015).

4 | DISCUSSÃO

As mulheres começam a perceber a chegada desse processo a partir de 45 anos e meio, mas isso pode variar até os 47,5 anos por causa de predisposições genéticas ou por influência de hábitos de vida. Dentre elas as de maior destaque é o comportamento da mulher.

Quando a mulher se expõe descontroladamente a esses tipos de fatores ela aumenta suas chances de ter um maior número de sintomas patológicos durante o climatério. Na última década tem aumentado o número de mulheres que praticam o uso do fumo, pratica essa que era mais comum aos homens, as mulheres também estão passando a se alimentar cada vez pior e também praticar menos exercício físico, isso se explica devido as mulheres hoje ocuparem as mesmas funções dos homens, ficando assim longe de casa e sem opção para uma alimentação adequada e conseqüentemente sem tempo para a

prática do exercício físico (COLPANI *et al.*, 2014).

O tabagismo, em especial, tem se mostrado extremamente nocivo à mulher climatérica, contribuindo para uma maior deterioração da sua qualidade de vida, devendo ser combatido nessa fase. Os seus malefícios incluem a doença bronco-pulmonar obstrutiva crônica, o câncer de pulmão e o maior risco cardiovascular. A nicotina estimula ainda a secreção de serotina e de dopamina, causando ansiedade e até euforia, além de interferir na globulina carreadora de estrogênio, agravando os sintomas climatéricos e o risco de osteoporose (VIDAL *et al.*, 2012).

Dentre os agravos à saúde mais prevalentes no climatério, grande parte relaciona-se direta ou indiretamente à ingestão inadequada de alimentos, quer seja em excesso ou deficiência por longos períodos (LORENZI, 2005).

Freitas (2016) diz que as queixas mais frequentes no climatério são a ansiedade e a irritabilidade, devido a diminuição dos hormônios estrogênio e progesterona. Entretanto a depressão pode estar mais relacionada às alterações do relacionamento com os filhos, estado conjugal e outros eventos da vida. O climatério é ignorado e negligenciado por muitas pessoas na sociedade, tais como filhos, netos, parentes e amigos. Com a diminuição dos hormônios e a interação familiar prejudicada, a mulher sofre a redução da libido, o que a leva a uma fase triste que lembra de envelhecimento.

Com a chegada dessas alterações no corpo das mulheres nessa fase, ocorre também a chegada de sintomas desagradáveis que se dividem em vasomotores e osteoporose. Os vasomotores se subdividem em Fogacho e palpitações. Fogacho é a impressão de calor súbita, costuma ser mais intenso no rosto pescoço e mamas. Já as palpitações é a sensação de que o coração está acelerado. A osteoporose nada mais é que a perda de massa óssea, o que é bastante comum com a chegada da idade (VALENÇA; NASCIMENTO; GERMANO, 2010).

A principal atitude do profissional de saúde frente a uma mulher climatérica, deve ser preventiva, mediante a promoção do esclarecimento e do autoconhecimento, tendo em vista a preparação dessa mulher para enfrentar e superar as modificações e transtornos que possam ocorrer. É importante registrar que o atendimento de saúde das mulheres climatéricas deve ser direcionado às suas prementes necessidades de orientação e ao desenvolvimento de um programa de atenção que contemple a troca de informações e experiências vividas e permitam acesso aos meios disponíveis, para que elas alcancem a autovalorização e a auto-estima, fundamentais para o resgate do bem-estar e de vida longa, digna e saudável. (SILVA *et al.*, 2003)

Milanez *et al.* (2004) descreve que a assistência a saúde da mulher no climatério deve ser realizada através dos determinados métodos: programas institucionalizados educativos para a população feminina; dos serviços de saúde, preferência para assistência em grupos de autoajuda, parcerias para as ações preventivas, curativas e de reabilitação dos agravos, apoio psicológico, assim como atualização dos profissionais de enfermagem

para melhor atender as mulheres na fase do climatério.

5 | CONCLUSÃO

Tendo em vista que as mulheres pesquisadas na literatura têm pouco conhecimento sobre o climatério e que, em a maioria, experimentam problemas emocionais e dificuldades em vivenciar sua sexualidade. A equipe de saúde tem um grande papel, que é propiciar orientação, informação e educação adequadas como forma de prevenir ou superar as alterações desagradáveis de comportamento e mudanças ocorridas tanto no âmbito pessoal como no familiar. Com vista à melhoria da saúde da mulher no climatério é necessário também atentar para os problemas na sua totalidade, pois a saúde depende de fatores físicos, psicológicos e sociais, além de fatores externos e culturais como os valores e as condições de vida.

REFERÊNCIAS

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CLIMATÉRIO - SOBRAC. **Terapêutica hormonal na peri e na pós-menopausa**. Consenso da SOBRAC. 2004.
2. ASSUNÇÃO, S et al. Qualidade de vida de mulheres climatéricas. **Integração do conhecimento médico, em prol da qualidade de vida**, v. 15, n. 2, p. 80-3, 2017. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&lr=lang_pt&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2010&as_yhi=2019&q=ASSUN%C3%87%C3%83O+2015+CLIMAT%C3%89RIO&btnG=. Acesso em 15 de Abr de 2019.
3. BARRETO, A *et al.*. Atividade física na saúde e qualidade de vida de mulheres climatéricas. **Cinergis**, v. 16, n. 3, 2015. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/6324>. Acesso em 20 Mar de 2019.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa-Brasília: Editora do Ministério da Saúde**, 2008.192 p.-(Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais Direitos Reprodutivos- Caderno, n.9).
5. COLPANI et al. Atividade física de mulheres no climatério: comparação entre auto-relato e pedômetro. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 258-265, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2014.v48n2/258-265/pt/>. Acesso em 21 de Mar de 2019.
6. FREITAS, E. R et al. Educação em saúde para mulheres no climatério: impactos na qualidade de vida. **Reprodução & Climatério**, v. 31, n. 1, p. 37-43, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S141320871600008X>. Acesso em: 03 de abr de 2019.
7. LOMÔNACO, C; TOMAZ, R.A.F; RAMOS, M. T. O. O impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho. **Reprod Clim** v. 30, n. 2, p. 58-66, 2015. Disponível em: <http://recli.elsevier.es/pt/o-impacto-da-menopausa-nas/articulo/S1413208715000412/>. Acesso em 30 de mar de 2019.

8. Lorenzi et al. "Fatores indicadores da sintomatologia climatérica." *Rev Bras Ginecol Obstet* 27.1 (2005): Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=lorenzi+2005+climat%C3%A9rio&btnG=. Acesso em: 03 Abr de 2019.
9. MILANEZ, M. et al. Percepção das mulheres sobre o climatério: bases para a Assistência de Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 198-204, 2004. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=milanez+climat%C3%A9rio&btnG=&lr=lang_pt&oq=milanez+climat. Acesso em 2 de jun de 2019.
10. MIRANDA, J. S et al. Qualidade de vida em mulheres no climatério atendidas na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 803-809, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/117853>. Acesso em 01 Abr de 2019.
11. SILVA, R et al. **Alterações biopsicossociais da mulher no climatério. Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 16, n. 2, 2003. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/408/40816206/>. Acesso em 02 de Jun de 2019.
12. VALENÇA, C. N; NASCIMENTO, J. M; GERMANO, R. M. Mulher no climatério: reflexões sobre desejo sexual, beleza e feminilidade. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 273-285, 2010.
13. VIDAL, P. M. et al. Mulher climatérica: uma proposta de cuidado clínico de enfermagem baseada em ideias freireanas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/2670/267024790019/>. Acesso em 02 de Jun de 2019.

CAPÍTULO 7

TRIAGEM NEONATAL SEGURA: ADAPTAÇÃO DE MATERIAIS PARA ELABORAÇÃO DE DISPOSITIVOS PARA O TESTE DO PEZINHO

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 19/06/2020

Nágela Bezerra Siqueira

Faculdade Princesa do Oeste (FPO)
Crateús-CE

<http://lattes.cnpq.br/7906397041326898>

Dilene Fontinele Catunda Melo

Faculdade Princesa do Oeste
Crateús-CE

<http://lattes.cnpq.br/5962035812058006>

Francisca Mayra de Sousa Melo

Faculdade Princesa do Oeste
Crateús-CE

<http://lattes.cnpq.br/5652867538733693>

Maria da Conceição dos Santos Oliveira Cunha

Faculdade Princesa do Oeste
Crateús-CE

<http://lattes.cnpq.br/7987939552196253>

Francisco Jardel Ferreira Lima

Faculdade Princesa do Oeste (FPO)
Crateús-CE

<http://lattes.cnpq.br/9553209090652582>

Fernanda Alalia Braz de Sousa

Faculdade Princesa do Oeste (FPO)
Crateús-CE

<http://lattes.cnpq.br/5713236356265394>

Matheus Gomes Andrade

Faculdade Princesa do Oeste (FPO)
Crateús-CE

<http://lattes.cnpq.br/9159202211572002>

José Fernando Martins Sousa

Faculdade Princesa do Oeste (FPO)
Crateús-CE

<http://lattes.cnpq.br/0956057730815473>

Antonia Dávila da Conceição Alves Dias

Faculdade Princesa do Oeste (FPO)
Crateús-CE

<http://lattes.cnpq.br/8164510030664880>

Paula Alves Camelo

Faculdade Princesa do Oeste (FPO)
Crateús-CE

<http://lattes.cnpq.br/8616836902914463>

Felícia Maria Rodrigues da Silva

Faculdade Princesa do Oeste (FPO)
Crateús-CE

<http://lattes.cnpq.br/3702688422946759>

Daielle Oliveira Miranda

Faculdade Princesa do Oeste (FPO)
Crateús-CE

<http://lattes.cnpq.br/7081946846573664>

Virlene Martins Alves

Faculdade Princesa do Oeste (FPO)
Crateús-CE

<http://lattes.cnpq.br/0896797367119665>

RESUMO: A Triagem Neonatal é definida como uma estratégia de saúde pública que visa evitar consequências diversas, como retardo mental irreversível provocado por hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria e hemoglobinopatias. Assim, os profissionais precisam estar capacitados para realizar orientações para os familiares sobre a importância do teste, principalmente, durante

o acompanhamento do pré-natal. Para isso, esse estudo teve como objetivo descrever a construção, confecção e a distribuição de um dispositivo para o exame da triagem neonatal. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência desenvolvido pelo Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Segurança do Paciente da Faculdade Princesa do Oeste - FPO. Localizada no município de Crateús-CE. O grupo é composto por treze acadêmicos e três coordenadores do curso de Bacharelado em Enfermagem. Diante da realidade vivenciada nas Estratégias de Saúde da Família no município supracitado, fora detectado a necessidade de construir uma tecnologia para armazenar de forma segura e eficaz os resultados dos Testes do Pezinho. Para essa construção, foi levada em conta às diretrizes do Ministério da Saúde (2016), que ressalta os cuidados pós-coleta para não interferir nos resultados da amostra. O dispositivo recebeu o nome de “Baby Care” e foi confeccionado usando os seguintes materiais recicláveis e de baixo custo: filtros de papel, cola, tesoura e tecido plástico para revestimento. Além disso, esse dispositivo pode organizar até três itens, com espaço localizado nas laterais do dispositivo para acomodar esses testes. Foi elaborado durante o período do mês de abril de 2019. Foram obtidos 22 dispositivos e distribuídos para todas as Unidades de Estratégias de Saúde da Família da sede. Deste modo, o Grupo Cuidar oferece às equipes de saúde uma melhoria na forma de organização dos testes refletindo positivamente a segurança do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Dispositivo, Enfermagem, Triagem Neonatal.

SAFE NEONATAL SCREENING: ADAPTATION OF MATERIALS FOR THE CONSTRUCTION OF DRYING DEVICES

ABSTRACT: A Neonatal Screening is defined as a public health strategy that aims to avoid several, such as irreversible mental retardation caused by congenital hypothyroidism, phenylketonuria and hemoglobinopathies. Thus, professionals need to be trained to provide guidance to family members about the importance of the test, especially during prenatal care. For this, this study aimed to describe the construction, manufacture and distribution of a device for the neonatal screening exam. This is a descriptive study, an experience report developed by the Study, Research and Extension Group on Patient Safety at Faculdade Princesa do Oeste - FPO. Located in the municipality of Crateús-CE. The group consists of three academics and three coordinators of the Bachelor of Nursing course. Given the reality experienced in the Family Health Strategies in the aforementioned municipality, to detect the need to build a technology to store the results of the tests safely and effectively. For this construction, the guidelines of the Ministry of Health (2016) were taken into account, which emphasizes post-collection care so as not to interfere with the sample results. The device was named “Baby Care” and was made using the following low-cost recyclable materials: paper filters, glue, scissors and plastic fabric for coating. In addition, this device can organize up to three items, with space located on the sides of the device to accommodate these tests. It was prepared during the period of April 2019. There were 22 devices and distributed to all the Family Health Strategy Units at the headquarters. In this way, the Care Group offers healthcare teams an improvement in the way tests are organized, positively reflecting patient safety.

KEYWORDS: Device. Nursing. Neonatal screening.

1 | INTRODUÇÃO

A Triagem Neonatal, também conhecida como Teste do Pezinho, é uma estratégia de Saúde Pública que visa à prevenção de inúmeras sequelas, como o retardo mental irreversível e outros agravos provocado por Hipotireoidismo congênito, Fenilcetonúria e Hemoglobinopatias (BVS, 2015). Tal estratégia consiste em um exame simples, onde é recolhido o sangue do calcanhar do bebê, levado a laboratório para leitura da amostra e diagnóstico. Exame indispensável que, se possível, deve ocorrer entre o 3º e 7º dia de vida, não sendo inferior a 48 horas de alimentação proteica (amamentação) e nunca superior a 30 dias de vida, o que pode gerar um falso-negativo ou falso-positivo, interferindo no resultado (ARDUINA et al, 2017).

O teste do pezinho recebeu caráter obrigatório a partir de 1992, com a Portaria GM/MS n. 22 de 15 de janeiro de 1992, que torna obrigatória a inclusão no Planejamento das Ações de Saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal, do Programa de Diagnóstico Precoce do Hipotireoidismo congênito e Fenilcetonúria (OLIVEIRA & SOUZA, 2017).

Em 2001, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), com o objetivo de ampliar o rastreio as doenças clássicas e identificando também outras doenças congênitas, como Hemoglobinopatias e Fibrose cística. Além disso, o PNTN investiu em uma abordagem profunda, envolvendo detecção precoce, ampliação da cobertura populacional, busca ativa de pacientes, confirmação de diagnóstico, acompanhamento e tratamento adequado, desenvolvendo também um sistema de informações para cadastro das pessoas com diagnóstico positivo (SILVA et al, 2015).

Todos os estados brasileiros contam com Serviços de Referência em Triagem Neonatal e postos de coleta, que, geralmente, situam-se nas Unidades Básicas de Saúde (REIS & PARTELLI, 2014). Aparenta ser um exame simples, mas torna-se indispensável, que os profissionais estejam devidamente capacitados para que consigam explicar a seriedade deste teste aos familiares, como também para o momento da coleta, que deve ocorrer com toda segurança e aparato necessário.

Assim, ganha destaque a Enfermagem, peça importante e intransferível no PNTN. Haja vista que é o profissional de enfermagem quem mais interage com a demanda alvo: a mãe e o neonato. Desde o pré-natal, nas Unidades Básicas de Saúde, é esse profissional quem deve explicar e orientar a gestante que quando o seu bebê nascer ele fará um exame, na alta da maternidade, chamado “teste do pezinho” (SILVA et al, 2017).

A técnica de coleta das amostras sanguíneas para o Teste do pezinho é uma ação da enfermagem e o procedimento deve acontecer de maneira elaborada a fim de obter resultados fidedignos. Para isso, é necessário preencher de forma correta a ficha de coleta, pois é nela que se encontram todas as informações pertinentes sobre o recém-nascido, e se ocorrer à reconvocação do bebê para nova coleta, seja por produto modificado ou erro técnico, a busca ativa da genitora será mais eficiente. O manejo do teste deve ser feita em

ambiente tranquilo e sem umidade, para que os pacientes envolvidos sintam-se mais à vontade, facilitando a coleta (SILVA, 2012).

Sendo assim, o teste é feito através de uma punção em uma das regiões laterais do pé do recém-nascido para a obtenção das gotinhas de sangue. Este procedimento é feito desta forma para evitar atingir o osso do calcânhar (ALVES & ZAMBRANO, 2011). É importante ressaltar que se faz necessário esperar o sangue fluir de forma natural e espontânea, com isso evita-se realizar a “ordenha”, pois esta manobra permite a liberação de plasma do tecido, diluindo assim a amostra colhida, em seguida, preencher os círculos do papel filtro com sangue (LABORATÓRIO DE TRIAGEM NEONATAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

De acordo com Brasil (2016), Manual Técnico de Triagem Neonatal Biológica, sobre o momento da coleta do sangue com o papel, é importante colher de modo que se faça giros com o papel, não deixando coagular o sangue no pezinho e nem no papel durante o procedimento. A camada de sangue deve ser fina e homogênea, sem excesso ou manchas, permitindo que o sangue preencha a superfície do círculo completamente. Além disso, não deve ser aplicado o sangue mais de uma vez no mesmo círculo e nunca utilizar o verso do papel para preencher o círculo, pois o sangue deve atravessar o papel naturalmente.

O Manual Técnico de Triagem Neonatal Biológica (2016) ainda detalha que as amostras bem colhidas, se observadas contra a luz quando ainda molhadas, devem ter aspecto homogêneo e transparente. O sangue coletado no papel filtro deve ser submetido a um processo de secagem por pelo menos duas, três horas em temperatura ambiente (15° a 20°C), posicionado na horizontal, evitando contato em qualquer superfície, depois de seco deve adquirir cor amarronzada. Após isso, deve-se envolvê-lo em sacos plásticos específicos e guardá-los na geladeira ou em caixas de isopor (LABORATÓRIO DE TRIAGEM NEONATAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Este estudo teve como objetivo descrever a construção, confecção e aplicação de uma tecnologia leve-dura para ser utilizada como suporte para as amostras do teste do pezinho. A confecção e aplicação dos dispositivos foram desenvolvidas, de modo que amparassem todas as normas do Ministério da Saúde a respeito de utensílios para armazenamento do teste. Conciliando com a necessidade que as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) geralmente se encontram, devido a rotina e espaço. Abrangendo também o objetivo do Grupo Cuidar, que é centrado na segurança do paciente, sendo este um dos grandes desafios encontrado nas UAPS.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, elaborado no pelo Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Segurança do Paciente da Faculdade Princesa

do Oeste – FPO, constituídos com treze acadêmicos e três coordenadoras do curso de Bacharelado em Enfermagem. O objetivo principal do grupo foi intervir na realidade da produção dos serviços de enfermagem, a partir do desenvolvimento de práticas de educação em saúde na rede de ensino básico, abordando temas transversais relacionados à saúde e a Segurança do Paciente.

As pesquisas descritivas, por sua vez, têm por objetivo descrever criteriosamente os fatos e acontecimentos de determinada realidade, de forma a obter informações a respeito daquilo que já se definiu como problema a ser investigado (AUGUSTO, 2013). Diante da realidade vivenciada nas Estratégias Saúde da Família do município de Crateús-CE, houve necessidade da construção de uma tecnologia leve-dura para armazenar de forma segura e eficaz amostras do Testes do Pezinho. Assim, os acadêmicos foram divididos em cinco duplas e um trio a fim de produzir um modelo adequado.

Os integrantes do grupo foram divididos em seis duplas para criação de um instrumento que permitisse o amparo dos testes, limpeza, segurança e fosse de baixo custo. Os materiais utilizados foram rolos de tecido de “plástico”, que foram doados e reaproveitados, cortados e cobertos com tecido de mesa plástico ou adesivo. Após a escolha do modelo adequado o dispositivo recebeu o nome de “*Baby care*”. Cada dupla e o trio do Grupo Cuidar ficou responsável pela elaboração de dois dispositivos para distribuição nas Unidades de Crateús, obtendo um total de 24 dispositivos, onde foram distribuídos e explicados sua finalidade. As equipes divididas realizaram capacitações nas Unidades, a respeito de como realizar o procedimento da coleta do sangue para o Teste do pezinho, de acordo com as normas do Ministério da Saúde e de como utilizar o *Baby care*, ao final foram distribuídos duas unidades do dispositivo para cada profissional das UAPS.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Grupo Cuidar: Estudo, Pesquisa e Extensão em Saúde e Segurança do Paciente tem o objetivo de contribuir com a comunidade na área da saúde, obedecendo ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, sendo este tripé o eixo fundamental da Faculdade Princesa do Oeste. Onde o estudo e a pesquisa são capazes de fomentar o conhecimento necessário e estimular a busca por novos métodos, identificar problemáticas, já a prática e a extensão oferecem a oportunidade de exercer tal entendimento, intervir e contribuir de maneira ativa. O Grupo Cuidar é capaz de oferecer essas três vivências na área da Saúde, dentro do contexto da Enfermagem, seja no âmbito da atenção primária, secundária ou terciária.

Esse trabalho mostrou que a construção e distribuição dos dispositivos para acomodação e secagem do teste do pezinho, visto a necessidade em que as Unidades Básicas de Saúde se encontravam, foram de grande valia para as UAPS e para os acadêmicos de Enfermagem. Partindo dessa realidade, com iniciativa do Grupo Cuidar:

Estudo, Pesquisa e Extensão em Saúde e Segurança do Paciente, após as observações dos integrantes em campo de prática curricular, foram decisivos para a criação destes dispositivos.

O dispositivo consiste em formato de um cilindro que fica posicionado na vertical, de modo com que fique estático e os espaços destinados para o encaixe dos testes permitem ser colocados na horizontal. O encaixe deve ocorrer bem próximo da amostra, fora aconselhado alternar os testes, de modo com que o sangue de cada amostra não fique do mesmo lado do outro teste, com espaço de pelo menos uma amostra alternada. A cada uso do *Baby care* é necessário desinfetá-lo para diminuição de qualquer risco iminente e deve ser colocado em local específico e reservado, de acordo com as normas do Ministério da Saúde.

A finalidade do *Baby care* é oferecer maior segurança aos testes do pezinho, visto que, na maioria das vezes, as amostras não possuem local adequado para a realização da secagem, fazendo com que as amostras fiquem expostas a riscos. Conseqüentemente, realizando a convocação do paciente junto aos pais, para realizar novamente a coleta, o que gera transtorno e incômodo. O *Baby care*, possui estrutura que oferece suporte e espaço para três testes cada, seguindo a orientação do Ministério da Saúde (2016), em que os testes devem ficar posicionados na horizontal enquanto realiza o processo de secagem. Permitindo com que sejam fixados e não corram o risco de entrar em contato com líquidos e substâncias em superfícies. Por ser coberto por toalha plástica ou adesivo, possibilita a limpeza com álcool 70% ou hipoclorito de sódio a 2,5%.

Outro aspecto relevante desse estudo foi a possibilidade que essa construção forneceu aos discentes integrantes do Grupo Cuidar. Já que conheceram o cotidiano das Unidades de Saúde selecionadas. Assim, possibilitou que essa experiência repercutisse positivamente nas UAPS locais, após o Grupo Cuidar perceber a necessidade de um local adequado para os teste pós-coleta e ter sido capaz de intervir de maneira significativa e acessível. Além disso, é importante frisar que as Intervenções de Enfermagem devem ser voltadas não somente para o cuidado do paciente, mas também ao cuidado coletivo. Percebe-se também que, ao se identificar uma demanda no ambiente laboral dos profissionais, possibilita a redução de possíveis erros quanto ao recebimento e organização durante a secagem, facilitando a rotina dos profissionais de saúde e tornando menos suscetível a falhas. Ademais, essas ações proporcionam segurança e fidedignidade na realização dos testes, proporcionando a população confiança para com as Unidades e os profissionais de saúde da Rede Pública.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dessa iniciativa, os acadêmicos do Curso de Bacharelado em Enfermagem da FPO, Grupo Cuidar, puderam atuar como protagonistas em resolução da questão levantada em meio prático, como também forneceu a oportunidade de operar realizando intervenções que são benéficas à saúde da família, em especial do neonato, garantindo

segurança ao exame. Essa experiência fortalece a imagem do Enfermeiro como líder atuante na UAPS, sendo este capaz de notar e resolver questões do cotidiano. O Grupo Cuidar foi responsável por ter proporcionado todas essas experiências aos membros, além de promover o trabalho em equipe e a construção de vínculo com os profissionais das unidade de saúde.



Figura 01: *Baby care* sendo utilizado em uma UAPS.

REFERÊNCIAS

ALVES, N.; ZAMBRANO, E. **Teste do Pezinho: A Opinião das Mães sobre a Realização do Exame Concomitante a Amamentação.** Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente, v.13, n.17, p.115-133, São Paulo-SP, 2011.

ARDUINA, G. Abadia Oliveira et al.,. **Conhecimento das puérperas sobre o teste do pezinho.** Rev. Paul. Pediatr. 2017;35(2):151-157.

AUGUSTO, C. A.; et al. **Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011).** RESR, Piracicaba- SP; Vol. 51, Nº 4, p. 745-764. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. **Teste do pezinho.** 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2123-teste-do-pezinho>. Acesso: 24/07/2019.

LABORATÓRIO DE TRIAGEM NEONATAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas do Teste de Triagem Neonatal**. 2011. Disponível em: <http://www.hcrp.fmp.usp.br/sitehc/upload%5CMANUAL%20DE%20INSTRU%C3%87%C3%95ES%20DO%20TESTE%20DO%20PEZINHO%202011.pdf>.

OLIVEIRA, Eva Fernandes; SOUZA, Anderson Pereira Souza. **A Importância da Realização Precoce do Teste do Pezinho: O Papel do Enfermeiro na Orientação da Triagem Neonatal**. Id on Line Rev. Psic. V.11, N. 35. Maio/2017

SILVA, C. de A. et al.,. **Triagem neonatal de hemoglobinopatias no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: análise de uma série de casos**. Rev. Paul. Pediatr. 2015;33 (1):19-27.

SILVA, Fabíola Assis. **Teste Do Pezinho: Adesão dos Pais**. 2017. 38f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul - RS.

SILVA, T. S. **Nível De Conhecimento Das Puérperas Sobre A Importância Da Realização Do Teste Do Pezinho Em Um PSF No Município De Caculé – Ba**. Vitória da Conquista- BA, 2012.

REIS, Elisama Ferraz Sousa; PARTELLI, Adriana Nunes Moraes. **Teste do Pezinho: conhecimento e atitude dos profissionais de enfermagem**. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research, v. 16, n. 1, 2014.

CAPÍTULO 8

CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS ACERCA DOS EFEITOS COLATERAIS DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO EM CRIANÇAS ONCOLÓGICAS

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 10/06/2020

Luana Azevedo Maia

Faculdade Quixeramobim (UNIQ)
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-8272-033X>

Eryjosy Marculino Guerreiro Barbosa

Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-2675-7023>

Cicera Brena Calixto Sousa

Escola de Saúde Público do Ceará (ESP-CE)
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-7280-3537>

Nahyanne Ramos Alves Xerez

ESTÁCIO
Fortaleza- Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-3736-0133>

Kaila Andréa da Silva Cunha

Faculdade de Quixeramobim (UNIQ)
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0001-9815-5366>

Maria Conceição Mota Maciel

Faculdade de Quixeramobim (UNIQ)
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0001-7750-8871>

Mayara Sousa do Nascimento

Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-1401-6735>

Lêda Cláudia Silva da Silva

Universidade Federal do Pará (UFPA)
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-7591-6713>

Jandira Márcia Sá da Silva Cordeiro

Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Fortaleza- Ceará
<https://orcid.org/0000-0001-6003-3072>

Diana Carla Pereira da Silva

Universidade Federal do Ceará (UFC)
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-0450-0187>

Thays Silva de Souza Lopes

Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE)
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0001-9012-3917>

Cesariana Excelsa Araújo Lopes da Silva

Faculdade Metropolitana do Vale do Aço
(FAMEV)
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-8039-8332>

RESUMO: Objetivo: Descrever o conhecimento de enfermeiros acerca dos efeitos colaterais decorrentes do tratamento quimioterápico em crianças oncológicas. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória de abordagem qualitativa, realizada em um hospital pediátrico no setor da oncologia, com 15 enfermeiros que trabalham na unidade. Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada com as participantes. Resultados e Discussão: Entre as três categorias

elaboradas sobre: Conhecimento de enfermeiros sobre o tratamento quimioterápico; Efeitos colaterais do tratamento quimioterápico; Intervenções de enfermagem para aliviar os efeitos colaterais. Os enfermeiros têm conhecimento sobre o que é e quais os efeitos colaterais existentes, porém, as intervenções são de conduta médica, a enfermagem não tem um protocolo de assistência. Conclusão: Os profissionais apresentam dificuldade para elaborar as intervenções de enfermagem, torna-se necessário a capacitação daqueles que trabalham no setor oncológico.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de Enfermagem, Câncer Infantil, Quimioterapia.

KNOWLEDGE OF NURSES ABOUT THE COLLATERAL EFFECTS OF CHEMOTHERAPY TREATMENT IN ONCOLOGICAL CHILDREN

ABSTRACT: Objective: To describe the knowledge of nurses about the side effects of chemotherapy treatment in oncological children. Methodology: This is a descriptive-exploratory qualitative approach, carried out in a pediatric hospital in the oncology sector, with 15 nurses working in the unit. Data were collected through a semi-structured interview with the participants. Results and Discussion: Among the three categories elaborated on: Nurses' knowledge about chemotherapy treatment; Side effects of chemotherapy treatment; Nursing interventions to alleviate side effects. Nurses are aware of what is and what side effects exist, however, the interventions are of medical conduct, nursing does not have a protocol of care. Conclusion: The professionals present difficulties to elaborate the nursing interventions, it becomes necessary the training of those who work in the oncology sector.

KEYWORDS: Nursing Assistance, Childhood Cancer, Chemotherapy.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer é crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontrolláveis, determinam a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. Os tumores podem ter início em diferentes tipos de células. Quando começam em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas. Se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como osso, músculos ou cartilagem, são chamados de sarcomas (INCA, 2016).

As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de uma sociedade. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas (INCA, 2016).

O câncer infantil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais. No Brasil, é a segunda causa de morte em crianças e adolescentes, entre um e dezenove anos de idade. Além disso, é um acontecimento devastador, não apenas na vida da criança, mas também na vida de seus

familiares (CRUZ *et al.*, 2014).

Os tumores mais frequentes na infância e na adolescência são as leucemias (afetam os glóbulos brancos), os do sistema nervoso central e linfomas (sistema linfático). Também acometem crianças e adolescentes o neuroblastoma (tumor de células do sistema nervoso periférico, frequentemente de localização abdominal), tumor de Wilms (tipo de tumor renal), retinoblastoma (afeta a retina, fundo do olho), tumor germinativo (das células que vão da origem aos ovários ou aos tecidos), osteosarcoma (tumor ósseo) e sarcomas (tumor de partes moles) (FONSECA; PEREIRA, 2013)

Estima-se que ocorrerão cerca de 12.600 casos novos de câncer em crianças e adolescentes no Brasil por ano em 2016 e em 2017. As regiões Sudeste e Nordeste apresentarão os maiores números de casos novos, 6.050 e 2.750, respectivamente, seguidas pelas regiões Sul (1.320), Centro-Oeste (1.270) e Norte (1.210) (INCA, 2016).

Nas últimas quatro décadas, o progresso no tratamento do câncer na infância e na adolescência foi extremamente significativo. Hoje, em torno de 70% das crianças e adolescentes acometidos de câncer podem ser curados, se diagnosticados precocemente e tratados em centros de especialização. A maioria deles terá boa qualidade de vida após o tratamento adequado (INCA, 2016).

A quimioterapia é uma modalidade terapêutica importante para o câncer, representa pelo emprego de substâncias químicas isoladas, ou em combinação, que interferem no processo de crescimento e de divisão celular, destruindo as células tumorais e também agredindo as células normais que possuem características semelhantes. Atualmente, a quimioterapia é, entre as modalidades de tratamento, a que possui maior incidência de cura em diversos tumores, e a que mais aumenta a sobrevida do portador de câncer. Pode-se classificá-la em quimioterapia neoadjuvante quando administrada antes de um procedimento cirúrgico, com os objetivos de avaliar a resposta antineoplásica e de reduzir o tumor, e em quimioterapia adjuvante, administrada após o tratamento cirúrgico, com a finalidade de erradicar possíveis micrometástases (GUIMARÃES *et al.*, 2015).

Dentre os efeitos colaterais decorrentes do tratamento quimioterápico destacam-se náuseas, vômitos, alopecia, mucosite, neutropenia febril e disfunção reprodutiva, não excluindo as alterações emocionais, que podem contribuir até mesmo para a desistência do tratamento (GOZZO *et al.*, 2015).

Assistência de enfermagem diante dos efeitos colaterais desenvolve-se pelos cuidados preventivos, curativo e paliativo. Tem como principais objetivos e metas: preparar a criança e a família para os procedimentos terapêuticos; prevenir, detectar e controlar as infecções; detectar e controlar hemorragias, anemia, sinais de toxicidade pós-quimioterapia; prevenir e controlar náuseas e vômitos, mucosite, fissura anal, cistite hemorrágica; controlar neuropatia periférica; prevenir e controlar a dor (FONSECA; PEREIRA, 2013).

Diante do exposto, surgiram as seguintes questões norteadoras: Qual o conhecimento de enfermeiros acerca dos efeitos colaterais decorrentes do tratamento quimioterápico em

crianças oncológicas? Que intervenções são realizadas por estes profissionais para o alívio desses sinais e sintomas?

A principal motivação para realização desse estudo parte da experiência da pesquisadora enquanto profissional da saúde de um hospital terciário, onde se deparou com um grande número de crianças em tratamento quimioterápico e a necessidade de maiores conhecimentos acerca dos efeitos colaterais decorrente das quimioterapias.

O estudo torna-se relevante por contribuir para uma identificação mais precisa dos enfermeiros que trabalham na unidade pediátrica oncológica, permitindo uma maior avaliação aos resultados obtidos pelo tratamento quimioterápico.

Os objetivos do estudo foram: traçar o perfil do enfermeiro que atua na unidade oncológica de um hospital infantil, descrever o conhecimento de enfermeiros acerca dos efeitos colaterais decorrentes do tratamento quimioterápico em crianças oncológicas e apresentar as principais intervenções de enfermagem para alívio dos efeitos colaterais.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória; segundo Minayo (2011), o estudo descritivo tem como propósito observar, descrever, explorar, classificar e interpretar aspectos de fatos ou fenômenos e o exploratório tem a finalidade de esclarecer e proporcionar uma visão geral em dimensões mais ampliadas acerca de um determinado fato. O estudo qualitativo se caracteriza por não utilizar métodos estatísticos. É usado para sondar um problema, cujos métodos estatísticos não conseguem resolubilidade por causa da dificuldade do problema (RODRIGUES *et al.*, 2014).

O estudo foi realizado em um hospital infantil, no setor de oncológico pediátrico. Este é caracterizado por ter uma estrutura adequada e com suporte que favorece um atendimento de qualidade desde o início até o final do tratamento. É composto por unidade de internação, unidade de terapia intensiva (UTI) oncológica, centro cirúrgico, quimioterapia sequencial e ambulatório.

Participaram desse estudo 15 enfermeiros que trabalham na unidade de oncológica de um hospital infantil, tendo como critério de inclusão: enfermeiros que atuam na unidade há mais de seis meses e critério de exclusão: enfermeiros que estejam de licença ou férias no período de coleta de dados.

Os dados foram coletados durante os meses de agosto e setembro de 2017, através de uma entrevista semiestruturada com as participantes. Além de traçar o perfil dos profissionais, no momento seguinte foi aplicada uma entrevista composta por três perguntas abertas cujos sujeitos tiveram liberdade para se expressar como preferiram. As perguntas foram: O que você conhece sobre tratamento quimioterápico? Fale sobre os efeitos colaterais mais apresentados pelas crianças em tratamento quimioterápico? Descreva as intervenções utilizadas pela equipe de enfermagem para aliviar esses efeitos

colaterais.

A entrevista é um diálogo entre o pesquisador e o sujeito tendo como base os objetivos do estudo, que no caso necessitar ser bem planejada para que o pesquisador possa realizá-la da melhor forma e que consiga os dados necessários (RODRIGUES *et al.*, 2014). A realização da entrevista foi em uma sala reservada, somente com o entrevistado e a entrevistadora, com duração de 2 a 5 minutos.

Ressalta-se que as entrevistas foram gravadas em um aparelho celular para assegurar a fidedignidade dos dados e transcritos, após a transcrição dos dados do arquivo foram excluídos.

Os dados obtidos gravados foram transcritos na íntegra. Esses dados foram analisados de acordo com o que diz Minayo (2010), descreve e documenta a fala dos sujeitos, identifica e categoriza as falas, observa se terá saturação ou não das ideias como também se existirão conceitos semelhantes ou distintos. E por fim, as falas foram sintetizadas, feita uma análise referente à organização, os achados foram analisados e definidos desta forma.

Os aspectos éticos estarão presentes no decorrer do estudo, embasados na resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta estudos envolvendo seres humanos respeitando os princípios da bioética, todo o estudo incluindo a coleta de informação ou de materiais, será submetida à aprovação do comitê de ética e pesquisa (BRASIL, 2012). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, com o número de parecer: 2.172.658, em 14 de julho de 2017.

Foi exposto o objetivo do estudo no qual os sujeitos assinaram o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que foi impresso em duas vias onde uma ficou com o sujeito e a outra com o pesquisador que se responsabilizou pela guarda do documento durante cinco anos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fizeram parte desse estudo 15 profissionais enfermeiros que atuam nos setores pesquisados.

A maioria dos participantes eram do sexo feminino (94%) e 1 do sexo masculino (6%), a idade variou entre 20 a 30 anos (26%) e acima de 30 anos (74%), o tempo que trabalha na área da oncologia foi de 6 meses a 1 ano (54%) e acima de 1 ano (46%). A maioria dos participantes tem titulação de pós-graduação (87%), sendo que (74%) tem especialização em oncologia e (26%) em outras áreas. Verificou-se que (74%) dos entrevistados trabalha em outro setor e (26%) é exclusivo da oncologia (Tabela 1).

VARIÁVEL	Nº	%
SEXO		
Feminino	14	94
Masculino	01	6
IDADE		
20 aos 30 anos	04	26
Acima de 30 anos	11	74
TITULAÇÃO		
Pós-graduação	13	87
Outros	02	13
TEMPO NA UNIDADE		
6 meses a 1 ano	08	54
Acima de 1 ano	07	46
ESPECIALIZAÇÃO		
Enfermagem Oncológica	11	74
Outros (Pediatria, Saúde Pública, Gestão Hospitalar, Auditoria).	04	26
TRABALHO EM OUTRO SETOR		
Sim	11	74
Não	04	26
TOTAL	15	100

Tabela 1: Distribuição dos participantes, segundo sexo, idade, titulação, tempo na unidade, especialização e trabalho em outro setor. Fortaleza, Ceará, 2017.

Conhecimento de enfermeiros sobre o tratamento quimioterápico

A partir das respostas dos sujeitos em relação ao conhecimento sobre o que é o tratamento quimioterápico e seus efeitos colaterais, percebe-se que a maior parte dos profissionais tem conhecimento sobre o tratamento quimioterápico. Ao falarem sobre o que é o tratamento, destaca-se:

Bom, eu conheço que as quimioterapias são medicações utilizadas no tratamento das doenças neoplásicas, onde muitas vezes ocorrem a morte das células doentes, assim como as células saudáveis...(E7)

(...) é um misto de várias medicações, de vários quimioterápicos onde vão combater as células neoplásicas e aí além de combater as células neoplásicas eles acabam matando, digamos assim, as células que são boas para o organismo...(E5).

A quimioterapia consiste no uso de drogas citotóxicas que devem ser administradas preferencialmente combinadas, afim de atuar em fases diferentes da divisão celular, destruindo as células que apresentam uma disfunção no seu processo de crescimento e

divisão. As drogas antineoplásicas podem atingir células normais, principalmente, aquelas que se renovam constantemente, causando ações adversas (MATOSO; ROSARIO, 2015).

Sabe-se que o câncer é uma patologia que tem em comum a proliferação descontroladas de células anormais, portanto a quimioterapia vai agir nessas células doentes, destruindo também as células boas.

São medicações utilizadas para tratar neoplasias, onde irá destruir células cancerígenas, além das células cancerígenas que são células ruins essas medicações destrói as células boas do nosso organismo, trazendo danos para os pacientes que são os efeitos colaterais (E15).

A quimioterapia é um tratamento de primeira escolha e muito agressivo(...) (E4).

Bem tratamento quimioterápico é um tipo de terapia para pacientes diagnosticados com câncer, existe vários tipos de terapias(...) (E8).

Existem várias modalidades de tratamento para o câncer infantil, sendo as principais a quimioterapia, a cirurgia e a radioterapia, aplicadas dependendo do tipo de tumor e de acordo com a extensão da doença. No entanto, a quimioterapia é a modalidade mais utilizada, podendo ser associada ou não as outras modalidades de tratamento (CRUZ *et al.*, 2014).

Atualmente, a quimioterapia é, entre as modalidades de tratamento, a que possuem maior incidência de cura em diversos tumores, e a que mais aumenta a sobrevida do portador de câncer. Pode-se classificá-la em quimioterapia neoadjuvante quando administrada antes de um procedimento cirúrgico, com os objetivos de avaliar a resposta antineoplásica e de reduzir o tumor, e em quimioterapia adjuvante, administrada após o tratamento cirúrgico, com a finalidade de erradicar possíveis micro metástases (GUIMARÃES *et al.*, 2015).

Efeitos colaterais do tratamento quimioterápico

Ao se referirem ao assunto em questão, as entrevistadas apontaram náuseas, vômitos, alopecia, mucosite, febre, dor, perda de apetite, diarreias, como os efeitos colaterais mais presentes nas crianças em tratamento. Existem quimioterapias que apresentam efeitos colaterais mais agressivos, citados pelas entrevistadas como neutropenia, imunossupressão, problemas cardíacos, renais e hematológicos.

Bom os efeitos colaterais mais comuns que agente vê no dia a dia são as náuseas, os vômitos e diarreias(...) (E7).

É basicamente os mesmos, vômitos, náuseas, emagrecimento, a queda de cabelo, dor (E9).

Os efeitos mais comuns são náuseas, vômitos, alopecia, mucosite, neutropenia, infecções decorrente da imunossupressão, em alguns casos problemas renais, cardíacos e hematológicos (E15).

Com relação a terapia antineoplásica, os principais efeitos colaterais são náuseas e vômitos, mucosite, diarreias, fadiga, perda óssea, dor, anemia, neutropenia e trombocitopenia. Cabe ao enfermeiro oncológico ter conhecimento sobre os principais efeitos colaterais dos protocolos de tratamento, orientar os pacientes e seus familiares e planejar estratégias para o manejo desses efeitos colaterais (FONSECA; PEREIRA, 2013).

De acordo com alguns pesquisadores, devido as drogas antineoplásicas serem inespecíficas, pode levar a diversos efeitos colaterais, principalmente, em células de produção rápida, como as da medula óssea, mucosa intestinal e folículos pilosos. Tais efeitos podem modificar a vida dos pacientes, fazendo com que a terapêutica seja interpretada como a perda do controle da vida muitas vezes por ser dolorosa (MATOSO; ROSÁRIO; MATOSO, 2015).

Observou-se que a enfermagem tem conhecimento acerca desses efeitos colaterais, sendo importante ressaltar que cabe a enfermagem desenvolver ações de educação em saúde durante todo o tratamento, a fim de favorecer uma melhor adaptação ao tratamento e promover o bem-estar dessas crianças, pois possuem um maior contato com eles, além de fazer parte do papel da enfermagem, a educação em saúde.

Intervenções de enfermagem para aliviar os efeitos colaterais

Quando as participantes responderam a questão sobre as intervenções de enfermagem para aliviar os efeitos colaterais, muitas respostas foram: comunicar ao médico, conduta medicamentosa e na unidade não tem intervenções específicas da equipe de enfermagem, ou seja, é tudo conduta médica e a enfermagem não tem um protocolo de assistência.

(...) agente aciona o médico, faz conduta de acordo como eles prescrevem (E1)

As intervenções são na maioria delas de conduta médica, a enfermagem segue a prescrição médica (...)(E6).

(...) só que agente no nosso setor não existe intervenções específicas da equipe de enfermagem para aliviar os efeitos colaterais dos quimioterápicos, somente medidas medicamentosas (E7).

Todas as crianças na unidade têm medidas preventivas que são as medicamentosas prescrita pelo médico, a equipe de enfermagem não tem um protocolo elaborado para prevenir esses efeitos colaterais, porém como enfermeiro oriento para evitar alimentação durante a administração dos quimioterápicos, ingestão de bastante líquidos, uso de máscara, higiene oral, uso de soluções para mucosite (E15)

Além de conhecer os efeitos colaterais possíveis de acontecer durante o tratamento quimioterápico, a equipe precisa dispor de conhecimento para as devidas intervenções. Observou-se no estudo que a maioria das entrevistadas não souberam descrever as intervenções da equipe de enfermagem para alívio desses efeitos colaterais, as ações são de conduta médica, ou seja, farmacológicas.

O cuidado integral ao paciente oncológico requer esforço conjunto de todo o sistema de saúde, desde a capacitação dos profissionais que prestam assistência direta ao paciente, para a identificação oportuna das complicações decorrentes do tratamento do câncer, até a infraestrutura do serviço que esse utilizará (GOZZO *et al.*, 2015).

Associada a essa afirmação, a Resolução do COFEN nº 2101/1988 dispõe que é de competência do enfermeiro o planejamento, a organização, a supervisão, a execução e a avaliação das atividades da enfermagem para os pacientes em tratamento quimioterápico antineoplásico, além de assistir de maneira integral os pacientes e seus familiares (GOZZO *et al.*, 2015).

4 | CONCLUSÃO

O estudo atendeu aos objetivos propostos, sendo possível a apresentação do perfil do enfermeiro que atua na unidade oncológica de um hospital infantil, a identificação do conhecimento de enfermeiros acerca dos efeitos colaterais decorrentes do tratamento quimioterápico em crianças oncológicas e das principais intervenções de enfermagem para alívio dos efeitos colaterais.

Diante da gravidade do tratamento quimioterápico e das consequências advindas dos efeitos colaterais, torna-se necessário a capacitação dos profissionais de saúde que atuam na área para uma melhor qualidade na assistência em oncologia.

Considerando a atuação dos enfermeiros, sobre os conhecimentos dos efeitos colaterais, observou-se que eles sabem identifica-los, porém as intervenções realizadas diante da ocorrência de efeitos colaterais precisam estar respaldadas por conhecimentos científicos, ou seja, a instituição precisa investir na qualificação dos profissionais que atuam no setor oncológico.

Mudanças como a utilização de protocolos operacionais e a adoção de impressos próprios para o registro dos efeitos colaterais consistem em estratégias para melhorar os cuidados prestados as crianças oncológicas dessa instituição.

REFERÊNCIA

BRASIL. Inca – Instituto Nacional do Câncer. **O que é o câncer**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/cancer.html>. Acesso em: 11 agos., 2016

CRUZ, E F *et. al.* **Orientações de enfermagem junto à criança em tratamento quimioterápico antineoplásico**. Rev. Eletr. Enf.[Internet], v. 16, n. 2, 2014.

FONSECA, S M; PEREIRA, S R. **Enfermagem em oncologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

GOZZO, T. O.; SOUZA, S. G.; MOYSÉS, A. M. B.; CARVALHO, R. A. O.; FERREIRA, S. M. A. **Conhecimento da equipe de enfermagem acerca de eventos adversos do tratamento quimioterápico**. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 14, n. 2, p. 1058-1066, 2015

GUIMARÃES, R. de C. R. et al. Nursing actions facing reactions to chemotherapy in oncological patients. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2440-2552, 2015.

MATOSO, L M L; ROSÁRIO, S S D; MATOSO, M B L. **As estratégias de cuidados para o alívio dos efeitos colaterais da quimioterapia em mulheres**. *Saúde (Santa Maria)*, v. 41, n. 2, p. 251-260, 2015.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 2010.

RODRIGUES, A. de J. et al. **Metodologia científica**. Aracaju: UNIT, 2014.

CAPÍTULO 9

AÇÕES REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS PARA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 09/06/2020

Jandira Márcia Sá da Silva Cordeiro

Faculdade Quixeramobim (UNIQ)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Fortaleza- Ceará
<https://orcid.org/0000-0001-6003-3072>

Polyana Carina Viana da Silva

Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-4795-1412>

Cicera Brena Calixto Sousa

Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE)
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-7280-3537>

Nahyanne Ramos Alves Xerez

ESTÁCIO
Escola Técnica da Grande Fortaleza (ETGF)
Fortaleza- Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-3736-0133>

Cesarina Excelsa Araújo Lopes da Silva

Faculdade Metropolitana do Vale do Aço
(FAMEV)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-8039-8332>

Janaína Calisto Moreira

Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE)
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-0435-1679>

Thays Silva de Souza Lopes

Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE)
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0001-9012-3917>

Emanuel Ferreira de Araújo

Faculdade Quixeramobim (UNIQ)
Faculdade FAMART
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-3604-6065>

Diana Carla Pereira da Silva

Universidade Federal do Ceará (UFC)
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0003-0450-0187>

Antonia Larissa Domingues da Silva

Faculdade de Quixeramobim (UNIQ)
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-3977-1369>

Luana Azevedo Maia

Faculdade de Quixeramobim (UNIQ)
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-8272-033X>

Talita de Oliveira Franco

Faculdade Metropolitana Vale do Aço
Fortaleza-Ceará
<https://orcid.org/0000-0002-7610-846X>

RESUMO: Este estudo trata-se de uma revisão integrativa que tem por objetivo sumarizar e sintetizar as discussões sobre as ações realizadas pelos enfermeiros para prevenção do câncer de colo uterino. As buscas foram realizadas nas bases: Scielo e Lilacs, com o cruzamento dos descritores: prevenção; câncer de colo uterino e

enfermagem. Dentro dos critérios de inclusão estabelecidos, foram selecionados 12 artigos. Após análise dos artigos, emergiram duas categorias: Coleta citopatológica e Educação em saúde. Os resultados mostraram que as mulheres desconheciam os fatores de risco envolvidos no câncer de colo uterino. A revisão mostra alguns motivos que levaram as mulheres a não realizar o exame papanicolau, sendo: desconhecimento da doença, medo na realização do exame, um resultado positivo e sentimento de vergonha. São necessárias ações educativas que tragam uma prática humanizada dos profissionais de saúde que resultem em impacto sobre o entendimento e compreensão das mulheres quanto à necessidade da prevenção.

PALAVRAS-CHAVE: Prevenção, Câncer de Colo Uterino, Enfermagem.

ACTIONS CARRIED OUT BY NURSES FOR THE PREVENTION OF UTERINE COLUMN CANCER: INTEGRATION REVIEW

ABSTRACT: This study is an integrative review that aims to summarize and synthesize the discussions about the actions performed by nurses to prevent cervical cancer. The searches were carried out at the bases: Scielo and Lilacs, with the cross-referencing: prevention; Cervical cancer and nursing. Within the established inclusion criteria, 12 articles were selected. After analyzing the articles, two categories emerged: cytopathological collection and health education. The results showed that women were unaware of the risk factors involved in cervical cancer. The review shows some reasons that led the women to not perform the pap smear, being: ignorance of the disease, fear in the test, a positive result and feeling of shame. Educational actions are required that bring a humanized practice of health professionals that result in an impact on women's understanding and understanding of the need for prevention.

KEYWORDS: Prevention, Cervical Cancer, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O processo de doença por Câncer coordena a formação de tumores que podem apoderar-se de tecidos e órgãos, podendo se manifestar em qualquer parte do corpo. Esta neoplasia reflete sobre as pessoas de forma violenta provocando uma modificação e aumentando a exposição dos indivíduos a agentes cancerígenos do meio ambiente (BRASIL, 2012).

O câncer de colo do útero (CCU) é considerado um grave problema de Saúde Pública mundial. No Brasil, essa patologia vem atingindo progressivamente um número maior de mulheres e com taxa de mortalidade também crescente. É uma doença que acomete mulheres a partir dos 30 anos com crescimento de pico na faixa etária de 40 a 50 anos (NASCIMENTO, ARAÚJO, 2014).

Para o ano de 2016, no Brasil, são esperados 16.340 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o primeiro mais incidente na Região Norte (23,97/100 mil). Nas Regiões Centro-Oeste (20,72/100 mil) e Nordeste (19,49/100 mil), ocupa a segunda posição; na Região Sudeste (11,30/100 mil), a terceira; e, na Região Sul (15,17 /100 mil), a quarta posição (BRASIL, 2016).

O maior vilão dessa doença é o Papiloma Vírus Humano (HPV), na qual a transmissão ocorre pelo ato sexual e está envolvido na maioria dos casos desta neoplasia, incluindo também outros fatores de risco, que são: o tabagismo, a variedade de parceiros sexuais, o uso de anticoncepcionais orais, baixa ingestão de vitaminas, início sexual precoce, entre outros (SILVA et al., 2013).

A mulher que recebe o diagnóstico de CCU torna-se vulnerável, trazendo várias questões que refletem sobre o significado da vida. Tanto o diagnóstico, quanto o tratamento, muitas vezes, produzem graves traumas emocionais à pessoa, que podem ser manifestadas sob a forma de variados sintomas como a depressão, melancolia, solidão, retraimento, desesperança, revolta, dentre outros. Sendo assim, quanto mais tardia é a sua detecção, menores são as possibilidades de reduzir seus danos, condição que dimensiona a importância de ações preventivas (SALIMENA et al., 2014).

O CCU obedece dois níveis de prevenção e de detecção precoce, sendo: a prevenção primária que é realizada através do uso de preservativos durante a relação sexual, evitando a transmissão do vírus papiloma humano (HPV), o qual tem papel importante no desenvolvimento desta neoplasia e das lesões precursoras; e a prevenção secundária que é realizada por meio do exame Papanicolau (exame preventivo ou citológico) (SOARES et al., 2010).

Diante dos estudos, a educação para a saúde da população é o alicerce para o êxito das ações priorizadas na atenção primária à saúde. O enfermeiro é um profissional com habilidades para perceber quais as estratégias de aprendizagem devem utilizar junto à determinada comunidade, visando, à busca do serviço de saúde pelos usuários, mesmo que eles não apresentarem sinais e sintomas de doença. Cabe ao enfermeiro da equipe de saúde contribuir na divulgação de informações sobre promoção da saúde por meio de estratégias educativas para os usuários do serviço de saúde e também participar de processos de educação permanente (MARIA et al., 2012).

Dessa forma, considerando a alta prevalência do CCU e suas repercussões para a vida social, profissional, cultural e afetiva das mulheres e de sua família, o presente estudo tem como objetivo verificar quais as ações são realizadas pelos enfermeiros da para prevenção do câncer de colo do útero.

2 | METODOLOGIA

O presente estudo utiliza como método a revisão integrativa, que tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES et al., 2008).

As etapas que conduziram esta revisão integrativa foram: definição da questão norteadora (problema) e objetivos da pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e

exclusão das publicações (seleção da amostra); busca na literatura; análise e categorização dos estudos, e, por último, apresentação e discussão dos resultados (MENDES et al., 2008).

Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão norteadora: Quais as ações realizadas pelos enfermeiros para prevenção do Câncer de colo Uterino?

Os critérios de inclusão selecionados foram: publicações em português e inglês, disponíveis na íntegra, publicados nos últimos cinco anos e que abordassem como tema as ações realizadas pelos enfermeiros para a prevenção do câncer de colo uterino.

Optou-se pela não utilização de manuais, editoriais, cartas, artigos de opinião e de revisão, teses e dissertações.

O levantamento de dados foi realizado entre os meses de janeiro a abril de 2017, utilizando os descritores: Prevenção; Câncer de Colo Uterino e enfermagem. Realizou-se a combinação desses descritores através do operador booleano “and, utilizando as bases de dados: Scielo (Scientific Eletronic Library Online) e Lilacs (Literatura Latino- American e do Caribe em Ciências em Saúde). Na busca inicial, encontrou-se um total de 308 artigos. Pela leitura dos títulos e resumos, foi possível excluir aquelas em duplicidade nas diferentes bases de dados, estudos que não atendiam aos critérios de inclusão ou ao tema proposto, foram exclusas 296 publicações, sendo a amostra final composta por 12 artigos (Quadro 1).

Base de Dados	Encontrados	Pré-selecionados	Selecionados
Scielo	118	05	02
Lilacs	190	25	10
Total	308	30	12

QUADRO 1. Quadro de Distribuição dos artigos por base de dados

Fonte: Dados da Pesquisa

Para compilar as informações empregou-se um roteiro de coleta de dados, com apresentação do título, ano de publicação, tipo de estudo, objetivos e resultados (Quadro 2).

Artigos/ Autores e Ano	Tipo de estudo	Objetivo	Resultados
Nepomuceno; Fernandes; Almeida; Freitas; Bertocchi, (2013)	Qualitativo	Descrever a percepção das mulheres frente ao autopreenchimento de um novo modelo de ficha clínica da consulta de enfermagem no controle do CCU	A análise demonstrou um progresso das ações

Silva; Lagana; Simpson; Cabra, (2013)	Transversal	Analisar o controle do Câncer do colo Uterino a partir do enfoque do acesso a serviços de saúde.	É preciso um atendimento especializado para mulheres com limitações.
Nascimento; Araújo, (2013)	Qualitativo	Conhecer as motivações de mulheres que não realizam de forma periódica o exame citopatológico	É importante considerar as necessidades das mulheres e desenvolver nelas a consciência crítica.
Souza; Paixão; Almeida; Sousa; Lirio; Campos, (2014)	Qualitativa	Avaliar a percepção de mulheres sobre o Câncer do colo do útero.	Carece intensificar as ações educativas e de humanização no serviço
Correio; Ramos; Santos; Bushatsky; Correio, (2015)	Interpretativo com abordagem qualitativa	Compreender o processo do trabalho do enfermeiro da Estratégia de saúde da família	Os enfermeiros possuem prática satisfatória, entretanto existem desempenhos a serem melhorados.
Melo; Moreira; Loes, (2015)	Fenomenológico	Ver o dia de mulheres com lesões precursoras de câncer cervical.	É necessário uma empatia do profissional com a paciente.

QUADRO 2- Artigos Seleccionados para a Revisão Integrativa

Após a seleção, os artigos foram analisados detalhadamente de acordo com o objetivo estudado. A análise dos artigos possibilitou explicar os resultados conflitantes da pesquisa.

Na fase seguinte ocorreu a interpretação dos resultados, onde os artigos selecionados foram analisados a partir da interpretação textual, relacionando os pontos principais de concordância e divergência entre os autores, com o intuito de realizar a comparação e identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão. Partindo da análise dos artigos selecionados, emergiram duas categorias: Educação em Saúde e Coleta Citopatológica.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram localizados 308 artigos, destes, 118 estavam disponíveis nas bases de dados Scielo e 190 nas bases de dados Lilacs. Desconsiderando os estudos que se repetiam e as que não respondiam ao objeto de estudo, a presente revisão integrativa envolveu em sua concepção 12 artigos. No que diz respeito às características dos artigos analisados, dez foram divulgados em periódicos de enfermagem e dois em periódicos oncológicos, sendo quatro em 2012, três em 2013, dois em 2014 e três em 2015. Quanto ao delineamento, sete adotaram abordagem qualitativa, do tipo interpretativa, duas explorativa descritiva, um

fenomenológico, um retrospectivo e um transversal.

Com base na análise de conteúdo, foi possível identificar e categorizar os estudos de acordo com os aspectos abordados sobre as ações realizadas pelos enfermeiros para a prevenção do Câncer do colo uterino (CCU), entre elas se destacaram: Educação em Saúde e Coleta Citopatológica.

Coleta citopatológica

A coleta citopatológica foi descrita em 58,33% dos artigos selecionados como uma estratégia mais utilizada para detecção precoce desse tipo de neoplasia em mulheres de 25 a 59 anos.

O exame citopatológico é o exame preventivo do câncer do colo de útero, que representa na análise das células resultantes da ectocérvice e da endocérvice, extraídas através da raspagem do colo do útero, no que consiste, a importância de realizar periodicamente esse exame para detecção precoce de possíveis lesões (PAIVA et al., 2013).

Apesar da coleta citopatológica de colo uterino ser comprovada como uma técnica efetiva e eficaz, sua cobertura ainda é insuficiente, os artigos abordaram vários fatores que contribuem para a baixa adesão ao exame de prevenção, tais como: crenças, sentimentos, insegurança, atitudes e aspectos socioeconômicos.

Os estudos apontaram fatores que interferem na coleta citopatológica, que estão relacionados ao usuário, a gestão e ao profissional.

Em relação a usuário os estudos apontam que a exibição do corpo feminino é um fator importante da não adesão ao exame, este fato pode ser justificado pela construção cultural, a qual está inserida em um longo processo histórico que determina à mulher certos valores e crenças. Algumas mulheres não se permitem falar dessas questões, o que pode denotar um interdito cultural. Nessa circunstância, a impessoalidade do procedimento envolve particularidades que fragilizam a prevenção, uma vez que a idéia de expor o corpo faz surgir sentimentos de vergonha e constrangimento (LIMA et al., 2015).

Outro fator importante trazido pelos estudos refere-se ao estigma que as mulheres constroem diante da incidência de câncer, ou seja, os seus conhecimentos acerca da doença as impedem de realizar o exame por sentirem medo e angústia quanto à possibilidade desse diagnóstico (PAIVA et al., 2013).

Já em relação aos profissionais os estudos citam a desumanização do atendimento profissional como uma barreira na adesão a consulta para o controle do câncer do colo uterino, uma vez que algumas mulheres chegaram a recusar o atendimento, pela falta de comunicação e empatia do profissional (LAGANÁ et al., 2013).

O acolhimento facilita, dinamiza e organiza o trabalho de forma a auxiliar os profissionais a atingirem as metas dos programas, a melhorarem o trabalho e executarem um bom atendimento, predispondo a resolutividade do problema ¹³. No entanto é

fundamental que os serviços de saúde orientem sobre o que é qual a importância do exame preventivo, pois sua realização periódica permite que o diagnóstico seja feito cedo e reduza a mortalidade por câncer do colo do útero (CORREIO et al., 2015).

Os estudos afirmam que o enfermeiro presta importante contribuição na prevenção do câncer de colo uterino, destacando-se, dentre outras, sua participação no controle de fatores de risco, na realização da consulta ginecológica e do exame Papanicolau, influenciando para um maior e melhor atendimento à demanda, efetivando um sistema de registro de qualidade, intervindo para o encaminhamento adequado das mulheres que apresentem alterações citológicas (CORREIO et al., 2015).

Em relação a gestão, os estudos apontam que as usuárias não seguem a rotina de consultas preconizadas pelo ministério devido a demora na marcação nas consultas, ou pela falta de material para a coleta do exame, prejudicando a adesão dessas mulheres na prevenção do câncer de colo uterino.

Educação em saúde

As atividades educativas realizadas pelos enfermeiros foram abordadas em 41,67% dos artigos selecionados, todos os artigos apresentaram como campo de atuação profissional à atenção primária.

A atuação do enfermeiro é de suma importância para realizar medidas educativas e ampliar a adesão de mulheres a realização do exame preventivo do câncer do colo do útero (MELO et al., 2012).

Em relação ao que os estudos relataram, o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais indicados à saúde em todas as etapas da vida encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde. Para tanto, é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em muitos outros espaços coletivos.

Os estudos apontaram para que as ações de educação em saúde sejam efetivas é necessário conhecer a comunidade, suas fragilidades e suas potencialidades com foco na realidade social, econômica e cultural para que as estratégias sejam efetivas.

Para isso é necessário que o enfermeiro conheça a comunidade em que está atuando na prevenção do câncer. Podendo dessa forma estabelecer com mais eficácia uma relação de confiança com a comunidade atendida. No entanto, os enfermeiros parecem não estar preparados para essa prática. Encontram-se numa situação evasiva, ou seja, os formadores reconhecem a necessidade de atuarem na prevenção, mas continuam formando profissionais para serem absorvidos no mercado de trabalho curativo (CESTARI et al., 2012).

4 | CONCLUSÃO

O trabalho do enfermeiro na atenção primária é de suma importância e principalmente

quando voltada para a sensibilização das mulheres sobre a prevenção do câncer do colo uterino, pois através da educação em saúde o profissional pode usufruir de estratégias interativas que permitam a participação do público feminino para o exercício de práticas conscientes e seguras com relação aos cuidados com o corpo.

Neste fundamento, os profissionais de saúde, devem interagir de maneira mais efetiva com a usuária, por meio do resgate da equidade no cuidado que prega a individualização da assistência e do estabelecimento de vínculo de confiança que se sobreponha ao medo, vergonha, dificuldades de acesso e à prática do auto cuidado responsável. Estas ações podem ser realizadas por meio do fortalecimento da educação continuada, palestras na comunidade, orientações individuais que estimulem o comparecimento das usuárias à coleta do exame e desmistifiquem crenças prejudiciais para a prevenção em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Estimativa 2017-2018: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/estimativa-2016.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Exame Preventivo Do Câncer Do Colo Uterino. Dicas de saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2012. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>>. Acesso em 24 de abril 2017.

BRASIL. **Resolução Cofen nº 381, de 18 de julho de 2011, que normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica pelo método de Papanicolaou**. Brasília, 2011.

CESTARI, Maria Elisa et al. **A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DO CÂNCER NA MULHER: QUESTÕES CULTURAIS E DE GÊNERO**. Cienc Cuid Saude , [S. l.], p. 176-182, 31 jan. 2012. DOI 10.4025/ciencuidsaude.v10i5.17073. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/a_atuacao_da_enfermagem_na_prevencao_do_cancer_na_mulher.pdf. Acesso em: 3 jan. 2017.

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa**. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 39, n. 105, p. 514-524, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200514&lng=en&nrm=iso>. access on 29 May 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>.

CORREIO, Kelly Diogo de Lima et al. **Control of cervical cancer: actions taken by nurses based on collective subject discourse**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 2425-2439, apr. 2015. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3780>>. Acesso em: 29 may 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v7.3780>.

LAGANÁ, Maria Teresa Cícero et al. **Alterações Citopatológicas, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Periodicidade dos Exames de Rastreamento em Unidade Básica de Saúde.** Rev. bras. cancerol, [S. l.], p. 523-530, 3 dez. 2013. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v04/pdf/05-artigo-alteracoes citopatologicas-doencas-sexualmente-transmissiveis-periodicidade- exames-rastreamento-unidade-basica-saude.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v04/pdf/05-artigo-alteracoes%20citopatologicas-doencas-sexualmente-transmissiveis-periodicidade-exames-rastreamento-unidade-basica-saude.pdf). Acesso em: 3 jan. 2017.

MELO, Maria Carmen Simões Cardoso de et al. **O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária** The Nurse in Uterine Cervical Cancer. Rev. bras. cancerol, [S. l.], p. 389-398, 7 jul. 2012. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v03/pdf/08_artigo_enfermeiro_prevencao_cancer_colo_uterio_cotidiano_atencao_primaria.pdf. Acesso em: 3 jan. 2017.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. access on 29 May 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

NASCIMENTO, Rafaella Gontijo do; ARAÚJO, Alisson. **Falta de periodicidade na realização do exame citopatológico do colo uterino: motivações das mulheres.** REME rev. min. enferm, [S. l.], p. 557-564, 25 ago. 2014. DOI <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140041>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/946#>. Acesso em: 3 jan. 2017.

NEPOMUCENO, Carla Cardi et al. **Auto preenchimento da ficha clínica no rastreamento do câncer de colo de útero: percepções da mulher.** R. Enferm. Cent. O. Min, [S. l.], p. 909-920, 11 abr. 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/825/831>. Acesso em: 3 jan. 2017.

SALIMENA, Anna Maria Oliveira; OLIVEIRA, Marcella Thamirys Leles de; PAIVA, Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva; MELO, Maria Carmen Simões Cardoso. **Mulheres portadoras de câncer de útero: percepção da assistência de enfermagem.** R. Enferm. Cent. O. Min, [S. l.], p. 909-920, 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/401/566>. Acesso em: 3 jan. 2017.

SILVA, A. B.; RODRIGUES, M. P.; OLIVEIRA, A. P. DE; MELO, R. H. V. DE. **PREVENÇÃO DO CÂNCER CERVICOUTERINO: UMA AÇÃO REALIZADA PELOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.** Revista Ciência Plural, v. 3, n. 2, p. 99-114, 11 dez. 2017.

SILVA, Magna et al. **Acesso a serviços de saúde para o controle do câncer do colo uterino na atenção básica.** Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online), 2013.

SOARES, Marilu Correa et al. **Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do sul do Brasil.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 90-96, Mar. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 29 May 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100014>.

CAPÍTULO 10

CONTEÚDOS SOBRE CRIANÇA PREMATURA VEICULADOS POR FAMILIARES: UM ESTUDO DE IMAGEM EM MÍDIA SOCIAL

Data de aceite: 03/08/2020

Maria Raísa Pereira da Costa

Universidade Regional do Cariri (URCA)
Crato-CE

Joseph Dimas de Oliveira

Universidade Regional do Cariri (URCA)
Crato-CE

Simone Soares Damasceno

Universidade Regional do Cariri (URCA)
Crato-CE

Naanda Kaanda Matos de Souza

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Maria Augusta Vasconcelos Palácio

Universidade Federal do Vale do São Francisco
(UNIVASF)
campus Paulo Afonso-BA

RESUMO: Trata-se de um estudo qualitativo, de análise de imagem e análise de grupo social em mídia social. Analisaram-se *posts* em uma mídia social de familiares de crianças prematuras que se engajaram para divulgar suas experiências no cuidado à criança prematura em um concurso cultural. Emergiu a categoria simbólica sobre Promoção da Saúde dividida em duas subcategorias: a) Experiência materna com a criança prematura; b) Vacinação da criança prematura. Os familiares, especialmente a mãe, compartilham conteúdos escritos e imagéticos relacionados à compreensão sobre a prematuridade e os cuidados com a criança

prematura.

PALAVRAS-CHAVE: Recém nascido prematuro. Família. Enfermagem neonatal. Mídia social.

CONTENIDOS SOBRE EL PREMATURO VEICULADOS POR LOS FAMILIARES: UN ESTUDIO DE IMAGEN EN MEDIA SOCIAL

RESUMEN: Estudio con datos cualitativos, de análisis de imagen y de análisis del grupo social en media social. El estudio tuvo como población los *posts* en media social y la muestra fueron los *posts* de familiares de niños prematuros que involucraron en una campaña para divulgar sus experiencias de cuidado al niño prematuro en un certamen cultural. Surgió la categoría simbólica a cerca de la Promoción de la Salud en dos subcategorias: a) Experiencia de la madre con el niño prematuro; b) Vacunación del niño prematuro. Los familiares, especialmente la madre, compartió contenidos escritos y de imagen relacionados a la comprensión a cerca de la prematuridad y los cuidados con niño prematuro.

PALABRAS-CLAVE: Recién nacido prematuro, Familia, Enfermería neonatal, Medios de comunicación sociales.

CONTENDS ABOUT PREMATURE CHILD FROM FAMILIES: IMAGE STUDY IN SOCIAL MEDIA

ABSTRACT: Qualitative research, image analysis and social network analysis in a social media. It was analysed posts published by families of premature children who share their

experiences of taking care premature children during a cultural contest. It was emerged a symbolic category about Health Promotion with two subcategories: a) Material's experiences with a premature child; b) Vaccination of a premature child. Families, especially mothers, share contends in writing and imagetive forms related to understand prematurity and taking care a premature child.

KEYWORDS: Premature infant, Family, Neonatal nursing, Social media.

INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança prematura é um acontecimento inesperado e estressante para os pais, indicando a necessidade de uma atenção especial da equipe de saúde, no sentido de oferecer orientações e apoio. As famílias precisam adquirir certas habilidades que as tornem aptas para cuidar da criança e esse processo de aprendizagem é permeado por questões sociais, financeiras e culturais. Os programas ministeriais enfatizam a necessidade de orientar as famílias para o cuidado à criança prematura e, por isso, ressaltam os papéis de educadores em saúde dos diferentes profissionais. Há também, a divulgação de informações sobre a criança prematura na mídia tradicional na TV, no rádio e *folders* e nas novas mídias sociais¹.

A partir dos anos 2000, a internet vem contribuindo para a divulgação e disseminação de informações que possibilitem aos familiares ter acesso a dados que lhe auxiliem na prestação de cuidados adequados a esse público². A partir de 2007, com o advento das primeiras mídias sociais e dos aparelhos de telefonia móvel com acesso à internet, as mídias sociais tem se configurado como um espaço (virtual), no qual as pessoas podem compartilhar informações sobre os mais diversos assuntos e nas consequentes conexões que podem surgir a partir daí³.

As mídias sociais mais comuns (*Instagram*, o *Facebook* e o *Twitter*) utilizam textos escritos e textos de imagem para veicular informações sobre diferentes temas³. No *Instagram*, o texto de imagem (foto, desenho, ilustração, *grafitti* ou vídeo) é imprescindível e peça-chave para promover a interação entre os usuários (por meio de curtidas, comentários e compartilhamentos) sobrepondo-se à importância do texto escrito, ao contrário do que acontece nas demais mídias sociais como *Pinterest*, *Tumblr* e *Flickr*, nas quais o texto de imagem é o foco e a interação pelo texto escrito é secundária⁴.

Nas mídias sociais, os textos escritos comumente utilizados são as palavras e/ou frases e os textos de imagem podem ser a imagem parada (fotografia, desenho ou ilustração) ou a imagem em movimento (vídeo), utilizados de forma isolada ou não. No *Instagram*, contudo, o uso de imagens é obrigatório, caracterizando-a como uma mídia social de imagem diferenciada das demais. Além disso, atualmente, o *Instagram* é a mídia social que mais cresce no mundo^{4, 5}.

As imagens podem ser utilizadas com diferentes propósitos nas mídias sociais como, por exemplo, em concursos culturais. Esse tipo de atividade acontece quando determinado

usuário da mídia social (pessoa ou instituição) propõe um desafio no qual, ao final, premia-se o participante que conseguir maior engajamento em seu *post* em forma de comentários ou curtidas (ou ambos). Geralmente, os concursos culturais incluem postar um texto de imagem, um texto escrito, criar uma história, criar um desenho ou apenas seguir a página que propõe o concurso e marcar outras pessoas nos comentários^{4, 5}.

Comumente, elabora-se um regimento do concurso instruindo sobre início e término da ação, como participar e outros detalhes que demandem maiores esclarecimentos. No *Instagram* acontecem concursos culturais dos mais variados tipos e servem para intensificar a interação entre os usuários, ou seja, gerar engajamento. Concursos culturais que abordam questões relativas à saúde podem ajudar a divulgar informações sobre formas de cuidado, direitos de pessoas com doenças crônicas ou formas de enfrentamento governamentais a determinadas situações de interesse da saúde pública, por exemplo.

A internet tem se mostrado uma importante fonte de informações sobre saúde sendo esse o terceiro assunto mais procurado e, além disso, 18% das buscas referem-se à pessoas procurando por outras pessoas com problemas de saúde semelhante/s aos seus. Em algumas mídias como *Facebook* ou *Instagram*, grupos são formados para discutirem-se sobre os mesmos tópicos (doenças, tratamentos, medicamentos, métodos alternativos) gerando diferentes níveis de engajamento entre as pessoas³.

A prematuridade é um dos temas mais importantes na área de saúde da criança na atualidade, o que torna relevante pesquisas sobre como o assunto está presente nas mídias sociais. Nessa área, a família desempenha um papel fundamental no cuidado à criança, envolvendo a busca por informações inerentes ao cuidado e, na atualidade, isso inclui o uso das mídias sociais. Nesse contexto, as mídias sociais podem atuar como plataformas que promovem educação em saúde e disseminam informações de interesse das famílias, sobretudo daquelas com crianças com processos de crescimento e desenvolvimento particulares, como as crianças prematuras³⁻⁵.

Em uma busca realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e na biblioteca Scielo (Scientific Electronic Library Online) observou-se que há produção de conhecimento científico sobre o uso de mídias sociais na promoção da educação em saúde sobre diversos temas relacionados a saúde da criança, com foco no cuidado de doenças (Artrite Idiopática Juvenil (AIJ), Diabetes Mellitus Tipo 1 (MD1) e doença renal) ou na prevenção de agravos (prevenção de maus-tratos infantil)⁶⁻¹¹.

Essa produção do conhecimento é recente, uma vez que os estudos encontrados foram produzidos após o ano de 2010. Dos seis estudos encontrados, cinco trataram de doenças crônicas (DM1, AIJ, doença renal crônica) utilizando as mídias sociais para divulgar informações sobre a doença e os cuidados. Outro ponto é a inexistência do uso de mídias sociais com foco em imagens paradas ou em movimento (como, o *Instagram*, o *Youtube* ou

Vevo) como ferramenta para a disseminação de educação em saúde a criança⁶⁻¹¹.

Nesse sentido, decidiu-se analisar o engajamento de familiares de crianças prematuras em um concurso cultural em uma mídia social. Para tanto, chegou-se às seguintes indagações: Como os familiares de crianças prematuras utilizaram uma mídia social para divulgar informações sobre o tema? Quais conteúdos escritos e imagéticos foram utilizados pelos familiares que participaram do concurso cultural? Quais *posts* publicados pelos familiares de criança prematuras em uma mídia social conseguiram mais engajamento?.

O objetivo desse estudo foi analisar as informações veiculadas pelos familiares sobre criança prematura durante uma campanha de sensibilização (concurso cultural) em uma mídia social através de textos de imagem e escritos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, de análise de grupo social em mídia social e de análise de imagem. O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, dos vínculos, das atuações, dos credos, das compreensões e dos conceitos, resultado das percepções que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus produtos e a si mesmos e como se reconhecem e se consideram⁶. A análise de grupo social (*social network analysis*), por sua vez, é classificada como um método valoroso para classificar o poder, a centralidade e o fluxo de dados entre pessoas de um mesmo grupo (no Instagram, por exemplo), assim como, determinar como os grupos se relacionam entre si e quais outras ligações realizam virtualmente¹².

Os estudos de análise de imagem se destinam à análise de textos imagéticos, ou seja, se propõem a analisar os diferentes tipos de imagens. Os textos de imagem (ou imagéticos) podem trazer imagens paradas ou em movimento e, no contexto das práticas de saúde, são utilizadas para transmitir informações em saúde, reforçando condutas de saúde a serem tomadas ou evitadas. As imagens, portanto, tem uma função educativa. No entanto, uma imagem pode representar diferentes sentidos e, por isso, os estudos de análise de imagem se justificam, pois, o analista de imagem pode dispor de ferramentas que tornem capaz de entender e decifrar determinada imagem em determinado contexto¹³.

A população do presente estudo se constituiu dos *posts* em uma mídia social e a amostra foram os *posts* na mídia social *Instagram* postados por familiares de crianças prematuras que se engajaram para divulgar suas experiências no cuidado à criança prematura em um concurso cultural. Os critérios de inclusão foram: a) *posts* que utilizaram a *hashtag* do concurso cultural (*#vidadeprematuro*); b) ser um *post* de imagem parada (fotografia, desenho, ilustração, grafite, por exemplo). Os critérios de exclusão foram: a) *posts* de orientação aos familiares sobre como participar do concurso cultural.

O cenário do estudo foi a mídia social *Instagram* e a coleta de dados (os *posts*) foi

realizada manualmente através de computador portátil utilizando o mecanismo de “Salvar imagem” e organizá-las em uma pasta comum. Os *posts* foram organizados por nível de engajamento a partir das curtidas e além do texto de imagem (fotos ou ilustrações) foi analisado o texto escrito (a legenda) de cada *post*; os demais comentários subsequentes não foram analisados. Os textos de imagens foram analisados por nível de engajamento a partir do mais curtido para o menos curtido, onde até 30 curtidas/*likes* seria um baixo engajamento e acima de 30 curtidas seria um alto engajamento⁵.

A análise de imagem realizada compreendeu cinco estágios nos quais o primeiro ocorre a seleção do corpus textual, ou seja, os textos de imagem paradas publicados por familiares. No 2º estágio, intitulado fase denotativa, identificou-se o tipo de imagem empregado em cada *post*: desenho, ilustrações, fotografias ou pinturas. No 3º estágio, denominado de fase conotativa, ocorreu o reconhecimento das imagens caracterizadas (animais, pessoas ou objetos) e dos signos linguísticos (frases, palavras, sentenças) para interpretar-se o conteúdo da mensagem transmitida e a quem se encaminha¹⁴.

No 4º estágio identificaram-se os temas apresentados e no 5º estágio identificou-se o princípio do conhecimento difundido. Os textos escritos (as legendas) foram organizados a partir do 4º e 5º estágios da análise de imagem, ou seja, pelo reconhecimento dos temas e, em seguida, do campo de conhecimento de origem de cada tema (princípio do conhecimento difundido) que, por sua vez, deu origem às categorias do estudo. Os textos de imagem a serem analisados estão com *status* de “público” na mídia social e, portanto, podem ser analisados por pesquisadores com interesse no tema (desde que preservados o anonimato dos/as autores/as dos *posts*)^{14, 15}. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri (URCA) e recebeu parecer de aprovação n. 2.958.837.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a organização dos dados, procedeu-se à categorização, partindo do princípio do conhecimento difundido, no qual emergiu a categoria composta por 12 *posts*, cujo princípio do conhecimento difundido foi “Promoção da Saúde”, e, desse processo, emergiram duas categorias simbólicas: a) Experiência materna com a criança prematura (10 *posts*); b) Vacinação da criança prematura (2 *posts*). A seguir, apresenta-se a análise das categorias com destaque para os *posts* que obtiveram melhor engajamento.

ETAPAS/FASES	TIPOS DE TEXTOS	EXEMPLO
1. Seleção do corpus textual	Textos imagéticos e textos escritos	(Concurso cultural)
2. Análise denotativa	Desenho, ilustrações, fotografias ou pinturas?	Fotografia Descrição da imagem quanto: <ul style="list-style-type: none"> a. Localização: centro; b. Característica: deitada; parte do corpo retratada: corpo inteiro; c. Ambiente: estúdio fotográfico.
3. Análise conotativa	(1) animais, pessoas ou objetos (2) frases, palavras, sentenças	Pessoa: criança Quem é que está fazendo 3 meses hoje? 3 meses como assim?! SiMM, 3 meses de idade corrigida. Meio complicado né?! No começo também não entendia, achava bem complicadinho, mais é bem importante a “gente” mãe de prematuro entender essas idades corrigida e cronológica. Vou explicar um pouquinho. “idade corrigida” é a idade ajustada ao grau de prematuridade. É a idade que o bebê teria se tivesse nascido de 40 semanas. E “idade cronológica” é a idade real que o bebê tem, o tempo de vida dele depois do nascimento. Então quer dizer que ... tem duas idades?! SiMM.. Mais porque só não usa a idade cronológica? Não dá para exigir que um bebê prematuro sente, engatinhe, fale ou ande no mesmo período em que um bebê a termo. Não podemos esquecer que os prematuros são “mais novos” do que o que a sua idade real mostra. Sendo assim, utilizamos a “idade corrigida” para avaliar de forma mais adequada o desenvolvimento do prematuro. #vidadeprematuro #coisasdepemmaturo #maedeuti 136 curtidas
4. Análise dos temas apresentados	Assuntos e conteúdos veiculados	Experiência Materna com bebê prematuro Classificação da criança prematura Puericultura
5. O princípio do conhecimento difundido	Fonte do conhecimento: Promoção da Saúde? Cuidado de Doenças? Cuidado Centrado na Família?	Promoção da Saúde

QUADRO 1 – Resultados das imagens analisadas

FONTE: elaborado pelos autores.

A subcategoria “*Experiência materna com a criança prematura*” foi composta por 10 posts, dos quais um recebeu 136 curtidas, ou seja, atingiu um bom engajamento (acima de 30 curtidas) e trazia na legenda as seguintes informações:

“Quem é que está fazendo 3 meses hoje? 3 meses como assim?! SiMM, 3 meses de idade corrigida. Meio complicado né?! No começo também não entendia, achava bem complicadinho, mais é bem importante a “gente” mãe

de prematuro entender essas idades corrigida e cronológica. Vou explicar um pouquinho. “idade corrigida” é a idade ajustada ao grau de prematuridade. É a idade que o bebê teria se tivesse nascido de 40 semanas. E “idade cronológica” é a idade real que o bebê tem, o tempo de vida dele depois do nascimento.” (Post 8)

Os familiares compartilham conteúdos sobre a criança prematura acerca da idade corrigida (“SIMM, 3 meses de idade corrigida”), idade cronológica (“entender essas idades corrigida e cronológica”), idade gestacional (“se tivesse nascido de 40 semanas”), os desafios de compreender formas diferentes e novas de saber a idade da criança (“Meio complicado né”), o aspecto processual e a importância de aprender de termos técnicos (“No começo também não entendia”, “mais é bem importante a ‘gente’ mãe de prematuro entender”).

Os familiares constroem a relação com a criança prematura em diferentes momentos e lugares e ao longo do desenvolvimento da criança o que se aproxima do que se entende por Promoção da Saúde que é algo processual e que deve ser facilitado nos diferentes serviços de saúde à criança (prematuro) e pelos diferentes profissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, técnicos de enfermagem)¹⁶.

A Promoção da Saúde está ligada diretamente aos fatores responsáveis por atuarem na saúde do indivíduo e, assim, garantir oportunidades de desenvolvimento justas e igualitárias para todos, independente das necessidades de saúde que estes venham apresentar, como é o caso das crianças prematuras¹⁰. As experiências maternas nos cuidados à criança prematura presentes nos *posts* relacionavam-se à vivência do parto prematuro e da hospitalização do bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) que foram classificadas como dolorosas e traumáticas.

A prematuridade, de fato, é uma experiência traumática para a família e pode levar à desorganização familiar diante dos obstáculos, contratempos e acontecimentos que podem esmaecer a rotina familiar¹⁷. Os longos períodos de internação da criança prematura na UTIN levam à alterações repentinas na família, a ausência de preparação para essas mudanças súbitas podem acarretar em sofrimento, especialmente para a mãe que transforma-se em acompanhante do filho na maior parte do período¹⁸.

Após o nascimento da criança prematura, os familiares passam a ter contato com novos termos como as formas de classificação da criança, os conceitos de idade cronológica e corrigida, medicamentos e exames, por exemplo. Esses novos termos fazem parte do universo vocabular dos profissionais de saúde e podem deixar os pais apreensivos e amedrontados especialmente quando lhes falta um contexto e uma explicação do significado desses termos¹⁸.

Outros estudos demonstram que a vivência dos familiares com a criança prematura tende a ocupar um lugar central na vivência familiar, alterando-a, expondo os familiares a novos ambientes (como as UTIN's) e conhecimentos (conceitos de idade corrigida e idade

cronológica). Com isso, pode-se inferir que o nascimento de uma criança prematura é, por si só, um processo de aprendizado dos familiares mediado pelo ambiente, conhecimentos e pelos profissionais de saúde.

Nesse sentido, as mídias sociais poderiam atuar como fonte de informação para os pais sobre os conteúdos de mais difícil compreensão e que poderiam ser trabalhados articulando-se textos de imagem com imagens paradas ou imagens em movimento e textos escritos através de legendas e *hashtags*, de forma a facilitar o processo de aprendizagem dessa experiência particular que é ser família de uma criança prematura.

A segunda subcategoria denominada “*Vacinação da criança prematura*” foi composta por dois *posts* que receberam 21 e 11 curtidas, respectivamente e, assim, obtiveram baixo engajamento. As legendas traziam as informações a seguir:

“Hoje eu e a mamãe saímos cedo para ir no Hospital das Clínicas. Fui tomar a 4° dose da vacina Palivizumabe, claro que chorei né, mas a mamãe explicou que era uma picadinha do bem.” (*Post 4*)

“O (*nome da criança*) saiu do hospital dia 15 outubro com 85 dias UTI, no dia 20-10-2014 ele completou 3 meses e levei no UBS pra tomar vacina, vacina de prematuro fica atrasada, porque eles não tomam BCG, meninge (*meningocócica*) entre outras no hospital. E levei para tomar 3 (BCG, meningocócica e pneumocócica), o (*nome da criança*) estava pesando 2kg e não poderia ter tomado as 3 vacinas de uma vez só. Só que infelizmente não fui orientada, claro que perguntei na hora na UBS e disseram que não tinha problema algum. E infelizmente teve o (*nome da criança*) teve reação depois de horas da vacina, ele começou a ficar prostado, sem reação e foi fazendo apneia. Podem imaginar meu desespero.” (*Post 5*)

Os familiares destacaram tópicos sobre a vacinação como os nomes das vacinas (“*BCG, meningocócica e pneumocócica*”), o uso do peso como parâmetro para aplicação da vacina (“*estava pesando 2kg*”), a ocorrência de eventos adversos pós-vacinais (“*ele começou a ficar prostado, sem reação e foi fazendo apneia*”) e referem-se a um anticorpo como vacina (“*4° dose da vacina Palivizumabe*”).

A vacinação tem sido amplamente recomendada pelos órgãos internacionais e nacionais de saúde, como Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e Ministério da Saúde como estratégia para promover saúde, evitar doenças, são universalmente ofertadas à população e divulgadas nos meios de comunicação tradicionais e nas novas mídias sociais¹⁹.

Contudo, as ações de vacinação são complexas, sobretudo no caso da criança prematura para a qual o calendário vacinal sofre alterações e/ou ajustes importantes. As informações que os familiares recebem devem ser bastantes balizadas e ponderadas pelos profissionais de saúde visto que podem levar a confusões, dúvidas, inseguranças e mal-entendidos. Nesse sentido, as ações de educação em saúde devem ser estimuladas no contato profissional/paciente nos ambientes reais e virtuais¹⁹.

Os familiares, principalmente as mães, compartilharam conteúdos que alertaram sobre as alterações do calendário vacinal da criança prematura, relatam dificuldades nos serviços e sobre o melhor momento de realizar a vacinação da criança. A efetivação do calendário de vacinas da criança prematura é, muitas vezes, inoportuna, seja por consequência da demora imprudente do seu início ou em decorrência de atraso das doses posteriores ocasionadas pelo surgimento de doenças debilitantes. Outras vezes, a realização do esquema vacinal defronta-se com o receio ou desconhecimento, por parte dos pais, que temem eventos adversos mais graves²⁰.

A vacinação da criança prematura deve ser realizada seguindo parâmetros específicos como considerar a idade cronológica (a idade real da criança, ou seja, o tempo de vida após o nascimento) até aproximadamente dois anos de idade, para que se tenha uma expectativa realista, sem subestimá-lo frente aos padrões de referência²¹. A aplicação das primeiras doses das vacinas BCG e Hepatite B deve levar em conta o peso (2kg, pelo menos) e/ou a idade gestacional, enquanto que, nas demais vacinas deve-se considerar a idade cronológica²⁰.

Outra peculiaridade da criança prematura é sobre a Palivizumabe que é um anticorpo monoclonal IgG1 específico contra o vírus sincicial respiratório (VSR) que tem como objetivo prevenir as infecções respiratórias que acometem as crianças menores de um ano de idade, especialmente as prematuras. O VSR é uma das causas de reinternações dos prematuros, em especial os menores de seis meses de vida com probabilidade de hospitalização 10 vezes maior do que bebês nascidos a termo^{19, 21}. Esse anticorpo deve ser aplicado, preferencialmente, antes do 3º mês de vida e trata-se de uma imunização passiva - ao contrário da vacinação que é uma imunização ativa. No Brasil, está indicada para prematuros de até 28 semanas gestacionais, no primeiro ano de vida e bebês com doença pulmonar crônica da prematuridade e/ou cardiopatia congênita, até o segundo ano de vida¹⁹.

Nesse sentido, as legendas postadas pelos familiares das crianças prematuras na mídia social revelam, ao mesmo tempo, informações básicas sobre o esquema vacinal do prematuro, relatam preocupações, falta de confiança nos profissionais da atenção primária em saúde e diante de reações vacinais graves. Assim, o nosso estudo traz dados que corroboram as orientações gerais de que a vacinação da criança prematura deve ser particularizada e adequada à condição da criança, levando em conta seu estado geral e sua idade cronológica.

Além disso, a família precisará ter contato com conteúdos específicos como idade cronológica, idade corrigida, imunização passiva, imunização ativa, infecções sazonais e eventos adversos pós-vacinais de forma a facilitar a compreensão dos cuidados a serem realizados com a criança. Esses conteúdos poderiam ser compartilhados por meio dos contatos dos profissionais com os familiares e poderiam ser divulgados também em mídia social para aumentar o alcance das informações. Os familiares, portanto, devem

participar de um processo de educação em saúde sobre o tema, precocemente, de forma a compreender as necessidades das vacinas, os benefícios, os possíveis riscos, as possíveis reações e as condutas que devem tomar frente eventuais complicações¹⁹⁻²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, a categoria que contou com o maior número de *posts* foi a de “Promoção da Saúde”, 12 *posts*, apresentando na análise dos temas, assuntos e conteúdos veiculados sobre experiência materna com o bebê prematuro em UTIN, com causas do parto prematuro e no cuidado à vacinação da criança prematura, consulta de puericultura, calendário vacinal da criança prematura, estimulação precoce, classificação da criança prematura e relato de atividades cotidianas da criança prematura.

A análise conotativa permitiu identificar que em todos os *posts* encontravam-se fotografias e a análise denotativa permitiu identificar que eram fotografias de figuras humanas (crianças). Por conseguinte, infere-se que para os pais e familiares de crianças prematuras a promoção da saúde é uma parte importante das suas experiências no cuidado à criança prematura nos diferentes contextos e fases desse cuidado, incluindo desde as causas do parto prematuro até o relato de atividades cotidianas da criança prematura.

Com isso, as mídias sociais constituem um excelente meio para a realização de práticas de educação em saúde, especialmente na realidade atual, quando estas ocupam cada vez mais espaço na rotina da sociedade. Dessa forma, é fundamental inclui-las para a superação das dificuldades ainda existentes, como a carência de recursos de apoio ao processo educativo, de forma a alcançar o maior número de pessoas.

REFERÊNCIAS

1. SANTOS ND et. al. O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar. Rev enferm UERJ. 2014; 22(1):65-70.
2. ROSO CC, KRUSE MHL. A vida no Facebook: o cuidado de si de transplantados renais. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(2).
3. RISLING, T.; RISLING, D.; HOLTSLANDER, L. Creating a social media assessment tool for family nursing. Journal of Family Nursing, Thousand Oaks, v. 23, n. 1, p. 13-34, jan.mar. 12017.
4. LAESTADIUS L. Instagram. In: Sloan, L. Quan-Haase, A. The SAGE Handbook of Social Media Research Methods. SAGE Publications Inc. London, 2017. p. 1425-75.
5. ANTUNES MN et al. Arquivos visuais relacionados ao vírus Zika: imagens no Instagram como parte da constituição de uma memória da epidemia. RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde, jul-set., 2016, 10 (3): 1-13.
6. NORDFELDT, S. et al. As Facts and Chats Go Online, What Is Important for Adolescents with Type 1 Diabetes? Plos one, v. 8, n. 6, p. 01-08, jun. 2013a. 74

7. NORDFELDT, S. et al. Parents of Adolescents with Type 1 Diabetes – Their Views on Information and Communication Needs and Internet Use. A Qualitative Study. Plos one, v. 8, n. 4, p. 01-08, abr. 2013b
8. SLALLOW, V. M. et al. Designing a web-application to support home-based care of childhood CKD stages 3-5: Qualitative study of family and professional preferences. BMC Nephrology, v. 34, n. 15, p. 01-12, fev. 2014.
9. MITCHELL, S. J. et al. Internet and Mobile Technology Use Among Urban African American Parents: Survey Study of a Clinical Population. J Med Internet Res, v. 16, n. 1 p. 01-11, fev. 2014.
10. EDWARDS-GAURA, A. et al. Can Social Networking Be Used to Promote Engagement in Child Maltreatment Prevention Programs? Two Pilot Studies. Western Journal of Emergency Medicine, v. 13, n. 5, p. 575-581, ago., 2014.
11. PELT, P. A. V. et al. Use and perceived relevance of health-related Internet sites and online contact with peers among young people with juvenile idiopathic arthritis. Rheumatology, v. 15, n.5, p. 1833-41, ago., 2015.
12. MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed., São Paulo: Hucitec; 2014.
13. VITAK, J, KATIE S, ASHKTORAB Z. Beyond the Belmont Principles: Ethical Challenges, Practices, and Beliefs in the Online Data Research Community. Research gate. 2016.
14. PENN, G. Análise Semiótica de Imagens Paradas. In: Bauer, M. W.; Gaskell, G. (Org.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008. P. 319-42. Cap. 13.
15. BARDIN L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
16. SÍCOLI JL, NASCIMENTO PR. Health promotion: concepts, principles and practice, Interface - Comunic Saúde Educ. 2003;7(12):91-112.
17. VERONEZ M et al. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. Rev Gaúcha Enferm.2017;38(2):1-8.
18. FRELLO AT, CARRARO TE. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev. Bras. Enferm. 2012;65(3):514-21.
19. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Calendário de Vacinação do Prematuro. 2018.1p.
20. TAVARES, EC, RIBEIRO JG, OLIVEIRA LA. Imunização ativa e passiva no prematuro extremo. Jornal de Pediatria. 2005;81(1)(supl):89-94.
21. PESSOA TAO et. al. O crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer. Av Enferm.2015;33(3):401-11.
22. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES (SBIIm). Calendário de Vacinação SBIIm Prematuro. 2018. 1p.

CAPÍTULO 11

CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

Data de aceite: 03/08/2020

Carina Nunes de Lima

Universidade Estadual do Piauí
Valença do Piauí/PI
<http://lattes.cnpq.br/7559756358521840>

Francisco Diogo de Andrade Cavalcante

Universidade Estadual do Piauí
Pambu/CE
<http://lattes.cnpq.br/8654861384146699>

Robson Wanderley Vieira de Moura

Universidade Estadual do Piauí
Oeiras/PI
<http://lattes.cnpq.br/3240049675631260>

Maria Luenna Alves Lima

Universidade Estadual do Piauí
Pimenteiras/PI
<http://lattes.cnpq.br/3867320154294185>

Walkelândia Bezerra Borges

Universidade Estadual do Piauí
Picos/PI
<http://lattes.cnpq.br/6179988776081533>

Francisca Edinária de Sousa Borges

Universidade Estadual do Piauí
Oeiras/PI
<http://lattes.cnpq.br/6592934352822073>

Nerley Pacheco Mesquita

Universidade Estadual do Piauí
Picos/PI
<http://lattes.cnpq.br/1488288996016668>

Rita de Cássia Dantas Moura

Universidade Estadual do Piauí
Picos/PI
<http://lattes.cnpq.br/1675226712598252>

Vanessa Silva Leal Sousa

Universidade Estadual do Piauí
Picos/PI
<http://lattes.cnpq.br/5786121215819367>

Ana Letícia Nunes Rodrigues

Universidade Estadual do Piauí
Dom Expedito Lopes/PI
<http://lattes.cnpq.br/7392961624692668>

RESUMO: O Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), é o transtorno mental mais comum entre crianças e adolescentes, tendo potencial de acompanhar o indivíduo até a vida adulta. O presente trabalho faz uma descrição do TDAH em crianças e adolescentes e a atuação do profissional enfermeiro. Metodologia: trata-se de uma pesquisa descritiva de revisão de literatura. O presente estudo foi realizado entre os meses de setembro a dezembro de 2018, através da análise de literatura do período de 2003 a 2018. Resultados: Evidenciou-se que a atuação do enfermeiro frente ao portador de TDAH é de grande importância tanto na abordagem quanto no desenvolvimento de estratégias que visam melhorar a adesão do paciente ao tratamento, bem como fornecendo informações a família sobre a sintomatologia e o prognóstico da doença. Conclusão: conclui-se que o enfermeiro e a equipe têm fundamental importância na atuação precoce na problemática do TDAH e na qualidade de vida do portador e deve ser proporcionado mais espaços para a discussão da temática visto o pouco conhecimento de alguns integrantes da equipe de saúde. Objetivo:

o estudo objetivou descrever a importância da qualidade dos cuidados de enfermagem a crianças e adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade.

PALAVRAS - CHAVE: Cuidados de enfermagem, transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade, crianças e adolescentes.

NURSING CARE FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ATTENTION DEFICIT DISORDER AND HYPERACTIVITY

ABSTRACT: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is the most common mental disorder among children and adolescents, with the potential to accompany the individual into adulthood. The present work describes ADHD in children and adolescents and the role of the professional nurse. Methodology: this is a descriptive literature review. The present study was carried out between the months of September and December 2018, through the analysis of literature from 2003 to 2018. Results: It was evidenced that the nurse's performance in front of the ADHD patient is of great importance both in the approach and in the development of strategies that aim to improve the patient's adherence to treatment, as well as providing information to the family about the symptoms and the prognosis of the disease. Conclusion: it is concluded that the nurse and the team have fundamental importance in the early performance in the problem of ADHD and in the quality of life of the patient and more spaces must be provided for the discussion of the theme, given the little knowledge of some members of the health team. Objective: the study aimed to describe the importance of the quality of nursing care for children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

KEYWORDS: Nursing care, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, children and adolescents.

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é o distúrbio neurobiológico mais comum na infância, podendo persistir por toda a vida. É caracterizado por desatenção, hiperatividade e a impulsividade, que podem variar em um grau maior ou menor (AAP, 2009).

O TDAH possui predisposição hereditária, e pode ser agravado por fatores ambientais. A prevalência varia entre 5% a 15% das crianças em idade escolar, com incidência até três vezes maior no sexo masculino (MORAES, 2008).

Como diagnóstico de TDAH são necessários, pelo menos, seis sintomas de desatenção e seis dos sintomas de hiperatividade e é comum a confusão com sintomas de outras patologias associadas (ANFLOR, 2014).

O enfermeiro tem um papel indispensável na identificação do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), pois o mesmo tem contato diretamente com a criança nas consultas, podendo assim reconhecer os sinais e sintomas que a mesma pode apresentar, além de suspeitar sobre o diagnóstico e encaminhar essa criança para um serviço de referência, reduzindo assim os danos para ela e a família (ARAÚJO, 2004).

O profissional de enfermagem, em um país de desigualdades sociais como o

Brasil, tem o papel de reconhecer possíveis casos de TDAH e de encaminhá-los para tratamento adequado com agilidade, antes que o transtorno gere consequências irreversíveis, pois quando o cuidado é precoce tende a diminuir os prejuízos ocasionados (ANFLOR, 2014, p. 8).

Sendo assim, é de grande importância que toda a equipe de enfermagem esteja capacitada para realizar os cuidados em um paciente com TDAH e seus familiares, sendo necessário um trabalho interdisciplinar, a equipe deve avaliar criteriosamente o paciente, realizar a anamnese, verificar o histórico, focando no exame de funções mentais e observar o comportamento da criança ou adolescente.

É relevante no sentido de conhecer mais a fundo sobre o TDAH, os cuidados que devem ser prestados as crianças e adolescentes com esse transtorno, visto que o profissional enfermeiro é o primeiro contato da família e da criança, onde uma suspeita de diagnóstico precoce pode mudar toda a vida do paciente com TDAH, contribuindo assim para uma assistência de enfermagem de qualidade a ser prestada e para a qualidade de vida do paciente.

Dessa forma o presente artigo tem como objetivo analisar na literatura pertinente os cuidados de enfermagem à crianças e adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

METODOLOGIA

Este trabalho consiste em uma pesquisa descritiva de revisão de literatura. O presente estudo foi realizado entre os meses de setembro a dezembro de 2018 através da análise de literatura do período de 2003 a 2018. Para o levantamento dos artigos utilizou-se para busca a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), resultando nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: cuidados de enfermagem *and* Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade *and* crianças e adolescentes, com os seguintes filtros: textos completos disponíveis, em base de dados nacionais, em língua portuguesa, publicados nos anos de 2003-2018. Foram pré-selecionados na pesquisa um total de 52 artigos, após leitura previa para confirmar quais artigos seriam utilizados foram excluídos 47 artigos por não se encaixarem na pesquisa pois fugiam a ideia principal que era os cuidados de enfermagem a pacientes com TDAH, ao final restaram 07 artigos que abrangem os critérios de estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Parte dos profissionais enfermeiros tem o desconhecimento sobre o que é o TDAH, se dando por falha na graduação do mesmo ou por não se atentarem muito ao tema de saúde mental, dessa forma dificultando toda a assistência que poderia ser prestada aos pacientes com TDAH, resultando em uma menor qualidade de vida, uma menor interação

desses pacientes com a sociedade, dificuldade em conseguir um emprego, trazendo transtornos para toda a família (VIERHILE et al., 2009).

Enfermeiros e profissionais de enfermagem, muitas vezes, desempenham um papel-chave na gestão de cuidados às crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). O diagnóstico de TDAH requer cuidadosa anamnese, atenção ao comportamento do paciente e discussão com os pais de como essa criança age diariamente. Enfermeiros e profissionais de enfermagem devem ajudar os portadores dessa patologia e as suas famílias a alcançarem os objetivos em casa e também na escola, pois essa criança pode se isolar dos colegas de aula, causando isolamento social e dessa forma irá diminuir sua qualidade de vida e atrapalhar no convívio com outras pessoas (VIERHILE et al., 2009).

A avaliação do TDAH requer que o enfermeiro faça uma coleta cuidadosa de dados sobre a criança obtida através de informações dos pais e a observação dessa criança durante as consultas, através de anamnese, história familiar, verificar como essa criança se comporta no consultório de enfermagem, perguntar ao pais como é esse comportamento em casa, com os amigos, na escola, verificando assim como é criança no dia a dia para que se possa ter uma suspeita mais fidedigna do diagnóstico de TDAH (ESPINOZA; AGUILAR, 2012).

Os enfermeiros devem planejar toda uma gestão de cuidados às crianças com TDAH. O enfermeiro como membro da equipe multidisciplinar, pode solucionar problemas dessa criança para atender suas necessidades de assistência à saúde, o que envolve avaliação, coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e investigação, que promovam a resolução dos diagnósticos de enfermagem diante do TDAH, mas para tudo isso o enfermeiro deve estar preparado e ter o conhecimento necessário para realizar toda avaliação de forma correta e assim poder intervir (VIERHILE et al., 2009).

O enfermeiro, como integrante das equipes interdisciplinares, participa das atividades definidas pela equipe de saúde mental, interfere e conduz o mecanismo de atendimento e seguimento dos portadores de transtornos psiquiátricos, como qualquer técnico de saúde mental, e tem o papel de orientar a equipe de enfermagem, atendendo às especificidades da profissão. Vive, assim, a experiência de um trabalho inovador, junto à equipe de saúde mental, dando sua contribuição, para a melhoria do atendimento. A organização e a rotina de trabalho devem ser construídas dia a dia, de acordo com a realidade dos usuários dos serviços e necessidades dos pacientes, da família e da comunidade, sendo assim o enfermeiro deve organizar e trabalhar com sua equipe para o melhor atendimento possível a esses portadores desse transtorno (SILVEIRA; ALVES, 2003).

O enfermeiro desempenha um papel muito importante e crucial na realização e planejamento das atividades que serão desenvolvidas nos portadores de transtornos psiquiátricos como o TDAH, realizando anamnese adequada bem como fazendo uma avaliação integral do paciente para que as melhores intervenções e desenvolvimentos de atividades que visam a melhorar o quadro do paciente, o enfermeiro também é importante

no desenvolvimento de ações preventivas que beneficiem e deem sua contribuição tanto na promoção da saúde quanto na prevenção de agravos (SILVEIRA; ALVES, 2003).

Por sua vez o profissional tem seus papéis de prestador de cuidados, educador de saúde, consultor e conselheiro, colabora com os pacientes, pais e/ou responsáveis, administradores e outros profissionais de saúde e do serviço social em consequência de problemas de saúde (SMELTZER; BARE, 2005).

O enfermeiro é de extrema importância na promoção da saúde mental e na área de educação, pois na maioria das vezes trata-se do primeiro profissional da saúde com o qual as famílias de crianças e adolescentes com problemas de comportamento oriundos do TDAH tem contato. Com isso, o enfermeiro precisa estar habilitado para reconhecer a sintomatologia do transtorno e adotar estratégias com a família que minimizem o sofrimento da criança ou adolescente. Estratégias podem ser adotadas, a consulta de enfermagem por exemplo, cada vez mais estimulada na atenção primária em saúde, promovendo assim um vínculo entre profissional e os pacientes visando o sucesso do tratamento (SANTOS et al., 2010).

Torna-se relevante difundir a importância de o enfermeiro atuar precocemente na problemática do TDAH que atinge tantas crianças e adolescentes em nosso país e como cuidar adequadamente do sofrimento que o TDAH traz consigo, uma vez que pode desestabilizar a estrutura familiar e social, além de influenciar o desenvolvimento emocional, comportamental e social da criança e adolescente portador.

As crianças e adolescentes com TDAH precisam de uma promoção de condições sociais favoráveis para o seu desenvolvimento, de um ambiente familiar que atenda às suas necessidades e que os pais e profissionais forneçam os cuidados necessários a esses pacientes. Como o TDAH interfere nas atividades diárias, os profissionais da área da saúde, devem estar preparados e habilitados para a avaliação e reabilitação destas crianças, de forma a minimizar o impacto na qualidade de vida e interação social desta população. Sendo assim os enfermeiros precisam ter conhecimento acerca desse transtorno para poder referenciar essa criança ao serviço especializado e assim de maneira precoce evitar danos para sua vida e de sua família, além de fornecer os cuidados essenciais diante do TDAH (SANTOS et al., 2014).

Desse modo vale salientar, que o profissional de enfermagem precisa estar preparado para oferecer esses cuidados, visto que é torna-se imprescindível no tratamento do TDAH. O enfermeiro precisa desenvolver uma ponte de interação entre o paciente e os seus familiares, abordando sobre as opções para o cuidado, tratamento e qualidade de vida a esses portadores de TDAH. Promover a quebra das barreiras acerca do diagnóstico pode proporcionar melhor planejamento para as intervenções necessárias, possibilitando assim uma melhora significativa no quadro clínico, demonstrando que é possível conviver com a patologia.

Os artigos analisados evidenciaram a importância da assistência de enfermagem

junto com o apoio familiar para o diagnóstico precoce, tratamento a implementação e implantação dos cuidados as crianças e adolescentes diagnosticados com TDAH a fim de proporcionar uma qualidade de vida adequada a esses pacientes e seus familiares.

CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa buscou identificar como são realizados os cuidados de enfermagem a criança e adolescente com TDAH, identificando a importância que a qualidade dessa assistência.

É imprescindível que o enfermeiro tenha conhecimento acerca dos transtornos mentais, principalmente o TDAH pois trata-se do distúrbio neurobiológico que mais afeta as crianças e adolescentes, podendo assim identificar sinais e sintomas precocemente, oportunizando o mesmo de realizar um planejamento e implementação após um diagnóstico com sua equipe, obtendo assim o máximo de informações. O conhecimento e interação dos pais ou familiares auxilia nos objetivos que precisam ser alcançados para melhora da qualidade de vida dos pacientes.

É de extrema importância que no campo da saúde, não se perca o foco do cuidado, onde a criança e sua família estão inseridos enquanto seres que necessitam de cuidados dentro do contexto de suas condições de vulnerabilidade. Ao se pensar nesta díade indissociável criança ou adolescente e família, é necessário que o profissional enfermeiro assuma uma atitude ética diante da condição humana, no planejamento, organização, execução e avaliação do processo de cuidar e assistir em saúde.

Verificou-se também a escassez de publicações de artigos que abordem o cuidado de enfermagem a crianças e adolescentes com TDAH, porém, existe um acervo maior em relação ao diagnóstico e tratamento desse distúrbio. É importante enfatizar que o cuidado de enfermagem a esses pacientes é essencial no tratamento e qualidade de vida dos mesmos, junto aos seus familiares.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, [AAP]. (2009). **Clinical practice guideline: Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder**. *Pediatrics*, 105(5), 1158-1170. doi:10.1542/peds.105.5.1158.

ANFLOR, E. P. **Cuidados de enfermagem a crianças e adolescentes com transtorno de deficit de atencao e hipertividade**. UFRGS, Porto Alegre, 2014. 31p.

ARAUJO.; CAMPOS, A. P. de Q. **Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção**. In: J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 78, supl. 1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572002000700013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2014.

CARVALHO; MOREIRA, W. **O enfermeiro e o portador de transtorno do déficit de atenção com hiperatividade**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. São Gonçalo do Sapucaí, 2011. 57f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

ESPINOSA, L.; AGUILAR, M. J. **Aspectos prácticos en la atención del niño y adolescente con TDAH**. In: *Rev Pediatr Aten Primaria*, Madrid, 2012. Disponível em:<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113976322012000200012&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 04 nov. 2014.

LIOTTI M, PLISZKA SR, HIGGINS K, PREZ III R, SEMRUD-CLIKEMAN M. **Evidence for specificity of ERP abnormalities during response inhibition in ADHD children: A comparison with reading disorder children without ADHD**. *Brain and Cognition*. 2010; (72):228-237.

MORAES, C.; CIASCA, S. M., & RIBEIRO, M. V. M. (2008). **Problemas escolares e sua associação com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**. In L. E. L. R. Valle (Ed.) *Neuropsiquiatria: Infância e adolescência*. (pág. 33-40). Poços de Caldas, MG: ABENEPI.

PINHEIRO, F.H.; LOURENCETI, M.D.; SANTOS. L.C.A. **Transtornos do déficit de atenção e hiperatividade: critérios diagnósticos**. In: Capellini SA, Germano GD, Cunha VLO, editors. *Transtornos de aprendizagem e transtornos da atenção (da Avaliação à Intervenção)*. São José dos Campos: Editora Pulso; 2010. p. 21-33.

ROHDE, L. A.; BARBOSA, G. A.; TRAMONTINA, S., & POLANCZYK, G. (2009). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (Supl. II). Recuperado em 10 jun. 2010, em, <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3788.pdf>.

SANTOS, L. de F.; VASCONCELOS, L. A. **Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar**. In: *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v.26, n.4, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722010000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2014.

SILVEIRA, M. R. da.; ALVES, M. **O enfermeiro na equipe de saúde mental - o caso dos Cersams de Belo Horizonte**. *Rev Latino-am Enfermagem*. [S.l.], v. 11, n. 5, 2003. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000500012>. Acesso em: 17 out. 2011.

SMELTZER, SUZANNE, C; BARE, B. G. Brunner & Suddarth **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005.

VIERHILE, A.; ROBB, A.; KRAUSE, P. **Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: Closing Diagnostic, Communication, and Treatment Gaps**. In: *J Pediatr Health Care*, nº 23, supl. 1, p. 5-23.

CAPÍTULO 12

AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM CRIANÇA COM LONGA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Data de aceite: 03/08/2020

Thaís Barbosa dos Santos

Universidade Estácio de Sá
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0001-6715-693X>

Maria José Pessanha Maciel

Universitário Gafrée Guinle
HUGG/UNIRIO
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0003-1092-0911>

Glaice Kelly Dias Barbosa

Hospital Universitário Pedro Ernesto
UERJ
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/7957930919727720>

Conceição Pereira Silva de Albuquerque

Nova Iguaçu – Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0001-8197-5958>

Luciana Oliveira Simões

Hospital Universitário Gafrée Guinle
HUGG/UNIRIO
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0002-7243-7100>

Catia Rustichelli Mourão

UNISUAM
Duque de Caxias – Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0003-4482-5461>

Emanuel Pereira dos Santos

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UNIRIO
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0003-2454-7572>

RESUMO: Lesão por pressão é definida como um dano localizado na pele e/ ou tecidos moles subjacentes devido a uma pressão constante, e esta é comumente encontrada em pacientes com longos períodos de internação. Entretanto, com perspectiva no enfoque preventivo, a equipe de enfermagem deve realizar ações sistematizadas, planejadas e individualizadas para cada paciente. Objetivo: Apresentar as ações de enfermagem realizadas na prevenção da lesão por pressão em paciente internado em unidade pediátrica por longo período. Metodologia: Relato de experiência. Resultado: O sucesso na prevenção de lesão por pressão é atribuído à implementação de medidas específicas e aplicabilidade das ações de enfermagem direcionadas as necessidades individuais da criança.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Lesão por pressão, Tempo de internação, Criança.

NURSING ACTIONS IN THE PREVENTION OF PRESSURE INJURIES IN CHILDREN WITH LONG HOSPITAL STAYS

ABSTRACT: Pressure injury is defined as localized damage to the skin and / or underlying soft tissues due to constant pressure, which is commonly found in patients with long hospital stays. However, with a perspective in the preventive approach, the nursing team must carry out systematic, planned and individualized actions for each patient. Objective: To present the nursing actions carried out in the prevention of pressure injuries in a patient admitted to a pediatric unit for a long period. Methodology: Experience report.

Result: Success in preventing pressure injuries is attributed to the implementation of specific measures and the applicability of nursing actions directed to the individual needs of the child.

KEYWORDS: Nursing, Pressure Ulcer, Length of Stay, Child.

INTRODUÇÃO

Segundo o National Pressure Ulcer Advisory Panel (2016) a lesão por pressão é definida como um dano localizado na pele e/ ou tecidos moles subjacentes devido a uma pressão constante, e esta é comumente encontrada em pacientes com longos períodos de internação. Entretanto, com perspectiva no enfoque preventivo, a equipe de enfermagem deve realizar ações sistematizadas, planejadas e individualizadas para cada paciente.

OBJETIVO

Apresentar as ações de enfermagem realizadas na prevenção da lesão por pressão em paciente internado em unidade pediátrica por longo período.

METODOLOGIA

Constitui um relato de experiência vivenciado por uma equipe de enfermagem em uma unidade de internação pediátrica de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro.

DISCUSSÃO

Criança encefalopata, 7 anos, internada desde 23/01/2012, com diagnóstico de síndrome de West e insuficiência respiratória crônica, traqueostomizada, em uso de ventilação mecânica invasiva contínua, suporte nutricional por gastrostomia (GTT), hábitos intestinais com padrão oscilando entre diarreia e constipação, bexiga neurogênica e hipotonia generalizada. Os principais fatores de risco para lesão por pressão relacionados ao paciente são: déficit sensitivo, mobilidade e perfusão tissular prejudicada, internação prolongada e infecções recorrentes. Sendo implementados os seguintes cuidados: aplicação da escala de Braden Q, mobilidade terapêutica de acordo com o quadro clínico do paciente, otimização da hidratação e utilização de superfícies de apoio para minimização de pressão.

RESULTADOS

Após a aplicação da escala de Braden Q, foi identificado risco alto para desenvolvimento de lesão por pressão. Embora com escore 9, foi avaliado que o paciente apresenta conservação da integridade da pele e não apresenta sinais indicadores de comprometimento tissular.

CONCLUSÃO

O sucesso na prevenção de lesão por pressão é atribuído à implementação de medidas específicas e aplicabilidade das ações de enfermagem direcionada as necessidades individuais da criança assistida de forma humanizada, associada com assistência multidisciplinar, constituindo um importante indicador na qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Escala de Braden Q para avaliação do risco de úlcera por pressão em crianças. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Braden_Q-gJJhr89q.pdf/34cd3729-f0fd-4e75-85f9-d6f829c4fcf0 Acesso em: 21/05/2020.
2. Maia, A. C. A. R.; Pellegrino, D. M. S.; Blanes, L.; Dini, G. M.; Ferreira, L. M. Tradução para a língua portuguesa e validação da escala de Braden Q para avaliar o risco de úlcera por pressão em crianças Portuguese translation and validation of the Braden Q scale for predicting pressure ulcer risk in pediatric patients. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n3/a16v29n3.pdf> Acesso em: 21/05/2020.
3. GUIA DE CONSULTA RÁPIDA ESCALA DE BRADEN Q Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2015/09/GuiaRapido.pdf> Acesso em: 21/05/2020.
4. Brasil. Práticas seguras para prevenção de lesão por pressão em serviços de saúde. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS), Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 2017.
5. Brasil. Resolução COFEN-358/2009. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html Acesso em: 21/05/2020.
6. National Pressure Ulcer Advisory Panel .Pressure Injury Prevention points . 2016. Disponível em <https://npuap.org/page/preventionpoints>. Acessado em 10 de setembro de 2019.

CAPÍTULO 13

ANÁLISE DOS RISCOS PARA AMAMENTAÇÃO INEFICAZ: FATORES QUE CONTRIBUEM PARA O DESMAME PRECOCE EM PUÉRPERAS ADOLESCENTES

Data de aceite: 03/08/2020

Bentinelis Braga da Conceição

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia
do Maranhão
UNIFACEMA
Caxias – MA

Valdenia Guimarães e Silva Menegon

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA
Universidade Federal do Maranhão – UFMA
Caxias – MA

Fernanda Lima de Araújo

Centro Universitário Estácio do Ceará
Fortaleza-CE

Laísa Ribeiro Rocha

Centro Universitário UniFacid Wyden
Teresina-PI

Rafaela Alves de Oliveira

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia
do Maranhão
UNIFACEMA
Caxias – MA.

Paula Lima de Mesquita

Centro Universitário UniFacid Wyden
Teresina-PI

Érica Patrícia Dias de Sousa

Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina-PI

Luzia Maria Rodrigues de Carvalho

Faculdade do Médio Parnaíba – FAMEP
Teresina-PI

Sildália da Silva de Assunção Lima

Universidade Estadual do Maranhão – UEMA
Caxias – MA
<http://lattes.cnpq.br/6404048564315554>

Amanda Karoliny Meneses Resende

Universidade Estadual do Piauí –UESPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/3126388137953689>

Ana Paula Ribeiro de Melo Meneses

Universidade Estadual do Piauí –UESPI
Teresina-PI

Amanda Cristina Machado Lustosa

Estácio –CEUT
Teresina-PI

Ana de Cássia Ivo dos Santos

Faculdade Piauiense
Parnaíba –PI

Vaneska Maria Fontenele de Oliveira

Universidade Estadual do Piauí –UESPI
<http://lattes.cnpq.br/4606976646779760>

Shirley Samara Silva Monteiro

Faculdade Maurício de Nassau
Parnaíba –PI

Antônia Rodrigues de Araújo

Universidade Estadual do Piauí-UESPI
Floriano-PI

RESUMO: A adolescência deve ser considerada a partir dos aspectos bio-psico-social. O aleitamento materno é um processo fisiológico que traz muitas vantagens para as puérperas,

fornecendo nutrientes necessários para promoção e proteção contra infecções comuns da infância, obtendo pleno desenvolvimento infantil. Nesse sentido, o objetivo da pesquisa foi analisar os fatores que contribuem para amamentação ineficaz e conseqüentemente o desmame precoce em puérperas adolescentes. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de campo com abordagem quantitativa. A pesquisa ocorreu com 102 puérperas adolescentes, de uma Maternidade Pública, da cidade de Caxias-MA. Os resultados identificados mostrou que a grande maioria das puérperas adolescentes entrevistadas eram pretas (37,3%), tinham faixa etária entre 16-19 anos (67,7%), estado civil solteira (52%), escolaridade ensino fundamental incompleto (42,2%), não trabalhavam fora do lar (60,8%), renda familiar menor a um salário mínimo (54%). Dos fatores de risco para amamentação ineficaz destacaram-se as mães primíparas (63,7%), gravidez não planejada (75,5%), parto cesáreo (56,8%), seis ou mais consultas pré-natais (45,1%). Quanto aleitamento materno exclusivo 72,6% disseram ter recebido informações, 64,1% relataram receber apoio familiar, 89,3% tiveram dificuldade de amamentar, surgimento das dificuldades logo após o parto (81,5%). Das dificuldades encontradas destacaram-se baixa produção de leite (56,8%), medo da mama cair (47%), falta de experiência (41,1%), falta de conhecimento (40,1%), posicionamento de amamentar (39,2%), má pega do bebê (37,2%), crença de possuir leite pouco e dor ao amamentar (34,3%). Uma solução para diminuir o desmame precoce seria ter maior participação dos familiares e das puérperas adolescentes, em parceria com a equipe de enfermagem, pois o mesmo tem autonomia no que diz respeito o pré-natal de baixo risco, ajudando na redução da problemática. Além de incentivar as mães adolescentes a realizar todas as consultas pré-natais e a realizar o aleitamento materno exclusivo.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez na Adolescência, Aleitamento Materno, Fatores de Risco, Desmame, Assistência de Enfermagem.

ANALYSIS OF RISKS FOR INEFFECTIVE BREASTFEEDING: FACTORS THAT CONTRIBUTE TO EARLY WEANING IN ADOLESCENT MOTHERS

ABSTRACT: Adolescence should be considered from the bio-psycho-social aspects. Breastfeeding is a physiological process that brings many advantages to puerperal women, providing nutrients needed for promotion and protection against common childhood infections, achieving full child development. In this sense, the objective of the research was to analyze the factors that contribute to ineffective consequently, early weaning in postpartum adolescents. This is a descriptive, exploratory field study with a quantitative approach. The study was carried out with 102 adolescent mothers, from a public maternity unit, of the city of Caxias-MA. The results showed that the vast majority of the adolescents interviewed were black (37.3%), aged between 16 and 19 (67.7%), (42.2%), did not work outside the home (60.8%), family income less than a minimum wage (54%). Among the risk factors for ineffective breastfeeding were primiparous mothers (63.7%), unplanned pregnancies (75.5%), cesarean births (56.8%), six or more prenatal consultations (45.1% %). Regarding exclusive breastfeeding, 72.6% said they received information, 64.1% reported receiving family support, 89.3% had difficulty in breastfeeding, the onset of difficulties immediately after delivery, 81.5%. The difficulties found were low milk production (56.8%), fear of breast fall (47%), lack of experience (41.1%), lack of knowledge (40.1%), breastfeeding positioning 39.2%), bad baby (37.2%), belief in having

little milk and pain at breastfeeding (34.3%). One solution to reduce early weaning would be to have a greater participation of the family members and the puerperal adolescents, in partnership with the nursing, team since it has autonomy regarding low-risk prenatal care, helping to reduce the problem. In addition to encouraging adolescent mothers to perform all prenatal consultations and to perform exclusive breastfeeding.

KEYWORDS: Pregnancy in Adolescence, Breast Feeding, Risk Factors, Weaning, Nursing a Attendance.

1 | INTRODUÇÃO

A adolescência é um período fundamental do desenvolvimento humano e deve ser considerada a partir dos aspectos biológicos, jurídicos, psicológicos e sociais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência é o período compreendido entre 10 e 19 anos de idade. Já a lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA dá outras providências, considera que criança é a pessoa de até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aquela entre 12 a 18 anos de idade (BRASIL, 2010).

O Aleitamento materno (AM), fornece todos os nutrientes necessários utilizados na promoção e proteção contra infecções comuns da infância, obtendo pleno desenvolvimento infantil, sendo assim, durante séculos a alimentação no seio materno representou a forma natural e praticamente única de alimentar uma criança, uma vez que o leite possui uma substância chamado colostro, que é responsável pela imunidade inata, bem como pelo crescimento e desenvolvimento do bebê, contribuindo ainda para o fortalecimento do vínculo emocional e afetivo entre mãe e filho (CARVALHO et al., 2013).

Há grandes dificuldades encontradas pelas puérperas adolescentes durante o aleitamento materno. Baseado nisso o presente estudo tem como problema científico: Quais os fatores que contribuem para o desmame precoce em puérperas adolescentes que podem resultar em riscos para amamentação ineficaz?

A pesquisa justificou-se pela importância das puérperas adolescentes manterem a amamentação até os primeiros seis meses de vida do recém-nascido (RN), pois o leite materno nutre, desenvolve habilidades do bebê, faz com que seu organismo se defenda de infecções, promove um desenvolvimento cognitivo e emocional, visto que estar comprovado os benefícios dessa prática, fortalecendo o vínculo afetivo entre mãe e filho (SANTOS et al., 2016).

2 | METODOLOGIA

2.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de campo com abordagem quantitativa. Uma pesquisa descritiva tem por finalidade apresentar e interpretar as características de

um objeto de estudo ou de um grupo populacional, busca renovar as características de determinados grupos sociais e de encontrar ligações entre as variáveis (GIL, 2016).

2.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada em uma maternidade pública da cidade de Caxias-MA. Toda a estrutura da maternidade é atendida diuturnamente por uma equipe de 235 profissionais.

2.3 População e amostra

A população de estudo foram puérperas adolescentes na quantidade de 102 localizada em uma maternidade pública na cidade de Caxias-MA.

A amostra foi por conveniência, estas foram abordadas via referenciamento em seus determinados leitos de internação da maternidade.

2.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão definidos para a pesquisa foram puérperas adolescentes, com idade determinada de acordo a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre 10 a 19 anos e conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com idade entre 12 a 18 anos.

Os critérios de exclusão foram adolescentes deficientes, puérperas adolescentes que não amamentam por questão de alguma patologia que impossibilitasse a amamentação.

2.5 Instrumento e coleta de dados

A coleta dos dados se deu no período compreendido entre julho a setembro de 2017, no município de Caxias-MA, por meio do questionário semiestruturado com perguntas fechadas.

2.6 Análise dos dados

Os dados foram obtidos por meio de instrumento de coleta de dados, utilizando estatística descritiva simples para melhor interpretação e discussão.

Para processamento dos dados e análise estatística foi utilizado o programa Microsoft Office Excel, versão 2016 para Windows.

2.7 Aspectos éticos e legais

O Projeto de pesquisa foi submetido para avaliação na Plataforma Brasil, e em seguida ao (CEP) Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão-FACEMA, onde o mesmo foi aprovado com o N° do CAAE: 71213917.5.0000.8007 e o Parecer 2.179.837.

2.8 Riscos e benefícios

Os riscos relativos à pesquisa diziam respeito a algum procedimento que fosse considerado como constrangedor às participantes, no entanto, os possíveis riscos foram minimizados diante da possibilidade da recusa em responder qualquer pergunta que fosse

considerada constrangedora.

Os benefícios da pesquisa são exclusivamente indiretos de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012, o estudo teve como benefícios seu caráter inovador, onde pode-se permitir novos conhecimentos referentes à temática.

3 | RESULTADOS

O presente estudo, obteve 102 participantes que preencheram os critérios de inclusão, onde a grande maioria das puérperas adolescentes entrevistadas eram pretas, tinham faixa etária entre 16-19 anos, encontravam-se estado civil solteira, com escolaridade ensino fundamental incompleto, não trabalhavam fora do lar, renda familiar de menor a um salário mínimo.

Quanto às dificuldades de amamentar 89,3% apresentaram, surgimento das dificuldades logo após o parto (81,5%). No que tange as dificuldades de amamentar as mais relatadas foram: baixa produção de leite (56,8%), medo da mama cair (47%), falta de experiência (41,1%), falta de conhecimento (40,1%), posicionamento de amamentar (39,2%), má pega do bebê (37,2%), dificuldade de sucção (36,2%), crença de possuir pouco leite e dor ao amamentar (34,3%), no entanto apenas 5,8% referiram falta de preparo para amamentar. Quanto ao tempo que pretende amamentar 37,4% relataram menos de seis meses.

VARIÁVEIS	Nº	PORCENTAGEM %
Idade		
10-15 anos	33	32,3%
16-19 anos	69	67,7%
Alfabetizada		
Sim	86	84,3%
Não	16	15,7%
Escolaridade		
Fund. Incompleto	43	42,2%
Fund. Completo	19	18,6%
Médio incompleto	16	15,6%
Médio completo	6	5,9%
Superior completo	0	0,0%
Superior incompleto	5	4,9%
Especialização e demais	0	0,0%
Ignorado	13	12,8%
Estado Civil		
Casada	16	15,6%
Estável	31	30,3%

Solteira	53	52%
Viúva	0	0,0%
Separada	2	1,9%
Trabalha fora do lar		
Sim	8	7,9%
Não	62	60,8%
Ignorado	32	31,3%
Ocupação do chefe da família		
Não manual	1	0,9%
Manu qualificado e Semi	18	17,6%
Manu não qualificado	60	58,9%
Desempregado	23	22,5%
Renda familiar		
< Salário Mínimo	55	54%
1 Salários Mínimo	35	34,3%
2 Salário Mínimo	7	6,8%
3 Salário Mínimo	5	4,9%
>3 Salário Mínimo	0	0,0%
Raça/Cor		
Branca	16	15,7%
Preta	38	37,3%
Amarela	13	12,7%
Parda	27	26,5%
Indígena	2	1,9%
Não informada	6	5,9%

Tabela 1. Caracterização dos fatores sociodemográfico em puérperas adolescentes que apresentam risco para amamentação ineficaz (n=102). Caxias-MA, 2017.

Fonte: Pesquisa direta.

VARIÁVEIS	Nº	PORCENTAGEM %
Histórico gestacional		
Primípara	65	63,7%
Múltipara	37	36,3%
Última gestação		
Planejada	17	16,7%
Não planejada	77	75,5%
Ignorada	8	7,8%
Tipo de parto		
Vaginal	44	43,2%
Cesáreo	58	56,8%
Nº de consultas pré-natal		
Nenhum	0	0,0%
Uma	6	5,9%
Duas a três	18	17,6%

Quatro a cinco	32	31,4%
Seis ou mais	46	45,1%
Infor. da amamentação no pré-natal		
Sim	74	72,6%
Não	28	27,4%
Apoio familiar		
Sim	65	64,1%
Não	33	32%
Ignorado	4	3,9%

Tabela 2. Distribuição dos fatores de risco relacionados a amamentação ineficaz em puérperas adolescentes e consequente desmame precoce (n=102). Caxias-MA, 2017.

Fonte: Pesquisa direta.

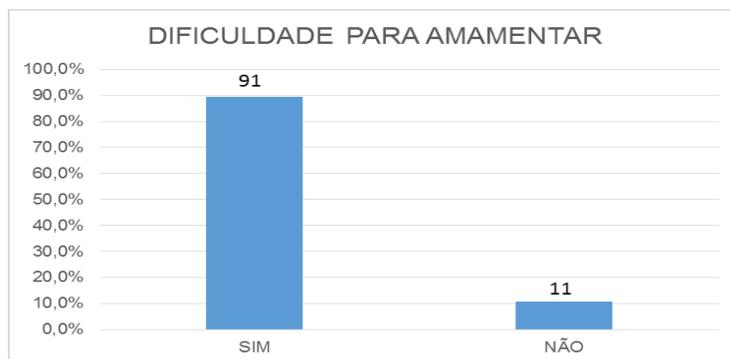


Figura 1. Análise dos dados relativos as dificuldades para amamentar como fator de risco para o desmame precoce em puérperas adolescentes (n=102). Caxias-MA, 2017.

Fonte: Pesquisa direta

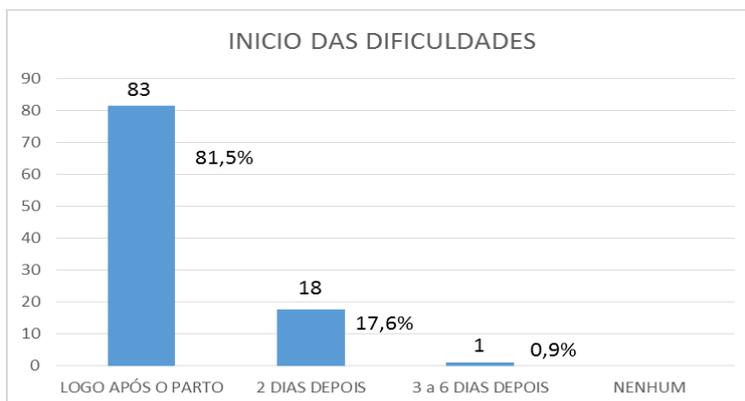


Figura 2. Distribuição dos períodos de início das dificuldades para amamentar como fator de risco para amamentação ineficaz em puérperas adolescentes (n=102). Caxias-MA, 2017.

Fonte: Pesquisa direta.

VARIÁVEIS DAS DIFICULDADES	Nº	PORCENTAGEM
Febre	6	5,9%
Fissura mamilar	18	17,6%
Baixa produção de leite	58	56,8%
Mamilo invertido	17	16,7%
Mamilo alongado	4	3,9%
Mamilo plano	13	12,7%
Má pega do bebê	38	37,2%
Dificuldade de sucção	37	36,2%
Ingurgitamento mamário	13	12,7%
Rachadura no bico do peito	11	10,7%
Mama dolorida	19	18,6%
Bebê com sucção fraca	18	17,6%
Inflamações nas mamas	11	10,7%
Crença de leite fraco	16	15,6%
Crença de pouco leite	35	34,3%
Medo da maternidade	17	16,6%
Falta de preparo	6	5,8%
Falta de segurança	16	15,6%
Falta de confiança	19	18,6%
Falta de conhecimento	41	40,1%
Falta de experiência	42	41,1%
Medo da mama cair	48	47%
Dor ao amamentar	35	34,3%
Depressão pós – parto	4	3,9%
Depressão anterior gestação	6	5,8%
Posição de amamentar	40	39,2%
Má relação conjugal	7	6,8%
Humor pós – parto	6	5,8%
Bebê não suga o mamilo	15	14,7%

Tabela 3. Distribuição das dificuldades encontradas nas puérperas adolescentes em suas diferentes faixas etárias entre 10 a 19 anos (n=102). Caxias-MA, 2017.

Fonte: Pesquisa direta.

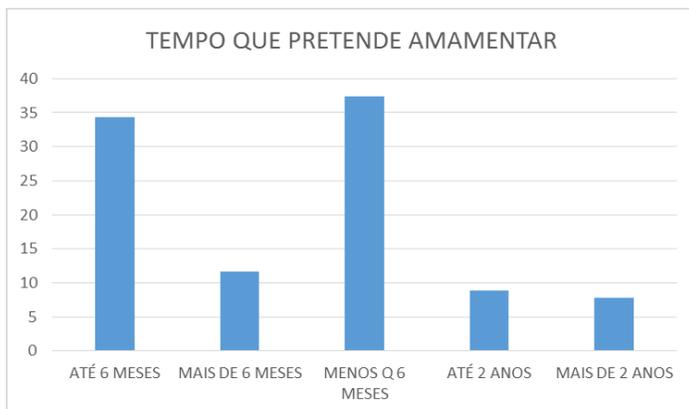


Figura 3. Dados relativos ao tempo que as puérperas adolescentes pretendem amamentar (n=102). Caxias-MA, 2017.

Fonte: Pesquisa direta.

4 | DISCUSSÃO

No presente estudo, as puérperas adolescentes encontravam-se com a faixa etária entre 16-19 anos, 84,3% disseram ser alfabetizadas, onde 42,2% tinham o ensino fundamental incompleto, uns dos fatores de risco que foram de maior relevância para o desmame precoce em puérpera adolescentes que amamentaram foram, o estado civil solteira com 52% e renda familiar menor que um salário mínimo com 54%. Quanto a ocupação do chefe da família 58,9% trabalhavam como manual não qualificado, sendo que desempregado foram 22,5%.

Em relação às condições sociodemográficas, Barbieri et al. (2012) afirmam em seu estudo que a maior parte das puérperas adolescentes se encontravam em situação de risco para o desmame precoce, eram mulheres jovens entre 15-19 anos com 82%, sendo 58% alfabetizadas e com baixa escolaridade (42,3%).

Em relação à raça/cor, evidencia-se no estudo o maior número de mulheres que autodeclararam serem pretas com 37,3%. Dados que estão em divergência com a pesquisa de Marabotti et al. (2013) que aponta aproximadamente 69% das puérperas adolescentes assistidas em uma maternidade de Rio de Janeiro autodeclararam-se brancas.

Na presente pesquisa as PA's que relataram ser mães primíparas foram 63,7%. Segundo o estudo quantitativo feito por Barbieri et al. (2014) realizado com puérperas adolescentes em UBS's de Maringá-Paraná, mostrou que a maioria das mães adolescentes eram primíparas (53%), convergindo assim com este estudo. Resultados estes remetem para a importância do incentivo e promoção do AM desde do pré-natal pelos profissionais de saúde, principalmente para as primíparas.

A grande maioria (75,5%) das puérperas adolescentes disseram não ter planejado

a gravidez, sendo uns dos fatores que mais contribuem para o desmame precoce. Esses dados chamam a atenção na amostra realizada por Tomeleri e Silva (2009) durante uma pesquisa qualitativa na cidade de Cambé-Paraná, em UBS's da zona urbana, onde a maioria das puérperas adolescentes declararam não terem planejado a gravidez (64,3%).

Na presente pesquisa o número de consultas pré-natais foram bastante relatadas pelas nutrizes adolescentes, 45,1% disseram ter realizado seis ou mais consultas. Percebe-se que a maioria das mulheres realizaram um número maior de consultas do que o preconizado pelo Ministério da Saúde. Assim sendo, deduz-se que o município de Caxias-MA está cumprindo com o que é preconizado em nível nacional. Em concordância com esta pesquisa Santos et al. (2016) verificou-se que 63,3% das puérperas tiveram mais de seis consultas pré-natais.

Considerando a importância do pré-natal, acredita-se que os profissionais de saúde devem ser sensibilizados quanto aos impactos negativos e positivos que esta prática pode exercer na vida da mãe e mais profundamente na do filho, assim poderá evitar um futuro desmame precoce.

Quanto os fatores de riscos para o desmame precoce, em um estudo qualitativo, desenvolvido em UBS's da cidade de Sobral-Ceará, as principais dificuldades foram as mamas ingurgitadas com 56,4%, divergindo com a pesquisa atual e concordando apenas com a mamilo invertido (19,5%) e na fissura mamilar (17,4%), pois nos dois estudos teve uma menor porcentagem. O mesmo autor afirma ainda que é importante observar as condições das mamas, pois fissuras e ingurgitamento mamário podem dificultar intensamente a amamentação, além de causar dor, a qual é uma relevante causa para o abandono desta prática (NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2016)

Em relação aos problemas de dificuldades de amamentar das PA's, houve um índice relativamente alto, entre eles está, a baixa produção de leite, o mais relatado nesta pesquisa (58,8%), o que divergem com o estudo de Almeida et al. (2014) em uma pesquisa quantitativa realizada em Cáceres-Mato Grosso, em que foi possível observar que a baixa produção de leite não prevaleceu (10%), dentre as dificuldades mais relevantes, constatou-se que as mais frequente foram à fissura mamilar com 30%, poucas relataram o ingurgitamento mamário (10%), em concordância com esta pesquisa.

A produção do leite materno é ligada à demanda do recém-nascido, pois quanto mais sugar maior será a produção de leite, em um intervalo maior entre as mamadas, é essencial esvaziar as mamas extraíndo o leite em horários regulares, assim, é importante dar o peito sempre que estiver com o bebê. A prolactina é o hormônio responsável pela produção do leite o qual é liberado em maior quantidade no período noturno, sendo assim, a parturiente adolescente deverá também amamentar sobre livre demanda durante à noite (CAMPOS et al., 2011).

O medo da mama cair foi uma das dificuldades mais informadas durante a pesquisa (47%), dados parecidos foram encontrados na pesquisa quantitativa feita na cidade de

Porto Alegre-RS, por Vaucher e Durman (2009) onde 58% das puérperas adolescentes declararam ter medo da mama cair. O mito de que os seios caem devido á amamentação são relatados por muitas mães, pois algumas elas acreditam que, quanto maior o tempo de aleitamento materno mais serão prejudicadas esteticamente.

A falta de experiência foi outra dificuldade relatada pelas puérperas adolescentes (41,1%), concordando com o estudo quantitativo realizado por Silva et al. (2009) com adolescentes na maternidade de uma instituição filantrópica, em Ribeirão Preto-São Paulo, onde a maioria (59%), relataram falta de experiência, sendo fator limitante no desempenho da maternidade. Inseguranças e incômodo frente ao choro do bebê faz emergir sentimentos de incompetência para o cuidado materno e a necessidade de apoio de seu meio social.

A respeito do conhecimento sobre aleitamento materno, 40,1% das mães relataram não possuir. Conforme o estudo de Oliveira (2012) realizado com puérperas adolescentes e adultas em UBS's do município de Joaçaba-Santa Catarina, a dificuldade que mais prevaleceu em seu trabalho foi a falta de conhecimento, 71% das puérperas desconheciam a importância do preparo da mama para melhorar a efetividade da amamentação, desconhecendo o processo do aleitamento materno e os benefícios adquiridos pelo colostro e pela continuidade da amamentação até os seis meses de vida.

Em contrapartida, no estudo de Freitas et al. (2014) observou-se que as puérperas adolescentes apresentaram mais conhecimento sobre o aleitamento materno (72%). Possivelmente, isso ocorreu pelo fato das puérperas ter completado todo seu pré-natal e por terem recebido assistência de diversos profissionais de saúde e orientações quanto ao aleitamento materno exclusivo.

O posicionamento de amamentar teve a porcentagem de 39,2%, no trabalho atual, sendo uma da dificuldade encontrada na pesquisa de Polido et al. (2011), onde 19,6% das puérperas adolescentes não posicionavam adequadamente seus filhos para amamentar, enfatiza ainda que a dificuldade de posicionar o recém-nascido para amamentar é devido à falta de prática e também de orientações que poderiam auxiliar no manejo.

Ferreira, Nelas, Duarte (2016) enfatiza se caso houver alguma disfunção, esta deve ser corrigida precocemente, mediante avaliação motora oral do RN, já que é possível modificar a dinâmica de sucção. Para a observação, da sucção não-nutritiva, o profissional da saúde deve introduzir o dedo mínimo enluvado na boca do bebê, para facilitar a percepção dos movimentos da língua, pressiona-se o palato duro contra a polpa do dedo, a unha para baixo de forma a estimular o reflexo da sucção e dos movimentos, para assim facilitar a amamentação.

Quanto a crença de possuir pouco leite, o estudo revelou que 34,3% tiveram essa dificuldade. Para Frota et al. (2013) a crença de possuir pouco leite foi bastante relatado pelas mães adolescentes (53%), sendo um fator relacionado ao desmame precoce. O estudo de Marques, Cotta e Araújo (2009) mostra que muitas mães adolescentes (63%), acreditam serem incapazes de produzir leite materno suficiente para o próprio filho.

Essa crença persiste na sociedade, apesar da hipogalactia ser um fenômeno raro, pois, praticamente todas as mulheres produzem leite suficiente para suprir as demandas nutricionais do bebê. O pouco leite, ou sem leite, são tabus disseminados muitas vezes por fatores sociais e culturais (RODRIGUES et al.; 2013).

5 | CONCLUSÃO

Com índice elevado das dificuldades relatadas pelas puérperas adolescentes, observou-se que é necessário fortalecer as políticas de educação em saúde e que ampliem o trabalho articulado e em rede, deve-se ter maior participação dos familiares em parceria com a equipe de saúde na redução da problemática.

E de grande importância a atuação da equipe multiprofissional no atendimento das mães adolescentes, para que elas tenham acompanhamento adequado, tornando-se a oportunidade ideal de diagnosticar possíveis dificuldades que elas podem passar no decorrer do puerpério, através de anamnese e de uma linguagem padronizada e comum, para ajudar nos avanços e conhecimentos dessas dificuldades e tratar precocemente esses agravos que poderão causar o desmame precoce.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. L. A. et al. Dificuldades enfrentadas por puérperas primíparas em relação ao aleitamento materno exclusivo. **Gestão e Saúde**, v. 5, n. 3, p.808-819, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000100015&script=sci_art_ext>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente (1990). **Estatuto da criança e do adolescente**: lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata [recurso eletrônico]. – 9. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 207 p. – (Série legislação; n. 83) Atualizada em 15/5/2012 ISBN 978-85-736-5984-9. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf. Acesso em: 26/03/2017.

BARBIERI, M. C. et al. Aleitamento materno: orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 1Supl, p. 17-24, 2014.

BARBIERI, M. C. et al. Duração do Aleitamento materno: Característica de mulheres atendidas em duas maternidades públicas. **Journal Of Nursing And Health**. v.2 , n. 2, p.301-304, 2012.

CARVALHO, A. C. O. et al. Aleitamento materno: promovendo o cuidar no alojamento conjunto. **Rev Rene**, v. 14, n. 2, p. 241-51, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/939/>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

CAMPOS, A. A. O. et al. Práticas de aleitamento materno: lacuna entre o conhecimento e a incorporação do saber. **Revista Medicina Minas Gerais**. Minas Gerais, v.21, n.2, p. 161-167, 2011.

FERREIRA, M; NELAS, P; DUARTE, J. Motivação para o aleitamento materno: variáveis intervenientes. **Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health**, v. 6, n. 40, p. 23-38, 2016.

FREITAS, L. J. Q. et al. Amamentação ineficaz entre nutrizes atendidas em unidades básicas de saúde. **Adolescência e Saúde**, v. 4, n. 3, p.119-139, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

MARQUES, E. S; COTTA, R. M. M; ARAÚJO, R. M. A. Representação sociais de mulheres que amamentam sobre a amamentação e o uso de chupeta. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 4, p. 562-569, 2009.

MARABOTTI C. L. F. et al. Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade Filantrópica. **Cogitare Enfermagem**, V. 18, N. 2, p. 257-262, 2013.

NUNES, J. M; OLIVEIRA, E. N; VIEIRA, N. F. C. Concepções de puérperas adolescentes sobre o processo de amamentar. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 10, n. 2, p. 558-566, 2016.

OLIVEIRA, A. P. A atuação do enfermeiro na promoção do aleitamento materno em unidades de estratégia de saúde da família do município de Joaçaba, SC. **Unoesc & Ciência-ACBS**, v. 3, n. 1, p. 7-16, 2012.

POLIDO, C. G. et al. Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 5, p. 624-630, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 mar. 2017.

RODRIGUES, D. P. et al. A importância do enfermeiro no incentivo ao aleitamento materno no copinho ao recém-nascido: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 7, n. 5, p. 4119-4129, 2013. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n5/pt_17.pdf, acesso em 09 de mar de 2017.

SANTOS, G. M. R. et al. Mitos e crenças sobre aleitamento materno que levam ao desmame precoce nas estratégias saúde da família no município de Firminópolis-GO. **Revista Eletrônica Faculdade Montes Belos**, v. 8, n. 4, p. 177-202, 2016.

VAUCHER, A. L. I; DURMAN, S. Amamentação: crenças e mitos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 207-214, 2009.

CAPÍTULO 14

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM O RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Data de aceite: 03/08/2020

Mauriane Ferreira Costa

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia
do Maranhão-UNIFACEMA
Caxias- MA

Bentinelis Braga da Conceição

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia
do Maranhão-UNIFACEMA
Caxias – MA

Rosalba Maria Costa Pessoa

Universidade Federal do Piauí-UFPI
Teresina-PI

Annielson de Souza Costa

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia
do Maranhão-UNIFACEMA
Caxias – MA
Faculdade de Medicina da Universidade de
São Paulo-FMUSP

Érica Patrícia Dias de Sousa

Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina-PI

Paula Lima de Mesquita

Centro Universitário UniFacid Wyden
Teresina-PI

Vanessa Kely Medeiros Silva Palhano

Universidade Estadual do Maranhão-UEMA
Caxias – MA

Laísa Ribeiro Rocha

Centro Universitário UniFacid Wyden
Teresina-PI

Amanda Karoliny Meneses Resende

Universidade Estadual do Piauí-UESPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/3126388137953689>

Paulliny de Araujo Oliveira

Faculdade Santo Agostinho
Teresina-PI

Ana Claudia Antunes Ferreira de Castro

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia
do Maranhão-UNIFACEMA
Caxias – MA

Edilane Henrique Leôncio

Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina-PI

Layane Silva Santana

Universidade Federal do Piauí

Daniele dos Santos Sena

Centro Universitário de Ciências e Tecnologia
do Maranhão-UNIFACEMA
Caxias – MA

RESUMO: A neonatologia é um campo recente e em constante desenvolvimento na área da saúde, seja pelo desempenho de atividades assistenciais ou de pesquisa, possuindo como foco o cuidado ao recém-nascido (RN). Durante a assistência ao recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva, todo o cuidado diário deve ocorrer de forma integral, com toda a equipe multiprofissional. A pesquisa teve como objetivo principal analisar os cuidados imediatos realizados pelos os profissionais de Enfermagem

aos recém-nascidos prematuros em uma maternidade pública de Caxias - MA. Tratou-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa, realizada com 35 profissionais de enfermagem da UTI neonatal de uma maternidade de Caxias – MA. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizada a entrevistas semiestruturada. A análise dos depoimentos foi fundamentada na Análise de Conteúdo de Bardin, modalidade Temática. Emergiu apenas uma categoria: as práticas de enfermagem na assistência ao RN em relação aos primeiros cuidados da admissão na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A segunda categoria Desafios enfrentados pelas enfermeiras durante a admissão do prematuro na UTIN. Obteve-se duas subcategorias: a deficiência de recursos humanos, escassez de recursos materiais e equipamento. Os resultados mostraram que as entrevistadas descreveram os cuidados prestados ao prematuro durante a admissão: termorregulação, aquecimento, monitorização, acesso venoso, oxigênio, manipulação e o conforto. Apontaram como desafios a deficiência de recursos humanos e materiais e principalmente a não adesão dos profissionais em capacitação, ocasionando práticas retrógradas, uso somente da experiência. Conclui-se que o cuidado ao recém-nascido prematuro deve ser dado por profissionais com conhecimento específico sobre as suas peculiaridades, garantindo-lhe atendimento integral para que possa desenvolver-se plenamente seus potenciais afetivo, cognitivo e produtivo perdurando até a vida adulta sem casualidades e com qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Prematuro, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Cuidados de enfermagem.

NURSING CARE WITH PREMATURE NEWBORN IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: The neonatology is a recent field and in constant development in the area of the health, was by the exert of assistance activities or of investigation, possessing like focus the care to the recently-born (RN). During the assistance to the recently-born hospitalized in unit of intensive therapy, all the daily care has to occur of integral form, with all the team multi-professional. The investigation had like main aim analyse the immediate cares made by the the professionals of Infirmary to the recently-born premature in a public motherhood of Caxias – MA. Treated of an investigation of field, with qualitative boarding, made with 35 professionals of infirmary of the NICU of a motherhood of Caxias-Ma. Like instrument of recolección of data, was used the interviews semi-structured. The analysis of the testimonies was based in the Analysis of Content of Bardin, Thematic modality. surfaced only a category: the practices of infirmary in the assistance to RN in relation to the first cares of the admission in the neonatal intensive care unit. The second category challenges confronted by the nurses during the admission of the premature in the NICU. Obtained two subcategories: the deficiency of human resources, shortage of material resources and equipment. The results showed that the interviewed described the cares loaned to the premature during the admission: thermoregulation, warming, monitoring, venous access, oxigeny, manipulation and the comfort. They aimed like challenges the deficiency of human and material resources and mainly to no adhesion of the professionals in qualification, causing practise retrograde use only the experience. It is concluded that the care to the recently-born premature has to be given by professionals with specific knowledge on his peculiarities, guaranteeing him attention integral attention so that can develops fully his potentials affective, cognitive and productive

lasting until the life adult without casualties and with quality of life.

KEYWORDS: Prematurity, Neonatal Intensive Care Unit, Nursing Care.

1 | INTRODUÇÃO

Os cuidados ao recém-nascido (RN), imediatamente após seu nascimento e nas primeiras horas de vida, têm importância prioritária para a sua sobrevivência e para o seu desenvolvimento saudável e harmonioso.

Para Rugollo (2015), os avanços científicos e tecnológicos, das últimas décadas, têm contribuído para melhoria na assistência à saúde obstétrica e neonatal. A introdução de novas intervenções, em especial nos berçários, trouxe benefícios para a sobrevivência de prematuros, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento.

O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) propicia uma experiência ao recém-nascido bastante diferente daquela do ambiente uterino, uma vez que este é o ideal para o crescimento e desenvolvimento fetal, pois possuem características distintas, como temperatura agradável e constante, maciez, aconchego e os sons extrauterinos são filtrados e diminuídos (REICHERT, 2017).

O cuidado ao RN Neonatal deve ser de forma integral, ou seja, não somente com a equipe multiprofissional, a família também em especial a mãe deve ser inserida nesse processo assistencial do cuidado diário e contínuo com fins de manter o vínculo materno, e ao mesmo tempo ajudar no quadro do processo doença/saúde e recuperação do RN sem maiores danos (DUARTE et al., 2013).

Conforme Tamez (2016), a proposta de uma atenção humanizada ao recém-nascido prematuro ou de baixo peso, tem consigo muitos ganhos e benefícios, entre eles a melhora no aleitamento materno; ganho de peso adequado; beneficia vínculo mãe com o bebê; melhora nos sinais vitais, na homeostase, na resposta fisiológica, psicoafetiva e neurocomportamental; no desenvolvimento motor e cognitivo; na redução dos níveis de infecção e reinternações; além de diminuir a morbimortalidade e os custos da saúde pública se comparado com outros métodos.

Tendo em vista os vários procedimentos que o RNPT é submetido dentro da UTIN e a relevância dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido prematuro dentro deste setor, questiona-se: Quais as condutas dos profissionais de enfermagem nos cuidados das primeiras horas de vida do recém-nascido prematuro?

O presente estudo teve como objetivo geral analisar os cuidados imediatos realizados pelos os profissionais de Enfermagem aos recém-nascidos prematuros na unidade neonatal. Especificamente, objetivou-se descrever os cuidados de enfermagem para evitar possíveis complicações neonatais; avaliar as condutas da equipe de enfermagem quanto ao atendimento ao RN prematuro e identificar os desafios vivenciados pelas enfermeiras durante a admissão.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com abordagem qualitativa dos dados, cujo os procedimentos adotados para o levantamento dos dados aconteceram por meio de entrevistas diretamente com a equipe da UTI de neonatologia, da maternidade em estudo, onde foram observados e analisados os cuidados imediatos realizados pelos os profissionais de Enfermagem aos recém-nascidos prematuros na unidade neonatal, descrevendo como a equipe de profissionais da UTI realizam suas condutas afim de minimizar as complicações do neonato, além de identificar os desafios vividos pela equipe durante os procedimentos com o RN.

A pesquisa foi realizada no período que correspondeu entre os meses de setembro e outubro de 2017, em uma Maternidade, da cidade de Caxias – Maranhão, a cerca de 361,2 km de distância da capital. Localizada na região leste do estado. É a quarta maior cidade do estado, possui uma população estimada em 2016 de 161.926 habitantes, com área de 5.196,771 km². Densidade demográfica (hab/Km²) de 30,12, bioma predominante do cerrado de acordo com Instituto Brasileiro e estatística no levantamento populacional (BRASIL, 2016).

A ordenação dos dados ocorreu após a transcrição das entrevistas e posteriormente, com a leitura do material, parte dos resultados foram dispostos em tabela, utilizando sistema EXCEL 2010 em seguida, realizou-se a seleção dos trechos das falas das participantes determinando as categorias empíricas que são as classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registros), agrupadas segundo os caracteres comuns entre eles.

O projeto de pesquisa foi submetido a Plataforma Brasil, e, em seguida, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão – FACEMA, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de nº 73597717.3.0000.8007. O estudo deu-se de acordo com os princípios delineados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), onde foi considerado o respeito pela dignidade humana e em especial a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas, na qual está envolvendo seres humanos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos participantes (enfermeiras e técnicas de enfermagem)

A caracterização das enfermeiras foi fundamentada nos dados de identificação contidos no instrumento de coleta de dados. Foram entrevistadas 06 enfermeiras e 18 técnicas em enfermagem, todas do sexo feminino, porém as enfermeiras possuíam uma predominância na variável idade e tempo de formação de 50%, onde a idade variou de 31 a 40 anos e o tempo de formação predominou entre 1 e 5 anos, enquanto que as técnicas de enfermagem tiveram uma predominância de 44% nas faixas etárias de idade que variaram

entre 41 e 50 anos e o tempo de formação no curso técnico em enfermagem predominou de 56% entre 11 e 20 anos.

No que se refere à realização de Curso de Pós-Graduação, 83% das enfermeiras realizaram especialização na área de Neonatologia e realizaram também cursos em UTI e Obstetrícia. Já entre as técnicas entrevistadas no que se refere à realização de Curso de capacitação em uti e neonatologia apenas 28% realizaram cursos de aperfeiçoamento, as demais possuem apenas o técnico de enfermagem e uma vasta experiência como técnica na área.

CLASSE DE ENFERMAGEM				
	TÉC. DE ENFERMAGEM		ENFERMEIRA	
	Nº	%	Nº	%
SEXO				
MASCULINO	0	0%	0	0%
FEMININO	18	100%	6	100%
IDADE				
1. 20 A 30 ANOS	1	6%	1	17%
2. 31 A 40 ANOS	4	22%	3	50%
3. 41 A 50 ANOS	8	44%	2	33%
4. 51 A 60 ANOS	5	28%	0	0%
TEMPO DE FORMAÇÃO				
1. 1 A 5 ANOS	3	17%	3	50%
2. 6 A 10 ANOS	1	6%	2	33%
3. 11 A 20 ANOS	10	56%	1	17%
4. 21 A 30 ANOS	3	17%	0	0%
5. 31 A 40 ANOS	1	6%	0	0%
TEMPO DE SERVIÇO				
1. 0 A 6 MESES	0	0%	0	0%
2. 7 MESES A 1 ANO	2	11%	0	0%
3. 1 ANO A 3 ANOS	1	6%	5	83%
4. MAIS DE 3 ANOS	15	83%	1	17%
CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO				
1. UTI	5	28%		
2. NEONATOLOGIA	5	28%		
3. NÃO POSSUI CURSOS	8	44%		
PÓS-GRADUAÇÃO				
1. UTI NEONATAL			5	83%
2. UTI			2	33%
3. OBSTETRÍCIA			2	33%

Tabela 1: Análise do perfil das enfermeiras e técnicas de enfermagem entrevistados em uma maternidade pública de Caxias/MA, 2017. (N=24).

Fonte: pesquisa direta.

3.2 As classes e suas descrições

Classe 1: As práticas nos primeiros cuidados da enfermagem prestados ao RN na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Ao analisar as respostas recebidas dos sujeitos a respeito dos primeiros cuidados, observou-se nos questionários aplicados, que alguns profissionais estabeleceram conceitos simples como citar parâmetros de normalidade que indicariam a ausência de determinadas complicações, todavia, não houve a citação dos valores de normalidade, o que ficou claro conforme alguns relatos em relação à hipotermia e hipoglicemia, porém, percebeu-se que nos primeiros cuidados com o RN na UTIN a maioria dos profissionais estavam de acordo, e todas realizam os procedimentos necessários que evitariam possíveis complicações durante a admissão do RN, tal como cita abaixo:

Cuidados no aquecimento; cuidados respiratórios, verificação de glicemia e punção de acesso e sondagem (E02).

Como a maioria chega com problemas respiratórios o primeiro passo O₂, glicemia, aquecer, regular temperatura, em seguida hidratação venosa e passagem de sonda e acesso, quando não vem com cateter umbilical (E04).

Controle de temperatura, monitoração, oxigênio terapia e controle de glicemia (E06).

Aquecimento em incubadora se for necessário em saco plástico e touca, verificar a temperatura e glicemia, acesso venoso, monitorização geral e sonda aberta (E07).

Uma das ações mais importantes na admissão do prematuro é o preparo do aquecimento do leito, ou seja, da incubadora, do material para aspiração, oxigenação, monitorização, material de intubação, material para cateterismo umbilical, sondagem orogástrica e identificação do leito (OLIVEIRA, 2015).

Os leitos, ou melhor, as incubadoras são utilizadas amplamente para fornecer ambiente aquecido com controle de temperatura e umidade em UTIN, a utilização deste recurso contribui com a termorregulação do RN e conseqüentemente diminui as complicações da hipotermia, gastos metabólicos e sequelas neurológicas.

No momento da admissão, o controle térmico foi o cuidado mais citado pelas entrevistas a seguir:

O₂, temperatura (aquecer), glicemia, preparar acesso para fazer medicação (T01).

O₂, sonda, temperatura, glicemia e oximetria (T04).

Peso, aquecimento, verificar sinais vitais (temperatura, glicemia) [...] (T05)

Temperatura, monitoração e aquecimento (T06).

Aquecimento, oxigênio, temperatura e glicemia capilar (T07).

Oxigênio, aquecer na incubadora, monitorar, sonda, acesso venoso e glicemia capilar (T09).

Aquecimento, oxigenação e identificação do mesmo (T12).

Aferir, temperatura, batimentos, glicemia e aquecimento (T15).

Peso, temperatura, sinais vitais e glicemia [...] (T16).

O₂, soroterapia de acordo com a prescrição do médico T17.

O₂, temperatura, glicemia, fazer a hidratação (T18).

Observou-se que dentre os cuidados abordados no momento da admissão, a termorregulação foi identificada como primordial, pois, esta é compreendida como capacidade de manutenção da temperatura corporal estável para uma adaptação extrauterina bem-sucedida.

Enfim, compreende-se que a organização a adequação da unidade para receber o bebê é fundamental para a manutenção do quadro clínico do RN admitido e influencia diretamente na sua sobrevivência.

Classe 2: Desafios enfrentados pelas enfermeiras durante a admissão do prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Quanto a categoria desafios enfrentados na admissão do prematuro obteve-se duas subcategorias: a deficiência de recursos humanos, escassez de recursos materiais e equipamento.

A) Deficiência de recursos humanos:

Em relação aos recursos humanos na UTIN alguns aspectos foram destacados tais como: a qualificação dos profissionais que atuam nas unidades neonatais, número insuficiente de profissionais, vícios e condutas da equipe de trabalho.

Sobre a qualificação profissional, algumas entrevistadas afirmam e descrevem sobre a qualificação dos profissionais (cursos ofertados) pela maternidade em parceria com uma instituição, porém a maioria enfatizou os motivos pelo qual as mesmas não participam:

Sim, o hospital tem um vínculo com uma instituição, e esse oferece muitos

cursos de capacitação; reanimação, método canguru, aleitamento materno [...] (E02).

Com frequência, [...], projeto do governo para melhoria da instituição pública, assim recebem profissionais que ajudam no aperfeiçoamento de toda equipe (E05).

Sim, são realizados cursos periodicamente que nos acompanha no processo de reestruturação dos hospitais públicos (E06).

Sim, mais não tenho tempo para fazer o treinamento, está com 05 anos que não faço (T02).

Sim, porém muitos perdem devido a equipe não querer participar [...] as colegas mais antigas, mais velhas (idosas) dizem não precisar mais (T13).

Sim, como resido em outra cidade não participo (T14).

Sim, reanimação do RN; segurança do paciente [...] (T18).

As prestações dos serviços de terapia intensiva ocupam áreas hospitalares destinadas a atender o paciente crítico que necessitam de uma equipe com capacitação técnica científica, pois estes pacientes exigem assistência permanente além da utilização de recursos tecnológicos apropriados para observação e monitorização contínua das suas condições clínicas (LEITE, 2013).

A qualificação do profissional que atua na unidade neonatal está atrelada ao conhecimento científico, habilidade técnica e treinamento. No Brasil, a partir da década de 80, novas concepções pedagógicas de ensino e aprendizagem passaram a influenciar os cursos de graduação e pós-graduação no país. Os cursos de especialização sob a modalidade de residência possibilitam a enfermeira a aquisição de conhecimento teórico e científico e o desenvolvimento de suas habilidades prática nas unidades neonatais (FERECINI, 2014).

Esse desafio é citado nas falas a seguir:

[...] poucos funcionários [...] (E04).

[...] maior adesão de profissionais (E05).

[...] Precisa de mais profissionais, a falta de um profissional de fisioterapia, quando não tem enfermeiro e aparece dois RN ao mesmo tempo, e o médico está ocupado, fica difícil, sobrecarrega [...] (T10).

[...], mais funcionários (T12).

A administração dos recursos humanos é difícil tanto nos serviços privados como nos públicos. A enfermagem, inserida neste contexto, sofre um impacto ainda maior do que os outros profissionais, nos aspectos quantitativos e qualitativos, visto que em uma instituição hospitalar ela tem que ter o número mais bem representativo do quadro de pessoal. Essa inadequação de recursos humanos expõe o paciente à situação de risco e compromete a qualidade da assistência (PUGGINA, 2014).

Outros aspectos mencionados pelas entrevistadas foram os vícios e as condutas antigas realizadas durante a admissão do neonato:

[...] revisão de algumas práticas na assistência ao RN [...] (E05).

O não cumprimento adequado dos protocolos já implantados para o atendimento [...] (E06).

[...] por em pratica o que foi visto nas capacitações [...] Pois estes servem muito para melhorar o atendimento (T03).

[...] práticas antigas, funcionários mais antigos, não busca conhecimento e aperfeiçoamento (T13).

O perfil dos funcionários, principalmente da equipe de enfermagem, é um fator importante, pois a maioria são profissionais antigos, já com vícios e condutas que não são modificadas. Além é claro, do perfil e identificação de cada profissional, pois para cuidar de pacientes de neonatologia é necessário ter vocação e gostar do que faz. E muitos estão trabalhando simplesmente por ser seu emprego e por ter sido locado nesta unidade, até pela necessidade do serviço desde a sua implantação até os dias de hoje (LEITE, 2013).

É necessário que a coordenação da UTIN invista em educação específica e contínua para os seus profissionais, haja vista essa unidade ser tão específica e peculiar. É preciso também motivar o grupo de trabalho para a construção de uma equipe unida, harmoniosa e comprometida com a assistência (LEITE, 2013).

B) Escassez de recursos materiais e equipamento

Os recursos materiais também foram citados como desafios para a admissão do prematuro extremo e a prestação da assistência na unidade neonatal. As entrevistadas lidam diariamente com a falta de materiais básicos e há equipamentos com defeitos e com ausência de peças fundamentais para o seu funcionamento.

A falta de recursos materiais foi relatada por todas as entrevistadas como um desafio para admissão do RN.

Equipamentos modernos, porém alguns danificados, e com falta de manutenção (E02).

[...] Sim moderno, quando os equipamentos vão para manutenção demoram a voltar, e deixa de receber o RN por falta do equipamento (E03).

[...] Falta muito material (E04).

Precisamos melhorar não só a aquisição de materiais, mas precisa de manutenção periódica e preventiva dos equipamentos (E05).

[...] Quebram e demoram para concertar (T02).

100% não são modernos, e ainda falta material [...] (respirador e bomba tem[...] eram para ser 10 ventiladores, mas boa parte está com defeito, não tem material suficiente para todos os leitos (T03).

Falta muito material [...] os ventiladores e monitores e incubadoras são novos o que falta é manutenção (T04).

Às vezes falta até material de limpeza! [...] (T10).

Diante da escassez de recursos materiais e humanos, os profissionais acabam fazendo o melhor que podem, mas isso culmina em prejuízo para a qualidade do cuidar (LEITE, 2013).

A provisão do material é de responsabilidade da administração do hospital, especificamente do setor de compras. A administração deve estar atenta para que a falta de materiais não traga prejuízo à assistência ao paciente. A compra, a distribuição e a manutenção dos equipamentos são de responsabilidade da administração hospitalar que deve suprir todas as áreas da organização a fim de garantir a prestação do cuidado (SOUZA, 2014).

4 | CONCLUSÃO

Com base nos depoimentos das enfermeiras e técnicas de enfermagem, aprendeu-se o real vivenciado por elas na UTIN como sendo as práticas mecanizadas e improvisadas, a falta de materiais bem como manutenção dos equipamentos e principalmente a não adesão em qualificação (cursos de aperfeiçoamento para o setor).

É evidente que na equipe de enfermagem a maioria dos profissionais não tem interesse por capacitação, e os poucos que participam acabam não aplicando no seu contexto diário, às vezes por falta de iniciativa própria, outras vezes por estarem acostumados com os improvisos devido à falta de materiais e manutenção dos equipamentos ou mesmo achar mais fácil a prática que sempre utilizaram. Acredito que este estudo possa contribuir para os profissionais de enfermagem, na percepção do quanto é importante obtenção da fundamentação teórica visando a adequação da prática com eficácia, objetivando uma

melhor conduta e sintonia das equipes no decorrer da internação do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal.

Para a mudança das práticas e condutas dos profissionais que atuam na unidade de terapia intensiva neonatal, é necessária uma contínua capacitação, contudo sugere-se a necessidade de implementar programas de educação permanente para as equipes, sendo que o coordenador chefe da enfermagem coloque como um parâmetro para manter o profissional no setor, na medida que esses programas não sejam interpretados como atividades obrigatórias a ser cumpridas, e sim visto como uma oportunidade para crescimento profissional, mudança de comportamentos e renovação de princípios bioéticos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasil; 2016. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.asp?t=3&z=t&o=22&u1=1&u2=1&u4=1&u5=1&u6=1&u3=34>>. Acesso em: 17 de maio .2017.
- DUARTE, Linda L. **Introdução a Psicologia**. 3 ed. São Paulo: editora Pearson MakronBooks, 2013.
- FERECINI, G M. Percepções de mães de prematuros acerca da vivência em um programa educativo. **Acta Paul Enfermagem**. v. 22, n. 3, p. 250-256, 2014.
- LEITE, M. A. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino Americano de Enfermagem**. v. 2, p. 145. 2013.
- OLIVEIRA R. G. Blackbook: **manual de referências de pediatria**. 3. ed. Belo Horizonte: Black Book Editora; 2015.
- PUGGINA, A C G. **Administrar o tempo pode mudar o jeito de dizer “bom dia”. Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem**. São Paulo: São Camilo: ED. Loyola, 2014.
- REICHERT A. P. S.; Lins R.N.P.; Collet N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet] 2017;9(1):200-13. Available from: disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>. Acesso em 17/09/2017.
- RUGOLO Ligia Maria Suppo de Souza. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Rev. Brasileira de Pediatria**. (Rio Janeiro). V. 2, n1, p. 23, 2015.
- SOUZA, K M O. Assistência Humanizada em UTI Neonatal: os sentidos e as limitações identificados pelos profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.15, n. 2, p. 471-480, 2014.
- TAMEZ, R.N. **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém –Nascido de Alto Risco**. 3ª ed., Editora Guanabara Koogan, 2016.

CAPÍTULO 15

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 17/05/2020

Brenda Jenyffer Lima de Sousa

Universidade de Mogi das Cruzes
São Paulo – SP

<http://lattes.cnpq.br/5674058956172849>

RESUMO: Sabe-se que o câncer do colo do útero é classificado como o segundo tumor mais frequente, estando atrás somente do câncer de mama. É resultante da infecção persistente do Papilomavírus Humano (HPV), podendo ocorrer em mulheres e homens. Inicialmente, a patologia ocorre de forma lenta e progressiva, com característica benigna, podendo sofrer alterações que possivelmente irá estabelecer um carcinoma invasivo. **Objetivo:** avaliar o papel do enfermeiro no acompanhamento de pacientes com câncer uterino. **Metodologia:** realizado através de uma revisão integrativa. **Resultados e Discussão:** a amostra desta pesquisa foi composta de 6 artigos referentes a qualidade de vida e tratamento do carcinoma cervical; 5 artigos relacionados aos conhecimentos sobre o câncer do colo do útero e cuidados prestados as mulheres pelos profissionais de saúde, com ênfase na enfermagem; 2 artigos que abordam o estresse oxidativo e sua relação com a infecção recorrente do Papilomavírus Humano (HPV), 1 artigo referente as atitudes dos pais em relação a vacinação contra o HPV, totalizando 14 artigos. Durante a avaliação do estudo, constatou-se que

cinco tópicos foram focados, a saber: Qualidade de vida das mulheres sem/com o câncer do colo do útero; Algumas formas de tratamento do câncer cervical; A relação do estresse oxidativo com a infecção persistente do Papilomavírus Humano (HPV); A imunização contra o Papilomavírus Humano; O papel do enfermeiro fente ao acompanhamento da paciente com câncer do colo do útero, e seu conhecimento sobre o assunto. **Considerações Finais:** É fundamental que o profissional da saúde, principalmente o enfermeiro, esteja capacitado para atender a demanda da população feminina, tirando suas dúvidas e receios quanto ao exame preventivo e a qualidade de vida da paciente diagnosticada com o câncer uterino.

PALAVRAS - CHAVE: Câncer do colo do útero, Tratamento do câncer do colo do útero, O papel do enfermeiro no câncer cervical, HPV.

THE ROLE OF THE NURSE IN MONITORING PATIENTS WITH CERVICAL CANCER

ABSTRACT: It is known that cervix cancer is classified as the second most frequent tumor, being behind only of breast cancer. It is a result of a persistent infection of Human Papillomavirus (HPV), which happens in both men and women. Originally, the pathology happens slowly and progressively, with benign characteristics, and may undergo changes that possibly will stablish an invasive carcinoma. **Goal:** to evaluate the role of nurses in the follow-up of patients with uterine cancer. **Methodology:** carried out through an integrative review. **Results and Discussion:** the

sample of this research was composed by 6 articles referring to quality of life and cervical carcinoma treatment; 5 articles related to knowledge about cervical cancer and provided care to women by health professionals with emphasis on nursing; 2 articles referring to HPV; 1 article referring to parents' attitudes related to vaccination against HPV, totalizing 14 articles. During the evaluation of the study, series of five outbreaks was done: quality of women's life with/without uterine cancer; some ways of cervical cancer treatment; the association of oxidative stress with a persistence Human Papillomavirus (HPV) infection; immunization against HPV; the nurse role when it comes to the subject. **Final Considerations:** It is essential that health professional, specially nurses, are able to understand the demands of the female population, asking their questions and fears about the preventive exam and the quality of life of the patient with uterine cancer.

KEYWORDS: Cervical cancer, Cervical cancer treatment, The role of nurses in cervical cancer, HPV.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero (CCU) é considerado uma das patologias mais preocupantes que ocorrem na população feminina, representando o segundo tumor mais frequente, estando atrás somente do câncer de mama, e sendo responsável pela morte de aproximadamente 230 mil mulheres anualmente, constituindo um grave problema de saúde pública no mundo (CONDE, 2017).

É resultante da infecção persistente do Papilomavírus Humano (HPV) que pode ocorrer em mulheres e homens, sendo esse tumor uma das malignidades evitáveis de todos os outros tipos de cânceres, ou seja, nenhum outro oferece medidas primárias e secundárias mais eficazes, representando um período de latência de aproximadamente sete anos (PETRY, 2014).

A infecção pelo HPV até evoluir ao CCU, se dá de forma lenta e progressiva, inicialmente com característica benigna, e ao decorrer da infecção pode apresentar lesões no tecido epitelial, onde as células sofrem alterações que possivelmente irá estabelecer um carcinoma invasivo (AZEVEDO, 2017).

Existem mais de 120 tipos diferentes de papilomavírus humano que podem infectar a pele e mucosa, sendo o HPV 16 o mais importante, pois representa aproximadamente 50% dos cânceres do colo do útero mundialmente (PETRY, 2014).

A malignidade do CCU caracteriza-se por tumores epiteliais, sendo representados por dois tipos principais: os histológicos de carcinoma de células escamosas e o adenocarcinoma, além dos tumores do tecido mesenquimal, como por exemplo, o sarcoma de estroma endocervical, os linfomas e melanomas (MORAES, 2007).

A taxa de incidência do câncer cervical prevalece na região Norte com aproximadamente 81,3/100.000 mulheres, pois há um risco elevado para o público feminino de nível socioeconômico baixo, possuindo um acesso limitado ao rastreamento e as formas

de tratamento. Outros fatores prognósticos estão relacionados com a idade, etnia, tamanho e volume do tumor (AZEVEDO, 2017).

Em relação à taxa de mortalidade no Brasil, em 2016 foram registradas 5.847 mortes decorrentes do câncer do colo do útero em mulheres, afetando as regiões genitais ou até mesmo, diferentes partes do corpo, pois esta patologia compromete o tecido subjacente (BRASIL, 2019).

George Nicholas Papanicolau, em 1920 criou uma técnica para estudar as células provenientes da ectocérvice e da endocérvice, pelo método de citologia esfoliativa, identificando as células cancerígenas nestes tecidos. Atualmente é o método mais efetivo para a saúde preventiva, rastreando as lesões precursoras ao câncer, passando a ser denominado exame citológico de Papanicolau (BRASIL, 2016).

Nas décadas de 1960 e 1970, uma nova classificação foi proposta por Ralph Richart, onde o mesmo utilizou o termo neoplasia intraepitelial cervical (NIC) para classificação dos carcinomas. No ano de 1988, surgiu em Bethesda, Maryland (EUA), as nomenclaturas lesões intraepiteliais de baixo grau, do inglês (LSIL) e lesões intraepiteliais de alto grau (HSIL), esses conceitos sugerem que a doença é um sistema descontínuo, sendo a lesão de baixo grau menos invasiva, e a lesão de alto grau causado por diversos tipos de HPV oncogênicos (BRASIL, 2016).

Desde então os termos utilizados para explicar o exame citopatológico estão classificados conforme descritos no quadro 1 abaixo:

Atipia	Células com características anormais que são diagnosticadas e têm significado indeterminado.
Displasia	Anormalidade distinta de desenvolvimento celular e está relacionada com patologias pré-malignas de cérvix. Podendo ser classificada como leve, moderada ou severa.
Neoplasia intraepitelial cervical (NIC)	Displasia leve/NIC I; Displasia moderada/NIC II; e Displasia grave/carcinoma in situ (CIS)/NIC III.
Lesões intraepiteliais escamosas (LIS)	Faz parte da classificação de Bethesda para incluir o surgimento do Papilomavírus Humano (HPV).

Quadro 1 – Termos utilizados para explicar o exame de papanicolau

Fonte: ADNAN – KOCH; DAVIDSON, 2009.

Outra forma de prevenção é através da vacinação contra o HPV, injetadas por via intramuscular. Em 2006 foram licenciadas as vacinas HPV 16/18 e HPV 6/11/16 e 18 na maioria dos países, onde demonstraram eficácia muito alta contra as lesões pré- definidas

(PETRY, 2014).

A progressão da patologia está relacionada também ao estilo de vida do indivíduo, sendo assim, histórico familiar, tabagismo, sistema imunológico, hábitos sexuais e até mesmo os contraceptivos orais, influenciam para a infecção persistente (BRASIL, 2018).

Compreendendo a vida ativa dos jovens da atualidade, pode-se analisar que sua iniciação na fase sexual é mais precoce, logo esta classe se torna mais vulnerável as infecções sexualmente transmissíveis, tendo o Papiloma o de maior importância, devido a seu potencial cancerígeno (WOLFART *et al.*, 2017).

É importante ressaltar que além do exame citopatológico para estadiamento da doença que determinará os tipos de tratamento, podemos realizar através do exame clínico, histórico clínico e sexual, exame pélvico, além dos exames laboratoriais e raios-X de tórax. A ressonância nuclear magnética (RNM), tomografia computadorizada (TC) de abdome e pelve, cistoscopia e a retossigmoidoscopia são realizados em casos mais graves. A tomografia por emissão de positrões, do inglês (PET scan), é utilizada para identificar focos de captação anormal (MORAES, 2007).

O Ministério da Saúde preconiza que após os resultados dos exames citopatológicos obtidos através do Papanicolau, a mulher deverá realizar rastreamento citológico anualmente para citologia normal e alterações benignas, para uma suspeita de malignidade, é recomendado realizar o exame a cada seis meses, e para alterações malignas, a colposcopia é imediatamente indicada, se apresentar lesão no resultado do exame, é necessário à biópsia (SILVA *et al.*, 2014).

Quando há o surgimento da enfermidade, é fundamental encaminhar a cliente ao serviço de referência para realização do tratamento, estimulando-a de forma positiva a adesão do método adequado. O objetivo do tratamento muitas vezes serve para diminuir o tumor existente e conseqüentemente, aumentar a sobrevivência da paciente (BRASIL, 2018).

Segundo Adnan-Koch e Davidson (2009), o CCU é classificado a partir do estadiamento como mencionado anteriormente, onde podem ser tratados através:

Estádio I: De biópsia em cone até a histerectomia total.

Estádios IB e IIA: Histerectomia radical com dissecação de linfonodos ou radiação com quimioterapia. Sendo combinação da radioterapia e cirurgia para alguns casos de IB.

Estádios IIB,III e IVA: Radioterapia com quimioterapia utilizadas através de raios ionizantes.

Estádio IVB: Radiação paliativa e/ou quimioterapia.

O estadiamento e agrupamento do câncer do colo do útero são classificados conforme o quadro 2 abaixo:

Estágio	Descrição
I	Confinado ao cérvix
IA1	Invasão de estroma \leq 3mm de profundidade e \leq 7mm de largura
IA2	Invasão do estroma $>$ 3mm a \leq 5mm de profundidade e \leq 7mm de largura
IB1	Invasão do estroma $>$ 5mm de profundidade ou $>$ 7mm de largura e lesões clínicas \leq 4cm
IB2	Lesões clínicas $>$ 4cm
II	Extensão além do cérvix e/ou ^{2/3} superiores da vagina
IIA	Sem envolvimento parametrial
IIB	Envolvimento parametrial
III	Extensão ao terço inferior da vagina
IIIA	Sem extensão à parede lateral da pelve
IIIB	Extensão à parede lateral da pelve e/ou hidronefrose
IV	Extensão além da pequena pelve
IVA	Envolvimento de órgãos adjacentes (bexiga, reto)
IVB	Metástases à distância

Quadro 2: Estadiamento e agrupamento da patologia

Fonte: ADNAN – KOCH; DAVIDSON, 2009.

Portanto, é importante que os profissionais da saúde prestem uma assistência de qualidade aos clientes, abordando as classificações utilizadas para identificar as anormalidades que podem surgir nos resultados dos exames realizados e servem para indicar o tratamento mais apropriado (ADNAN – KOCH; DAVIDSON *et al.*, 2009).

OBJETIVOS

Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo foi avaliar o papel do enfermeiro no acompanhamento de pacientes com câncer uterino.

Objetivo Específico

Avaliar informações, prevalência da patologia e formas de tratamento para o câncer de colo de útero, além de descrever importantes medidas para diminuição dos casos.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado através de uma revisão integrativa, constituído por uma análise de pesquisas relevantes que darão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, permitindo o conhecimento de um determinado assunto (MENDES *et al.*, 2008).

A revisão integrativa permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão do estudo analisado, onde juntará dados da literatura teórica e empírica, gerando um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas relevantes à enfermagem (SOUZA *et al.*, 2010).

A busca foi realizada no banco de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS Enfermagem), PubMed, Instituto Nacional de Câncer (INCA), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e livros acadêmicos, por meio dos seguintes descritores em português: *Câncer do colo do útero; Tratamento do câncer do colo do útero; O papel dos enfermeiros no câncer do colo do útero; HPV*, e os seguintes descritores em inglês: *Cervical cancer; Cervical cancer treatment; The role of nurses in cervical cancer; HPV*, após a definição dos descritores, será realizada uma busca de artigos pertinentes ao tema nos últimos cinco anos.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão, artigos avaliados e encontrados na base de dados já descritos que atenderem aos seguintes critérios: descritos nos idiomas português e inglês, e artigos de 2014 a 2019.

RESULTADOS

Aplicando-se os critérios de inclusão para a qualidade de vida e tratamento do carcinoma cervical, foram encontrados 5.487 artigos na base de dados da PubMed, 2.958 na BVS Enfermagem, e 30 na SciELO, as demais bases de dados não foram utilizadas para a fase da discussão, referente aos conhecimentos sobre o câncer do colo do útero e cuidados prestados as mulheres pelos profissionais de saúde, com ênfase na enfermagem, foram identificados 7 artigos na PubMed, 6 na BVS Enfermagem, e 14 na SciELO, em relação ao estresse oxidativo e sua relação com a infecção recorrente do Papilomavírus Humano (HPV) e as atitudes dos pais na vacinação contra o HPV, foram detectados 6.863 artigos na PubMed, 1.067 na BVS Enfermagem, e 167 na SciELO. A amostra desta pesquisa foi composta de 6 (43%) artigos referentes a qualidade de vida e tratamento do carcinoma cervical; 5 (36%) artigos relacionados aos conhecimentos sobre o câncer do colo do útero e cuidados prestados as mulheres pelos profissionais de saúde, com ênfase na enfermagem; 2 (14%) artigos que abordam o estresse oxidativo e sua relação com a infecção recorrente do Papilomavírus Humano (HPV), 1 (7%) artigo referente as atitudes dos pais na vacinação contra o HPV, totalizando 14 (100%) artigos selecionados para o estudo, conforme apresentados nos quadros 3, 4 e 5 abaixo:

Crítérios de inclusão	PubMed	BVS Enfermagem	SciELO	Total
Qualidade de vida e tratamento do carcinoma cervical	5.487	2.958	30	8.475
Conhecimentos sobre o câncer do colo do útero e cuidados prestados as mulheres pelos profissionais de saúde, com ênfase na enfermagem	7	6	14	27
O estresse oxidativo e sua relação com a infecção recorrente do Papilomavírus Humano (HPV) e as atitudes dos pais na vacinação contra o HPV	6.863	1.067	167	8.097

Quadro 3 – Resultado das buscas nas bases de dados pelos critérios de inclusão

Artigos selecionados	PubMed	BVS Enfermagem	SciELO	Total
Qualidade de vida e tratamento do carcinoma cervical	1	-	5	6
Conhecimentos sobre o câncer do colo do útero e cuidados prestados as mulheres pelos profissionais de saúde, com ênfase na enfermagem	1	2	2	5
O estresse oxidativo e sua relação com a infecção do Papilomavírus Humano (HPV) e as atitudes dos pais na vacinação contra o HPV	1	-	2	3

Quadro 4 – Resultado dos artigos selecionados para o estudo

Título do Artigo	Objetivo	Conclusões	Autores/ano
1) Knowledge and practices of nurses on cervical cancer, HPV and HPV vaccine in Cankiri state hospital, Turkey	Determinar conhecimentos e práticas de enfermeiros sobre câncer do colo do útero, papilomavírus humano e sua vacina.	Estudo descritivo realizado na Universidade Cankiri Karatekin, Turquia. Onde foi possível observar que o conhecimento dos enfermeiros sobre fatores de risco, sinais e prevenção do câncer do colo do útero mostrou-se abaixo do nível desejado.	Gol <i>et al.</i> , 2016
2) Oxidative stress: therapeutic approaches for cervical cancer treatment	Avaliar a correlação do estresse oxidativo com a infecção persistente do papilomavírus humano (HPV).	Foi possível observar que a malignidade mais fortemente associada ao HPV é o carcinoma cervical. Alterações na expressão e atividade de algumas proteínas antioxidantes, podem ser detectadas em alguns tecidos pré-neoplásicos e neoplásicos associados a infecções pelo HPV. Por exemplo, a expressão de SOD2, uma enzima antioxidante crucial responsável pelo controle do status redox de células normais e tumorais, é regulada em vários tumores associados ao HPV, incluindo o cervical.	Silva <i>et al.</i> , 2018 (A)

3) Quality of life after treatment for cervical cancer	Identificar a qualidade de vida de mulheres após o tratamento de câncer do colo uterino, de acordo com suas características clínicas e socioeconômicas.	Estudo analítico realizado no Hospital referência para o tratamento de câncer, onde possui uma unidade de alta complexidade em oncologia, pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Foram observadas que as condições socioeconômicas e o tipo de tratamento influenciaram a qualidade de vida das mulheres. Sendo assim, é preciso aumentar o alcance do rastreamento do câncer do colo do útero.	Correia <i>et al.</i> , 2018
4) Percepção e adesão das mulheres quanto ao exame citopatológico	Conhecer a concepção das mulheres sobre o exame Papanicolaou, e os fatores relacionados a não adesão ao exame preventivo de Papanicolaou.	Estudo transversal quantitativo, retrospectivo onde foram aplicados questionários com mulheres que procuravam a Unidade Saúde da Família (UBS) para a prevenção do câncer uterino. Foi observado que as mulheres entenderam a importância da prevenção.	Miranda <i>et al.</i> , 2018
5) Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino	Analisar as trajetórias na assistência das mulheres residentes no Município do Rio de Janeiro diagnosticadas com câncer do colo do útero que foram encaminhadas para o tratamento.	Estudo de caráter quantiquantitativo. Concluindo que a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em 2012 pelo Ministério da Saúde induziu à ampliação do acesso da população aos serviços e da melhoria na qualidade do atendimento por meio do repasse de recursos. A cobertura do exame citopatológico é um dos indicadores de qualidade do programa.	Carvalho <i>et al.</i> , 2018
6) Exame citopatológico de câncer de colo do útero: acesso e qualidade no atendimento	Conhecer o acesso e a qualidade ao Papanicolaou a partir do olhar das usuárias e da cobertura dos exames realizados.	Realizada pesquisa exploratória com abordagem quantiquantitativa. Concluindo que o longo tempo de espera e a falta de confidencialidade nos resultados (92%) são elementos dificultadores do acesso.	Souza <i>et al.</i> , 2019
7) Immunotherapy: An Evolving Paradigm in the Treatment of Advanced Cervical Cancer	Em 2014, a Food and Drug Administration dos EUA aprovou o bevacizumab, no tratamento do câncer uterino, e por este motivo, houve interesse na investigação de terapias alternativas, incluindo a imunoterapia para prolongar a vida das pacientes diagnosticadas com a doença em estágio avançado.	Artigo de revisão que enfoca a evolução da imunoterapia no tratamento do câncer do colo do útero. A imunoterapia representa uma das modalidades terapêuticas para o tratamento do carcinoma uterino, mas não está claro se, apesar da origem associada ao HPV do câncer do colo do útero, a terapia imunológica resultará em uma sobrevida.	Eskander <i>et al.</i> , 2014
8) Atitudes dos pais diante da vacinação de suas filhas contra o HPV na prevenção do câncer de colo do útero	Avaliar o nível de conhecimento referente a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) e obter opiniões e comportamentos sobre a vacinação contra a patologia.	Estudo transversal, exploratório e quantitativo. Concluindo-se que os responsáveis legais estão informados sobre a existência da vacinação contra o HPV e campanhas promovidas pelo governo, mas é baixo o nível de conhecimento em relação aos desfechos da patologia.	Neto <i>et al.</i> , 2016

9) Os sentidos do Papanicolaou para um grupo de mulheres que realizou a prevenção do câncer cervical	Compreender os sentidos do Papanicolaou para um grupo de mulheres que realizou a prevenção do câncer cervical.	Estudo de caráter qualitativo, com abordagem etnográfica. Conclui-se que o Papanicolaou passa a fazer parte do cuidado à saúde do grupo de mulheres.	Campos, 2018
10) Human papillomavirus infection and cervical cancer precursor lesions in women living by Amazon rivers: investigation of relations with markers of oxidative stress	Investigar a relação de marcadores de estresse oxidativo, infecção por papilomavírus humano e lesões precursoras de câncer uterino.	Estudo de caráter exploratório. Onde foi observado que os níveis de malondialdeído e glutathione total foram associados à infecção pelo papilomavírus humano.	Borges <i>et al.</i> , 2018
11) Avaliação da produção de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde do Brasil em 2015	Avaliar a produção de procedimentos de rastreamento, investigação diagnóstica e tratamento de lesões precursoras do câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde (SUS).	Avaliação normativa com cálculo das estimativas de necessidade baseadas nas diretrizes nacionais para rastreamento. Identificou-se déficit de exames citopatológicos e biópsias, excesso de colposcopias e de tratamento de lesões precursoras no Brasil.	Ribeiro <i>et al.</i> , 2018
12) Decline of mortality from cervical cancer	Relatar a ocorrência de morte decorrente do câncer do colo do útero no estado do Recife (PE) no período de 2000 a 2012.	Estudo ecológico de séries temporais utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) decorrentes do câncer uterino. Concluindo-se que educação em saúde e estratégias terapêuticas são extremamente necessárias, visando que este câncer é evitável se diagnosticado precocemente.	Nascimento <i>et al.</i> , 2018
13) Cytopathologic follow-up of women with cervical cancer post-radiotherapy: case series	Relatar uma série de oito casos de avaliações citopatológicas após tratamento radioterápico devido ao câncer do colo do útero.	Estudo descritivo de casos sobre câncer uterino. Analisaram a ação da citopatologia para a detecção do carcinoma cervical, e detectaram que o diagnóstico estava presente em 32,8% dos casos, embora o acompanhamento citopatológico não seja sensível, é um método eficaz para a detecção da recorrência, proporcionando um diagnóstico precoce.	Silva <i>et al.</i> , 2018 (B)
14) “Uma doença da mulher”: experiência e significado do câncer cervical para mulheres que realizaram o Papanicolaou	Compreender a experiência e o significado do câncer cervical por mulheres que realizaram o exame citopatológico. Analisando os aspectos socioculturais.	Estudo qualitativo com mulheres que realizaram o Papanicolaou. Em suma, apesar de o exame citopatológico permitir a prevenção contra o câncer do colo do útero, o seu diagnóstico e tratamento, apresenta alta taxa de mortalidade no Brasil.	Campos <i>et al.</i> , 2017

Quadro 5 – Apresentação de dados obtidos a partir da análise dos artigos

Após a leitura e análise dos artigos selecionados que atenderam ao critério de inclusão, os mesmos foram separados por categoria e gráfico, conforme apresentado na figura 1 e 2.

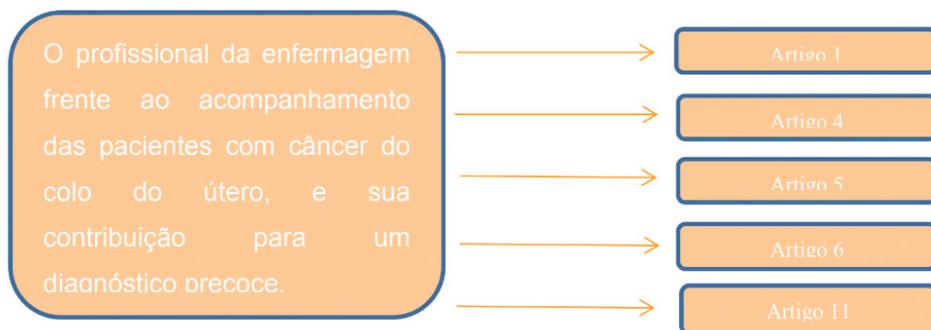


Figura 1 – Categoria “O Profissional da enfermagem frente ao acompanhamento das pacientes com câncer do colo do útero, e sua contribuição para um diagnóstico precoce.

Legenda: Os artigos 1, 4, 5, 6 e 11, encontram-se no quadro 5.

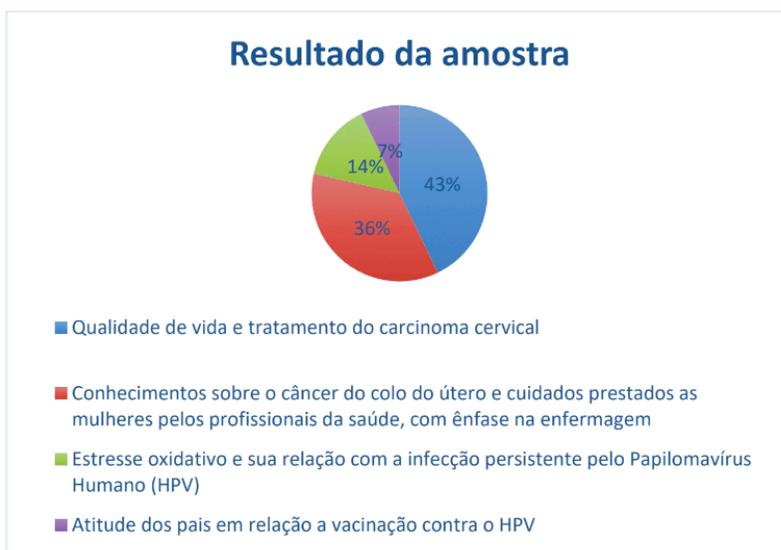


Figura 2 – Resultado geral da amostra

DISCUSSÃO

É importante ressaltar que o câncer do colo do útero é uma das patologias mais comuns nos países em desenvolvimento, e globalmente, é o segundo câncer ginecológico mais frequente, sendo assim, têm uma taxa de mortalidade muito elevada quando não

diagnosticado precocemente.

Durante a avaliação do estudo, constatou-se que cinco tópicos foram focados, a saber:

- Qualidade de vida das mulheres sem/com o câncer do colo do útero.
- Algumas formas de tratamento do câncer cervical.
- A relação do estresse oxidativo com a infecção persistente do Papilomavírus Humano (HPV).
- A imunização contra o Papilomavírus Humano.
- O papel do enfermeiro fente ao acompanhamento da paciente com câncer do colo do útero, e seu conhecimento sobre o assunto.

Qualidade de vida das mulheres sem/com o câncer do colo do útero

A qualidade de vida das mulheres que realizam tratamento para o câncer do colo do útero é influenciada pelos domínios “físico” e “psicológico”, ou seja, quanto maior for o seu dano, pior será a qualidade de vida. O domínio físico está relacionado diretamente com fatores de dor, desconforto, energia e fadiga, além do sono e repouso (CORREIA *et. al.*, 2018).

Os fatores negativos com a qualidade de vida entre mulheres submetidas aos tratamentos para câncer do colo do útero estão relacionados também, com o estado civil, condição socioeconômica desfavorecida, falta de oportunidades para lazer, tipos de terapia que incluem radioterapia (CORREIA *et. al.*, 2018).

Um estudo realizado no período de 2006 a 2012, na rede pública de Recife (PE), mostrou que as taxas de mortalidade decorrentes do câncer cervical tiveram um declínio constante (5,5 por 100.000), mas este resultado foi superior a taxa média encontrada no país. O rastreamento continua sendo fundamental para a redução das taxas de câncer do colo do útero, permitindo assim, um tratamento precoce e conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida da paciente, pois cada vez mais as mulheres têm sido protagonistas das ações de prevenção (NASCIMENTO *et. al.*, 2018).

É possível verificar que o câncer genital feminino possui mais visibilidade na sociedade, pois ao longo da história, essa discussão mostrou-se diretamente ligada às questões de gênero, ou seja, as diferenças entre homens e mulheres. Para elas, o câncer do colo do útero é considerado “invençível”, principalmente, quando se encontra em estágio avançado, decorrente da deficiência na atenção à saúde, quanto ao contexto sociocultural que estão inseridas (CAMPOS *et. al.*, 2017).

Algumas formas de tratamento do câncer cervical

Em 2011, foram diagnosticados 529.800 casos de câncer cervical em todo o mundo,

com o índice de mortalidade em torno de 275.100 mulheres. Apesar dos avanços na triagem, a vacinação contra o HPV e as formas de tratamento da patologia em estágio inicial, uma proporção de mulheres será diagnosticada com câncer do colo do útero em estágio avançado nos próximos anos. A quimioterapia sistêmica continua sendo primordial no tratamento da doença (ESKANDER *et. al.*, 2014).

Segundo estudo realizado no Estado do Rio de Janeiro, a média de tempo para início do tratamento foi de 115,4 dias após o prazo de 60 dias fixados por lei. A amostra verificou que ocorreu uma falha no Sistema Único de Saúde que não conseguiu atender a demanda de todas as usuárias em tempo oportuno. Sendo esse atraso observado em todos os tipos de intervenções para o câncer do útero. O menor tempo observado foi na quimioterapia paliativa (71,3 dias). O tratamento cirúrgico e o conjugado ultrapassaram 100 dias, por este motivo, o início tardio da terapêutica, compromete a sobrevida das mulheres vítimas da patologia, pois a progressão da doença limita as formas de intervenções (CARVALHO *et. al.*, 2018).

Na década de 1850, observando os cânceres de seus pacientes, os médicos alemães foram os primeiros a sugerir que o sistema imunológico do corpo poderia combater o câncer. O sistema imunológico, cuja função principal é a proteção contra infecções persistentes, pode ser dividido em componentes inatos e adaptativos. Sendo assim, o sistema imunológico inato, é pronto para combater infecção para resposta de maneira inespecífica, e o sistema imunológico adaptativo, é ativado com o objetivo de atacar os agentes estrangeiros, dividindo-se em imunidade humoral (células B de anticorpos) e imunidade mediada por células T. A imunoterapia representa o quinto método de tratamento para o câncer cervical em estágio avançado, unindo a cirurgia, radioterapia, quimioterapia e terapia antiangiogênica (ESKANDER *et. al.*, 2014).

Dentre os tratamentos mais comuns para o câncer do colo do útero, é possível encontrar a radioterapia combinada com quimioterapia e histerectomia. A radioterapia é um método confiável para o câncer do colo do útero, mas a radiação pode causar alterações morfológicas e moleculares em células neoplásicas devido a interferência da síntese do ácido ribonucléico mensageiro (mRNA), diminuição da produção proteica e inibição da síntese de ácido desoxirribonucleico (DNA) (SILVA *et. al.*, 2018- B).

A relação do estresse oxidativo com a infecção persistente do Papilomavírus Humano

O estresse oxidativo é consequência de um desequilíbrio na formação e eliminação de espécies oxidantes, tais como, alterações no metabolismo aeróbico, resposta inflamatória, exposição e radiação UV, hipóxia, entre outros. Os radicais livres retratam um processo fisiológico contínuo, fruto das funções biológicas, incluindo metabolismo e inflamação. Lembrando que fatores como o tabagismo, quimioterapia e dieta, também estão associados com a produção desses radicais, como consequência, níveis elevados não neutralizados

e intermediários ativos celulares são as principais causas do estresse oxidativo. Sendo assim, o acúmulo dessas moléculas está diretamente associado a diversas patologias, incluindo a relação com o HPV (SILVA *et. al.*, 2018 - A).

Através dos marcadores de estresse oxidativo, o malondialdeído (resultado da peroxidação das membranas celulares), é considerado um marcador expressivo quando se trata do câncer, e escolhido como biomarcador geral de lesão oxidativa em plasma. Outros marcadores, como a glutatona e as enzimas, possui uma relação com as alterações da defesa antioxidante e ao aumento do dano oxidativo. As mulheres portadoras da patologia apresentam atividade de glutatona peroxidase (GSH-Px) e níveis plasmáticos de vitaminas antioxidantes mais baixos e malondialdeído mais elevados (BORGES *et. al.*, 2018).

Um estudo realizado nas comunidades ribeirinhas da Amazônia verificou que há uma associação significativa da oxidação do malondialdeído e da glutatona total com o HPV, mas que o estresse oxidativo por si só não explica a relação com o câncer do colo do útero (BORGES *et. al.*, 2018).

A imunização contra o Papilomavírus Humano

Em relação a vacinação quadrivalente ofertada no Sistema Único de Saúde através do Programa Nacional de Imunização (PNI), é uma forma de prevenção oferecida para adolescentes entre 9 e 13 anos, nas unidades básicas de saúde, como também, nas escolas das redes públicas e privadas. Estudos comprovam que é baixo o conhecimento sobre os desfechos da patologia provocada pelo HPV, e a mídia nacional, retrata que ainda existe certa resistência dos pais quanto à vacinação contra o Papilomavírus Humano, e isso ocorre devido a dúvidas, desconhecimento sobre a doença, e a eficácia da vacina (NETO *et. al.*, 2016).

O papel do enfermeiro frente ao acompanhamento da paciente com câncer do colo do útero, e seu conhecimento sobre o assunto

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as mulheres sexualmente ativas devem realizar o exame cêrvico-uterino por no mínimo uma vez/ano, com o objetivo de prevenir o câncer do colo do útero. É realizado nos postos ou unidades de saúde, sendo um método rápido, possui baixo custo, e é seguro quando realizado por profissionais qualificados (MIRANDA *et. al.*, 2018).

No entanto, embora tenha aumentado a procura pelo exame preventivo, estudos comprovam que não é considerado suficiente para diminuir a tendência de mortalidade, devido ao seu prognóstico que depende da extensão da patologia no momento do diagnóstico. A carência na quantidade e qualidade do serviço prestrado são fatores que revelam a importância do diagnóstico precoce, pois a população ainda encontra uma dificuldade aos serviços de saúde, e uma problemática no próprio Sistema Único de Saúde (SUS) que não consegue lidar com a demanda elevada, além do déficit dos gestores

municipais e estaduais em relação à assistência prestada as mulheres portadoras da doença (CARVALHO *et. al.*, 2018).

Gol *et al.* (2016), realizaram uma pesquisa com 110 enfermeiros na Turquia, referente aos conhecimentos sobre câncer do colo do útero e a transmissão do Papilomavírus Humano (HPV). Foi constatado no estudo que (76,4%) dos enfermeiros não receberam educação prévia sobre o assunto, e que (86,4%) consideraram inadequado o conhecimento sobre a patologia. Assim, mais da metade dos enfermeiros (59,1%) foram abordados para saber o que é importante para a prevenção do câncer cervical. Os mesmos afirmaram que fazer o teste do Papanicolaou (46,4%), o grau de escolaridade (44,5%) e a diminuição do número de partos (17,3%) são medidas que podem prevenir a patologia.

O enfermeiro possui um papel imprescindível na compreensão da complexidade do câncer cervical que vai muito além do que somente a parte da coleta, é necessário consultas agendadas periodicamente, controle de DST's, acesso ao diagnóstico de HPV, agilidade no atendimento e conhecimento da patologia por parte da equipe. Outro ponto fundamental é sobre a importância da humanização e integralidade aos pacientes portadores da patologia, enfatizando que os mesmos, iniciam o tratamento tardiamente, comprometendo aspectos físicos, emocionais e sociais (SOUZA *et. al.*, 2019).

Desde o momento da realização do Papanicolaou, é importante que o profissional estabeleça um vínculo com a paciente, pois é a partir deste momento que indicará o modo de percepção oferecida durante o exame. Outro ponto essencial está no retorno desta usuária, adquirindo uma dimensão profunda e significativa, pois com a mesma profissional, o exame tornará menos desconfortável (CAMPOS, 2018).

No Brasil, há uma dificuldade de rastreamento da patologia, devido alguns fatores, tais como, problemas na qualidade dos registros nos sistemas de informações e à baixa adesão aos protocolos nacionais, gerando atrasos na detecção precoce da doença (RIBEIRO *et. al.*, 2018).

O ato de procurar um serviço de saúde para realizar o exame do Papanicolaou faz parte de um ritual terapêutico estabelecido pelas mulheres, prevenindo-se assim, do câncer do colo do útero, e cuidando de sua saúde como um todo (CAMPOS, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, é imprescindível que haja medidas de prevenção, como a vacina contra o HPV e o Papanicolaou que continuam sendo essenciais para redução das taxas de câncer do colo do útero, visando a qualidade de vida das mulheres, o diagnóstico precoce e a melhor forma de tratamento, se houver necessidade. Os estudos realizados através da ligação do estresse oxidativo com o Papilomavírus Humano, a vacina quadrivalente e as inúmeras formas de tratamento para o câncer cervical têm contribuído de forma positiva para o avanço científico em relação a essa temática.

É fundamental que o profissional da saúde, principalmente o enfermeiro, esteja capacitado para atender a demanda da população feminina, tirando suas dúvidas e receios quanto ao exame preventivo e a qualidade de vida da paciente diagnosticada com o câncer uterino, pois cada vez mais as mulheres têm sido protagonistas das ações preventivas.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Grazielle. **O HPV como fator predisponente para o câncer do colo de útero**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Anhanguera, São Paulo, 2017.

ADNAN-KOCH, Susan *et al.* **Cânceres Ginecológicos**. 3º ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2009.

BORGES, Bruna; BRITO, Elza; FUZII, Hellen *et al.* **Human papillomavirus infection and cervical cancer precursor lesions in women living by Amazon rivers: investigation of relations with markers of oxidative stress**. São Paulo, SP. Einstein, vol. 16, n. 3, p. 1 – 7, 2018.

BRASIL, INCA – Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio_2016.pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2018.

BRASIL, INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2018.

BRASIL, INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Conceito e Magnitude do Controle do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/controle-do-cancer-do-colo-do-uterio/conceito-e-magnitude>>. Acesso em: 03 de maio de 2019.

CAMPOS, Edemilson; CASTRO, Lidiane; CAVALIERI, Francine *et al.* **“Uma doença da mulher”: experiência e significado do câncer cervical para mulheres que realizaram o Papanicolaou**. Interface (Botucatu), vol. 21, n. 61, p. 385 – 396, 2017.

CAMPOS, Edemilson. **Os sentidos do Papanicolaou para um grupo de mulheres que realizou a prevenção do câncer cervical**. Rio de Janeiro. Cad. Saúde Colet., vol. 26, n. 2, p. 140 – 145, 2018.

CARVALHO, Priscila; DWER, Gisele; RODRIGUES, Nádía *et al.* **Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino**. Rio de Janeiro. Saúde Debate, vol. 42, n. 118, p. 687 – 701, 2018.

CONDE, Carla. **A percepção da vulnerabilidade e representação do câncer de colo do útero**. Botucatu, 2017. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/149882>>. Acesso em: 24 de agosto de 2018.

CORREIA, Rafaella; BONFIM, Cristine; FERREIRA, Daniela *et al.* **Quality of life after treatment for cervical cancer**. Rio de Janeiro. Esc. Anna Nery, vol. 22, n. 4, 2018.

ESKANDER, Ramez; TEWARI, Krishnansu. **Immunotherapy: An Evolving Paradigm in the Treatment of Advanced Cervical Cancer**. California, USA. Clin Ther, vol. 37, n. 1, p. 20 – 38, 2014.

GOL, Ilknur; ERKIN, Ozum. **Knowledge and practices of nurses on cervical cancer, HPV and HPV vaccine in Cankiri state hospital, Turkey.** Turquia. J Pak Med Assoc., vol. 66, n. 12, 2016.

MENDES, Karina; SILVEIRA, Renata; GALVÃO, Cristina. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Florianópolis(SC). Texto Contexto Enferm, vol. 17, n° 4, p. 758 – 64, 2008.

MIRANDA, Avanilde; REZENDE, Emily; ROMERO, Natália. **Percepção e adesão das mulheres quanto ao exame citopatológico.** Revista Nursing, vol. 21, n. 246, p. 2435 - 2438, 2018.

MORAES, Márcia. **Câncer ginecológico.** 1º ed. São Paulo: Manole, 2007.

MURPHY, Timothy *et al.* **Segredos em enfermagem oncológica.** 3º ed. Cânceres Ginecológicos - Diagnóstico e Estadiamento. Cap. 26, p. 291. Porto Alegre, 2009.

NASCIMENTO, Suelayne; CARVALHO, Cleonice; SILVA, Ricarly *et al.* **Decline of mortality from cervical cancer.** Rev. Bras. Enferm., vol. 71, suppl. 1, p. 585 – 590, 2018.

NETO, José; BRAGA, Nicolas; CAMPOS, Jacqueline *et al.* **Atitudes dos pais diante da vacinação de suas filhas contra o HPV na prevenção do câncer de colo do útero.** Rio Janeiro. Cad. Saúde Colet., vol. 24, n. 2, p. 248 – 251, 2016.

PETRY, Karly. **HPV and cervical cancer.** Scand J Clin Lab Invest Suppl. Vol. 74, n.244, p.59 – 62, 2014.

RIBEIRO, Caroline; SILVA, Gulnar. **Avaliação da produção de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde do Brasil em 2015*.** Brasília. Epidemiol. Serv. Saude, vol. 27, n. 1, p. 1 – 10, 2018.

SILVA, Gabriela; NUNES, Rafaella; Morale, Mirian *et al.* **Oxidative stress: therapeutic approaches for cervical cancer treatment.** São Paulo. Clinics, vol. 73 (Suppl 1), 2018 (a).

SILVA, Keila; BEZERRA, Benjamin; CHAVES, Lucieli *et al.* **Integralidade no cuidado ao câncer do útero: avaliação de acesso.** Recife – PE. Rev. Saúde Pública [online], vol.48, n.2, p.240-248, 2014.

SILVA, Ruan; FIGUEIRÊDO, Rachel; SILVA, Amanda *et al.* **Cytopathologic follow-up of women with cervical cancer post-radiotherapy: case series.** J. Bras. Patol. Med. Lab., vol. 54, n.2, p. 99-104, 2018 (b).

SOUZA, Andréa; SUTO, Cleuma; COSTA, Laura *et al.* **Exame citopatológico de câncer de colo do útero: acesso e qualidade no atendimento.** Rio de Janeiro. Rev. Pesqui. Cuid. Fundam., vol. 11, n. 1, p. 97 – 104, 2019.

SOUZA, Marcela; SILVA, Michelly; CARVALHO, Rachel. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** São Paulo. Einstein, vol. 8, n° 1, p. 102 – 6, 2010.

WOLFART, Jessica; ANDRIGHI, Cleomara; COVALSKI, Danieli *et al.* **Vulnerabilidade Individual: A prevenção sem a devida orientação.** Disponível em: <<https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apesumo/article/view/15794/8482>> . Acesso 20 de agosto de 2018.

APLICAÇÃO DO ESCORE PEDIÁTRICO DE ALERTA (EPA) NO RECONHECIMENTO PRECOCE DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 03/08/2020

Thaiane de Lima Oliveira

Hospital Estadual da Criança
Feira de Santana- BA

<http://lattes.cnpq.br/6604441822313930>

Juliana de Oliveira Freitas Miranda

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana- BA

<http://lattes.cnpq.br/6586008494633206>

Carlito Nascimento Sobrinho

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana- BA

<http://lattes.cnpq.br/4427495754189995>

Lívia Leite da Silva Macedo

Hospital Estadual da Criança
Feira de Santana- BA

<http://lattes.cnpq.br/9160261411459038>

Marina Vieira Silva

Hospital Estadual da Criança
Feira de Santana- BA

<http://lattes.cnpq.br/4517821061119110>

Renata Fonseca Mendoza

Hospital Estadual da Criança
Feira de Santana- BA

<http://lattes.cnpq.br/9609511202188543>

podem auxiliar o enfermeiro na detecção e gerenciamento da deterioração clínica a fim de garantir a segurança do paciente no contexto hospitalar. **Objetivo:** relatar a experiência de aplicação do Escore Pediátrico de Alerta (EPA) no reconhecimento da deterioração clínica. **Método:** estudo qualitativo, tipo relato de experiência, que descreve a aplicação do EPA no reconhecimento da deterioração clínica de um paciente em um hospital pediátrico, as intervenções realizadas e a evolução no internamento. O escore pediátrico utilizado foi desenvolvido e validado em um cenário hospitalar público brasileiro. Uma enfermeira, treinada na utilização do EPA, aplicou o escore e identificou pontuação positiva para deterioração clínica desencadeando avaliação médica e intervenções. **Resultado:** duas categorias descrevem o relato: Reconhecimento da deterioração pela enfermeira; Avaliação médica, intervenções e desfecho do paciente. **Conclusão:** o uso do EPA auxiliou a enfermeira no reconhecimento e documentação da deterioração clínica, facilitou a comunicação da equipe, desencadeou a avaliação médica e intervenções precoces, auxiliando na promoção do cuidado rápido e efetivo, favorecendo o melhor desfecho e garantindo a segurança da criança no ambiente hospitalar.

PALAVRAS-CHAVE: Deterioração clínica, segurança do paciente, enfermagem pediátrica.

RESUMO: **Introdução:** O reconhecimento precoce da deterioração clínica pediátrica pode ser determinante na evolução e prognóstico de crianças no cenário hospitalar. Nesse sentido, os Escores Pediátricos de Alerta Precoce

APPLICATION OF THE PEDIATRIC ALERT SCORE (EPA) IN EARLY RECOGNITION OF CLINICAL DETERIORATION: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: Introduction: Early recognition of pediatric clinical deterioration can be a determining factor in the evolution and prognosis of children in the hospital setting. In this sense, Pediatric Early Warning Scores can assist nurses in detecting and managing clinical deterioration in order to ensure patient safety in the hospital context. Objective: to report the application experience of the Pediatric Alert Score (EPA) in the recognition of clinical deterioration. Method: qualitative study, type of experience report, which describes the application of EPA in the recognition of the clinical deterioration of a patient in a pediatric hospital, the interventions performed and the evolution in hospitalization. The pediatric score used was developed and validated in a Brazilian public hospital setting. A nurse, trained in the use of EPA, applied the score and identified a positive score for clinical deterioration, triggering medical evaluation and interventions. Result: two categories describe the report: Recognition of deterioration by the nurse; Medical evaluation, interventions and patient outcome. Conclusion: the use of EPA helped the nurse in the recognition and documentation of clinical deterioration, facilitated team communication, triggered medical evaluation and early interventions, helping to promote rapid and effective care, favoring the best outcome and ensuring the child's safety in the hospital environment.

KEYWORDS: Clinical deterioration, patient safety, pediatric nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O gerenciamento efetivo da parada cardiorrespiratória pediátrica em unidade hospitalar envolve uma cadeia de eventos cujo critério inicial é o reconhecimento precoce da deterioração clínica. Entretanto, reconhecer a deterioração de forma precoce e acurada a fim de prestar o cuidado ideal à criança pode ser um processo complexo (CHAPMAN et al., 2016; JOFFE; ANTON; BURKHOLDER, 2011).

Nesse cenário, alguns fatores foram listados como colaboradores para o reconhecimento e tratamento tardios da deterioração: complexidade dos pacientes nas enfermarias, inexperiência da equipe em reconhecer a piora clínica, falta de pessoal prontamente disponível e treinado para assistir pacientes graves, falta de respostas aos sinais de deterioração, falha nos sistemas e falta de processos organizados para reconhecimento da deterioração clínica (MCCABE; DUNCAN, 2008; TUME; BULLOCK, 2004; TIBBALLS et. al., 2005; HAINES; PERROT; WEIR, 2006; CARTER, 2015).

Com o objetivo de auxiliar a equipe de saúde no reconhecimento precoce da piora clínica, foram desenvolvidas ferramentas denominadas Early Warning Systems ou Early Warning Score (EWS) (CHAPMAN; GROCOTT; FRANCK, 2010). Inicialmente, em 1997, os EWS foram idealizados para a população adulta (GEORGAKA; MPARMPAROUSI; VITOS, 2012), e em 2005 houve adaptação do primeiro escore para a população pediátrica (MONAGHAN, 2005). No cenário pediátrico os EWS são comumente denominados Pediatric Early Warning Score (PEWS) (MONAGHAN, 2005; DUNCAN, 2007) ou Escores Pediátricos

de Alerta Precoce, como são conhecidos no Brasil.

Os PEWS são sistemas de pontuação agregados ponderados que se baseiam na avaliação sistemática de sinais clínicos e critérios pré-determinados, e têm por objetivo sinalizar para equipe os pacientes pediátricos com riscos de desenvolver eventos adversos graves que necessitam de cuidados urgentes (CHAPMAN; GROCOTT; FRANCK, 2010). São ferramentas que devem compor um conjunto de ações com a finalidade de assistir, de maneira rápida e precoce, crianças em deterioração clínica no contexto hospitalar (MIRANDA et al., 2017). A sua utilização na rotina dos serviços pediátricos pode contribuir com a gestão do cuidado da criança em deterioração clínica pela equipe de saúde.

O Escore Pediátrico de Alerta (EPA) é um exemplo dessas ferramentas. Ele foi desenvolvido e validado por um grupo de pesquisadores brasileiros que utilizou o BPEWS-Br (*Brighton Pediatric Early Warning Score* para o contexto brasileiro) como inspiração para sua construção, e avalia as condições vitais e clínicas da criança a partir parâmetros fisiológicos simples (OLIVEIRA, 2019).

O objetivo deste capítulo é relatar a experiência de aplicação do Escore Pediátrico de Alerta (EPA) no reconhecimento da deterioração clínica. O estudo fez parte de uma dissertação de mestrado vinculada a um projeto de pesquisa financiando pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/ Edital Universal N° 28/2018 - Processo: 405101/2018-0) e aprovado pelo CEP/UEFS sob CAAE n° 79484117.2.0000.0053.

2 | RELATO DE EXPERIÊNCIA

Para a construção desse capítulo foi desenvolvido um estudo qualitativo, do tipo relato de experiência, que descreve a aplicação do EPA no reconhecimento da deterioração clínica de um paciente em um hospital pediátrico, assim como intervenções realizadas e a evolução no internamento.

Inicialmente, uma enfermeira com experiência em pediatria, foi treinada na utilização do escore por meio de aulas expositivas, vídeos e discussão de caso. Para auxiliar nesse processo de treinamento foi construído um manual instrucional sobre a aplicação de todos os indicadores clínicos mensurados pelo escore. O EPA é composto por três componentes de avaliação (neurológico, respiratório e cardiovascular) cuja pontuação pode variar de 0 a 11 pontos, e quanto maior a pontuação do escore, maior a probabilidade de o paciente agravar, sendo o escore ≥ 3 de melhor acurácia segundo seu estudo de validação (OLIVEIRA, 2019).

O relato foi apresentado a partir de duas categorias: Reconhecimento da deterioração pela enfermeira; Avaliação médica, intervenções e desfecho do paciente.

2.1 Reconhecimento da deterioração pela enfermeira

Essa categoria apresenta a utilização do EPA como estratégia de reconhecimento dos sinais de deterioração clínica. O EPA foi aplicado por uma enfermeira em uma criança

do sexo masculino, 10 anos de idade, portador de nefropatia, internada na enfermaria clínica de um hospital público pediátrico de grande porte e referência no estado da Bahia. Esse caso fez parte do estudo piloto para implantação de um sistema de reconhecimento precoce de sinais de deterioração clínica no referido hospital iniciado em novembro de 2018.

A partir da avaliação da criança e aplicação do EPA, a enfermeira identificou alterações nos sinais vitais e clínicos obtendo a pontuação 7 no escore, considerada elevada e denotando sinais graves de deterioração clínica. O paciente apresentou alterações em todos os componentes de avaliação do EPA, conforme mostrado no Quadro 1.

Componentes de avaliação do EPA	Sinais de deterioração clínica	Pontuação parcial do EPA
Neurológico	Irritação	1
Respiratório	Uso de oxigênio suplementar Taquipneia (FR= 48 rpm) Tiragem subcostal Tiragem subesternal Tiragem intercostal Gemência	3
Cardiovascular	Palidez Tempo de enchimento capilar alargado(TEC=3) Taquicardia (FC= 132bpm) Hipertermia (T= 38,2°C) Redução de diurese	3

Quadro 1- Sinais de deterioração identificados a partir da aplicação do Escore Pediátrico de Alerta. Feira de Santana, Bahia, novembro, 2018.

Legenda: FR: frequência respiratória; rpm: respirações/minuto; TEC: tempo de enchimento capilar; FC: frequência cardíaca; bpm: batimentos por minuto; T: temperatura; °C: graus celsius.

Fonte: Dados da pesquisa.

No componente neurológico, a criança apresentava irritabilidade (Quadro 1). A avaliação neurológica é uma das mais importantes para o reconhecimento de piora clínica do paciente, sofrendo influência direta do sistema respiratório no que diz respeito à qualidade da respiração e oxigenação. A irritação pode ser considerada um sinal inicial de injúria neurológica entendendo que, nos casos em que há um comprometimento da qualidade da ventilação ou oxigenação, o paciente apresenta agitação e, posteriormente, há uma redução do padrão neurológico (AHA, 2017).

Na avaliação do componente respiratório do EPA vários sinais foram identificados na criança (Quadro 1). O sistema respiratório é o grande responsável pela maioria das internações hospitalares em pediatria (BRASIL, 2019). Pacientes que apresentam alterações no padrão respiratório precisam ser avaliados imediatamente a fim de afastar quadros

potencialmente graves. A taquipneia é considerada um sinal de alerta inicial de deterioração respiratória na criança. O uso de musculatura acessória é outro importante indicador de piora clínica, pois denota a tentativa do paciente em manter uma ventilação/oxigenação adequada, sendo a presença de gemidos um indicativo de maior gravidade e possibilidade de progressão do quadro para uma insuficiência respiratória (AHA, 2017). Já a utilização de oxigênio suplementar está atrelada a condições de hipoxemia, tornando este critério importante e decisivo para tomada de decisão sobre internamento e transferência para UTI, principalmente em portadores de pneumonia (AHA, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019a).

No componente de avaliação cardiovascular do EPA, a criança apresentou alterações no estado hemodinâmico. A taquicardia isolada é considerada um sinal inespecífico para avaliação, porém em associação com sinais de comprometimento circulatório e presença de foco infeccioso induz a suspeita de infecção/sepsis (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019b). A coloração da pele e tempo de enchimento capilar estão associados a sinais de má oxigenação e perfusão tecidual. A palidez pode estar associada a um fornecimento de oxigênio insuficiente para tecidos e órgãos e um TEC > 2 segundos é indicativo de má perfusão tecidual (AHA, 2017).

A elevação de temperatura corporal em crianças é uma queixa comum na busca por atendimentos de emergência. São necessários estudos mais robustos sobre pontos de corte para valores de temperatura corporal em pediatria, porém é consensual a ideia de que valores elevados podem estar associados à presença de infecções, que, se não identificadas e tratadas oportunamente, evoluem para sepsis, aumentando o risco de mortalidade do paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019b; MATSUNO, 2012; BLANK, 2011).

A estimativa do volume de diurese reforça a avaliação cardiovascular já que traduz o estado de perfusão de órgão alvo. Na presença de diminuição de diurese, há indícios de perfusão renal inadequada (AHA, 2017).

2.2 Avaliação médica, intervenções e desfecho do paciente

Nessa categoria destacam-se a avaliação e intervenção médicas desencadeadas pela EPA, além do desfecho do paciente ao final do internamento. Diante da pontuação 7 do EPA, a enfermeira solicitou uma avaliação médica que, a partir do exame físico completo, constatou piora importante no quadro clínico do paciente e deu início a uma série de intervenções junto a equipe de saúde: monitorização, aumento da oferta de oxigênio, expansão volêmica, sondagem vesical, solicitação de exames, antibioticoterapia e transferência para Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Com base na avaliação e identificação do estado clínico da criança, medidas precoces e apropriadas devem ser adotadas com a finalidade de reverter o quadro de piora e melhorar o prognóstico. As intervenções denominadas como Suporte Avançado de

Vida em Pediatria (SAVP) poderão incluir: disparo do sistema de resposta de emergência; iniciar as manobras necessárias para ressuscitação cardiopulmonar; providenciar carro de ressuscitação; instalar monitorização contínua e oximetria de pulso; iniciar/ aumentar oxigenioterapia; iniciar medicações e fluidos (AHA, 2017).

Após implementação de todas as medidas na enfermaria o paciente foi transferido para a UTI onde permaneceu por 04 dias até sua estabilização clínica. Em seguida foi transferido para a enfermaria e após 13 dias de hospitalização recebeu alta hospitalar em boas condições e sem sequelas decorrentes do internamento.

O cuidado e tratamento de crianças gravemente doentes é um desafio particular, pois essa população pode apresentar sintomas incomuns e seus mecanismos compensatórios costumam ser melhores que os da população adulta (JENSEN et al., 2017).

3 | CONCLUSÃO

A aplicação do EPA auxiliou a enfermeira a sistematizar a avaliação, reconhecer e documentar a deterioração clínica do paciente pediátrico, assim como facilitou a comunicação com a equipe e permitiu o desencadeamento da avaliação médica e intervenções precoces.

A adoção do EPA na rotina de trabalho da enfermeira pode contribuir para o reconhecimento precoce e o cuidado rápido e efetivo da criança em deterioração clínica, além de proporcionar um desfecho favorável e promover a segurança do paciente no ambiente hospitalar. Entretanto, para sua implementação, aspectos gerenciais e assistenciais precisam ser contemplados. É necessário planejar um sistema de reconhecimento da deterioração clínica que seja disparado pelo EPA e que contemple também a implementação de cuidados adequados e oportunos, com capacitação dos membros da equipe para responder prontamente à piora clínica e disponibilidade de recursos materiais/estruturais a fim de melhorar a assistência e aumentar a segurança do paciente no contexto hospitalar.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Abordagem sistemática à criança gravemente doente ou ferida.** In: _____. Suporte avançado de vida em pediatria manual do profissional. Estados Unidos da América: Orora Visual, 2017, p 29-67.

BLANK D. **Uso de antitérmicos: quando, como e por quê.** Residência pediátrica [revista em Internet]. 2011; 1(2):12-6. Disponível em: <https://doi.org/10.25060/residpediatr>. Acesso em 03 de mar. de 2019

CARTER, B. **'If you see something, say something': Reducing the incidence of deterioration in children.** J Child Heal Care [revista em Internet]. 2015, 19(2):1335. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1367493515587150>. Acesso em 02 jun. 2016

CHAPMAN, S. M.; et al. **Systematic review of paediatric track and trigger systems for hospitalised children.** Resuscitation. London, v. 109 p. 87-109, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.07.230>>. Acesso em: 08 jul. 2017

CHAPMAN, S. M.; GROCOTT, M. P. W.; FRANCK, L. S. **Systematic review of paediatric alert criteria for identifying hospitalised children at risk of critical deterioration.** Intensive Care Medicine, Paris, v. 36, n. 4, p. 600-11, 2010. Disponível em:<<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00134-009-1715-x>>. Acesso em: 02 jul. 2017

DUNCAN, H.P. **Survey of early identification systems to identify inpatient children at risk of physiological deterioration.** Archives of Disease in Childhood, London, v. 92, n. 9, p. 828, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2084034/pdf/828.pdf>>. Acesso em: 07 jul.2017

GEORGAKA, D.; MPARMPAROUI, M.; VITOS, M. **Early Warning Systems.**Hospital Chronicles, Athens, v. 7, n. 1, p. 37-43, 2012. Disponível em: <<http://www.powerbreathebrasil.com.br/wpblog/wp-content/uploads/Early-Warning-Systems.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2017

HAINES, C.; PERROT, M.; WEIR, P. **Promoting care for acutely ill children development and evaluation of a Paediatric Early Warning Tool.** Intensive and Critical Care Nursing, New York, v. 22, n. 2, p. 73-81, apr. 2006. Disponível em:<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339705001217>>. Acesso em: 14 fev.2014

JENSEN, C. S.et. al. **A multicentre, randomised intervention study of the Paediatric Early Warning Score: study protocol for a randomised controlledTrial.** Tials, v. 1, n. 18, 2017. Disponível em:<http://sci-hub.tw/10.1186/s13063-017-2011-7>.Acesso em: 02 ago. 2018

JOFFE, A. R.; Anton, N. R.; BURKHOLDR, S. C. **Reduction in hospital mortality over time in a hospital without a pediatric medical emergency team: Limitations of before-and-after study designs.** Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 2011, volume 165, p 419-423. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21536956>. Acesso em: 17 ago. 2017

MATSUNO AK. **Reconhecimento das situações de emergência: avaliação pediátrica.** Med Ribeirão Preto [revista em Internet]. 2012; 45(2). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v45i2p158-167>. Acesso em 02 de janeiro de2017

MCCABE, A.; DUNCAN, H. **National survey of observation and monitoring practices of children in hospital.** Paediatric Nursing, Pitman, v. 20, n. 6, p. 24-7, 2008. Disponível em: <<http://pdconnection.ebscohost.com/c/articles/33584928/national-surveyobservationmonitoring-practices-children-hospital>>. Acesso em: 17 jul. 2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE [homepage na internet]. **Análise das internações hospitalares pediátrica no Brasil em 2017.** Disponível em <<http://datasus.saude.gov.br>>. Acesso em 23 de agosto de 2019]

MIRANDA, JOF et al. **Acurácia de um escore pediátrico de alerta precoce no reconhecimento da deterioração clínica.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.25: e2912, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2912.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2017

MONAGHAN, A. **Detecting and managing deterioration in children.** Paediatric Nursing, Pitman, v. 17, n. 1, p. 32-5, feb. 2005. Disponível em:<<http://rcnpublishing.com/doi/pdfplus/10.7748/paed2005.02.17.1.32.c964>>.Acesso em: 08 jul. 2017

Oliveira TL. **Validade e confiabilidade de um Escore Pediátrico de Alerta em um contexto hospitalar.** Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2019. Dissertação Mestrado Profissional em Enfermagem

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA [homepage na internet]. **Documento Científico Pneumonia adquirida na Comunidade na Infância.** Disponível em: <https://www.sbp.com.br/publicacoes>. Acesso em 03 de julho de 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA [homepage na internet]. **Manual de Orientação Sepse grave e Choque séptico pediátrico Surviving Sepsis Campaign (SSC).** Disponível em: <https://www.sbp.com.br/publicacoes>. Acesso em 02 de julho de 2019.

TIBALLS, J.et al. **Reduction of paediatric in-patient cardiac arrest and death with a medical emergency team: preliminary results.** Archives of Disease in Childhood, London, v. 90, n.11, p.1148-52, 2005. Disponível em:<<http://adc.bmj.com/content/90/11/1148.full.pdf+html>>.Acesso em: 16 jul. 2017

TUME, L.; BULLOCK, I. **Early warning tool to identify children at risk of deterioration: a discussion.** Paediatric Nursing, Pitman, v. 16, n. 8. p. 20-3, 2004. Disponível em: <<http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/paed2004.10.16.8.20.c943>>. Acesso em: 17 jul.2017

CAPÍTULO 17

ORIENTAÇÕES PERTINENTES ACERCA DOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO EM ALOJAMENTO CONJUNTO

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 06/05/2020

Janaína dos Santos Silva

Faculdade Terra Nordeste
Caucaia – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/1942565521286592>

Igor Roberto Oliveira da Silva

Centro Universitário Estácio do Ceará
Fortaleza – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3811521598236767>

Debora Alencar Teixeira Gomes

Faculdade Terra Nordeste
Caucaia – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5999284131400988>

Jamille de Paula Alves

Faculdade Terra Nordeste
Caucaia – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5585759336367035>

Israel Melo de Oliveira dos Santos Junior

Faculdade Terra Nordeste
Caucaia – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/3174018427325427>

Helen Dayane Oliveira da Silva Souza

Faculdade Terra Nordeste
Caucaia – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/6596616949057551>

Larissa Natale dos Santos

<http://orcid.org/0000-0002-68638583>

Bruna Caroline Rodrigues Tamboril

Faculdade Terra Nordeste
Caucaia – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5375914018898541>

Paloma Victória Arruda Maia

Faculdade Terra Nordeste
Caucaia – Ceará

<http://lattes.cnpq.br/5159499140464269>

RESUMO: O alojamento em conjunto é um ambiente de suma importância do qual o enfermeiro irá realizar a continuidade do cuidado que foi iniciado ainda no pré-natal, promovendo orientações pertinentes a saúde do recém-nascido que garantirá o adequado cuidado disposto ao RN no ambiente interfamiliar. O estudo, compreende uma pesquisa do tipo Revisão Integrativa (RI) de abordagem qualitativa. Foi realizado o cruzamento entre os seguintes descritores: Recém-nascido AND alojamento conjunto; Recém-nascido AND educação em enfermagem nas bases científicas BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Scielo (Scientific electronic library online). A busca dos artigos ocorreu no período compreendido de janeiro a março de 2020, onde os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra e publicados em português nos anos de 2015 a 2020 e exclusão, artigos de idiomas estrangeiros, trabalhos fora da cronologia delimitada, estudos que não abordassem o tema proposto. A amostra final é composta por 14 artigos. Os benefícios relacionados ao alojamento conjunto são de fundamental importância nos processos

de desenvolvimento físico e cognitivo do recém-nascido, o compromisso do cuidado materno ao RN está diretamente relacionado aos laços afetivos estabelecidos entre mãe e filho, dessa forma o profissional enfermeiro possui papel primordial neste processo. Conclui-se que os profissionais de enfermagem são de extrema importância para as devidas orientações no alojamento conjunto, orientando quanto aos cuidados necessários durante o puerpério imediato e envolve acolher a puérpera, o recém-nascido e familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Alojamento conjunto, Enfermeiro, Recém-nascido, Puérpera.

RELEVANT GUIDELINES ON CARING FOR THE NEWBORN IN JOINT ACCOMMODATION

ABSTRACT: The accommodation together is an extremely important environment from which the nurse will carry out the continuity of care that was started in the prenatal period, promoting guidelines relevant to the health of the newborn that will ensure the appropriate care available to the NB in the interfamily environment. The study comprises a research of the type Integrative Review (IR) with a qualitative approach. The following descriptors were cross-checked: Newborn AND rooming-in; Newborn AND nursing education in the scientific bases VHL (Virtual Health Library) and SciELO (Scientific electronic library online). The search for the articles took place from January to March 2020, where the inclusion criteria were: articles available in full and published in Portuguese in the years 2015 to 2020 and exclusion, articles in foreign languages, works outside the defined chronology, studies that did not address the proposed theme. The final sample consists of 14 articles. The benefits related to rooming-in are of fundamental importance in the processes of physical and cognitive development of the newborn, the commitment of maternal care to the NB is directly related to the affective bonds established between mother and child, thus the nurse professional has a primary role in this process. It is concluded that nursing professionals are extremely important for the necessary guidance in the joint accommodation, guiding as to the necessary care during the immediate puerperium and involves welcoming the puerperal woman, the newborn and family members.

KEYWORDS: Joint accommodation, Nurse. Newborn, Postpartum.

1 | INTRODUÇÃO

O alojamento em conjunto é um ambiente de suma importância do qual o enfermeiro irá realizar a continuidade do cuidado que foi iniciado ainda no pré-natal, é onde irá realizar as orientações pertinentes a saúde do recém-nascido. É um espaço destinado a mãe e filho do qual os mesmos estarão no período de no mínimo 48 horas. Nesse ambiente o enfermeiro exerce ações voltadas para mãe-filho-família, tais como: incentivo ao aleitamento materno exclusivo; fornece informações quanto às consultas e sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, vacinação e planejamento familiar (NOBREGA, 2010).

A educação e as orientações quanto á saúde do RN são imprescindíveis para a mãe, para que isso aconteça não são necessários grandes procedimentos, apenas com os cuidados mínimos de enfermagem, com habilidade de comunicação, disponibilidade, monitorização, avaliação e uma postura adequada são o suficiente para que isso ocorra de

forma benéfica, onde a mãe se sentira segura quanto aos cuidados que serão prestados fora do ambiente hospitalar (SOARES, 2010).

A família e principalmente a mãe tem um papel fundamental no processo de incorporação do RN na sociedade. O cuidar materno constitui o conjunto de fatores que incluem ações ambientais e biopsicossociais que propicia ao filho uma atenção de forma integralizada. Se destacam como benefícios do cuidado materno, o ganho ponderal do recém-nascido, promove condutas neuro-comportamentais e cognitivas, moldagem da arquitetura cerebral, melhora do quadro clínico, desenvolvem a sucção nutritiva precocemente e a autorregulação (SILVA, 2008).

Um dos maiores desafios constantes dos profissionais de saúde é o cuidado ao recém-nascido pré-termo (RNPT) ou de baixo peso (BP), os mesmos devem estar em constante alerta pois os órgãos do RNPT estão em fase de maturação para vida extrauterina. As UTIs neonatais têm promovido segurança para assistência e sobrevivência do RNPT, no entanto, tem sido desfavorável quanto aos ruídos e excesso de iluminação externas dos quais o RNPT não está preparado a receber (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

OMS tem trazido ações que tem beneficiado o RN, uma delas é o Método Canguru que desde o ano de 2000 o Brasil tem tomado como forma de política pública. O método canguru tem fortalecido o vínculo entre mãe e filho e propiciando diversos benefícios ao RN, pois promove ainda a estabilidade térmica, e propicia uma aderência com maior facilidade ao aleitamento materno do qual tem reduzido significativamente a mortalidade infantil. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

A política pública MC é amplamente estruturada em três etapas sequenciais. A primeira etapa corresponde ao período de internação do RNPT e/ou BP na UTIN, ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo). Na segunda etapa, que ocorre na Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), a mãe retorna ao hospital em regime de alojamento conjunto, na condição de acompanhante ao filho prematuro, e assume a integralidade do cuidado ainda sob supervisão e orientação de uma equipe multiprofissional até o RN atingir peso ideal para alta, que pode variar entre as instituições hospitalares, mas visa a alta com cuidado materno autônomo e seguro para a continuidade domiciliar. A terceira etapa corresponde ao seguimento ambulatorial, no qual o RN será acompanhado pelo serviço até atingir peso de 2500g, onde poderá ser atendido na atenção básica de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

O puerpério, por se tratar de um período considerado de riscos, torna imprescindíveis os cuidados de enfermagem que sejam qualificados e que tenham como base a prevenção de intercorrências, o conforto físico e emocional, com ênfase em ações educativas que possam oferecer à mulher ferramentas para cuidar de si e do (a) filho (a). Essas ações precisam ser permeadas pelo respeito às limitações e necessidades de cada puérpera, e também proporcionar um cuidado que esteja de acordo com a demanda de cada mulher. (ODININO e GUIARDELLO, 2010)

A implementação do Alojamento Conjunto (AC) nos hospitais materno-infantis, conforme preconiza a portaria MS/GM N° 1016/93, também configura iniciativa favorável para que os profissionais de saúde e principalmente de Enfermagem informem às mães sobre os cuidados de saúde que potencializam os resultados maternos e infantis positivos, especialmente os relacionados ao autocuidado e o cuidado do RN. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A eficácia das práticas assistenciais desenvolvidas pela Enfermagem no puerpério, decorre, sobretudo do relacionamento interpessoal da tríade profissional/puérpera/família, que está diretamente associado a sensibilidade, a capacidade de ouvir, a confiança e segurança transmitida pelos profissionais. Estas características são alguns dos pilares inerentes aos profissionais de Enfermagem e indispensáveis para a criação de vínculo com a mulher, garantindo a satisfação tanto da puérpera e dos familiares com o atendimento recebido, quanto para a instituição de saúde, que diminui custos com a redução do tempo de permanência hospitalar e tratamentos de possíveis intercorrências. (OLIVEIRA et al. 2012)

Tendo em vista os cuidados essenciais ao RN o estudo é de real importância tanto para o público acadêmico, como poderá fomentar pesquisas futuras referentes a temática abordada. Assim o estudo tem como objetivo descrever a importância da realização dos cuidados ao recém-nascido e sua importância para a promoção de saúde, durante a sua permanência no alojamento conjunto.

2 | METODOLOGIA

A estruturação metodológica adotada no estudo, compreende uma pesquisa do tipo Revisão Integrativa de abordagem qualitativa, que permeia uma análise holística da aplicabilidade e a sua importância na vida dos indivíduos relacionados ao campo de estudo.

A pesquisa sobre a temática “Orientações pertinentes acerca dos cuidados ao recém-nascido em alojamento conjunto”, visa a análise do beneficiamento ao binômio mãe-bebê, referente às orientações realizadas e os cuidados empregados durante a estadia no ambiente intra-hospitalar, especificamente o alojamento conjunto.

Através da informação sobre as medidas adotadas, bem como, a iniciação precoce da amamentação e nutrição, cuidados ao coto umbilical, banho de sol, padrão de sono e repouso, cuidados acerca da higiene corporal do bebê, importância da imunização, dentre outros. É possível promover aos recém-nascidos uma melhor qualidade de cuidado, atuando também na prevenção de agravos à saúde prévios e tardios.

Apesar da equipe multidisciplinar que atuará com a mulher desde o processo de gestação ao parto e puerpério, realizarem orientações iniciadas durante o pré-natal, observa-se vulnerabilidades ao que concerne os cuidados ao bebê, desde modo, surge a questão norteadora deste estudo: Qual a importância frente ao cenário atual de realizar

orientações à puérpera em alojamento conjunto sobre os cuidados ao recém-nascido?

A partir do ponto de inquirição, foi realizado o cruzamento entre os seguintes descritores: Recém-nascido AND alojamento conjunto; Recém-nascido AND educação em enfermagem. Estes descritores estão indexados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).

A busca dos artigos ocorreu no período compreendido de janeiro a março de 2020, através do cruzamento dos descritores nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a formulação da amostra, foram utilizados critérios de inclusão que garantissem maior relevância e confiabilidade, são eles: artigos disponíveis na íntegra e publicados em português nos anos de 2015 a 2020.

Foram atribuídos também alguns critérios de exclusão, tais como: artigos de idiomas estrangeiros, trabalhos fora da cronologia delimitada, estudos que não abordassem o tema proposto e publicações que não se enquadrassem à categoria artigo.

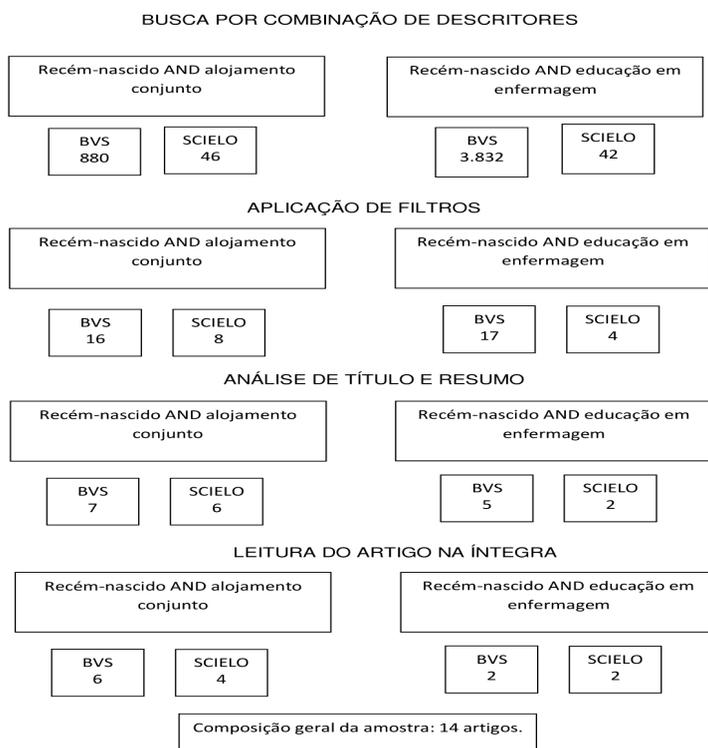


Imagem 1: Representa o esquema adotado para a busca de artigos para a composição da amostra (N=14).

Janaina Dos Santos Silva, 2020.

3 | RESULTADO E DISCUSSÃO

Nº	AUTORES	ANO	TÍTULOS	PERIÓDICO	BASES DE DADOS
01	ALMEIDA et al.	2018	Seja Doce com os Bebês: avaliação de vídeo instrucional sobre manejo da dor neonatal por enfermeiros	Revista da Escola de Enfermagem da USP	SCIELO
02	ARAÚJO; RODRIGUES, PACHECO.	2015	A promoção do cuidado materno ao neonato prematuro: a perspectiva da educação problematizadora em saúde	Revista de Enfermagem UERJ	SCIELO
03	CIRICO; SHIMODA, OLIVEIRA.	2017	Qualidade assistencial em aleitamento materno: implantação do indicador de trauma mamilar	Revista Gaúcha de Enfermagem	SCIELO
04	COSTA et al.	2018	Atuação do enfermeiro no manejo clínico da amamentação: estratégias para o aleitamento materno	Revista de Pesquisa: Cuidado Fundamental	LILACS
05	COSTA et al.	2015	Cuidado de enfermagem às puérperas soropositivas para o HIV diante da impossibilidade de amamentação natural	Revista de Pesquisa: Cuidado Fundamental	LILACS
06	CRUZ et al.	2018	Associação entre o tipo de aleitamento na alta hospitalar do recém-nascido e aos seis meses de vida	Cadernos Saúde Coletiva	LILACS
07	DULFE et al.	2015	O cuidado de enfermagem na admissão e permanência do recém-nascido no alojamento conjunto na transferência intra-hospitalar	Revista de Pesquisa: Cuidado Fundamental	LILACS
08	EBLING et al.	2018	Compreensões de cuidado na visão de mulheres puérperas	Revista de Pesquisa: Cuidado Fundamental	LILACS
09	FIGUEIREDO et al.	2015	Grau de satisfação de puérperas quanto à qualidade da assistência no Alojamento Conjunto de uma Maternidade Pública	Revista de Pesquisa: Cuidado Fundamental	LILACS
10	KLOSSOSWSKI et al.	2016	Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública	Revista CEFAC	SCIELO
11	PINHEIRO et al.	2016	Prevalência e fatores associados à prescrição/solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos	Revista de Nutrição	SCIELO
12	SILVA c	2018	Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança	Texto & Contexto – Enfermagem	SCIELO
13	STELMAK, FREIRE.	2017	Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru	Revista de Pesquisa: Cuidado Fundamental	LILACS
14	STREFLING et al.	2017	Percepções de puérperas sobre o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto	Revista de Pesquisa: Cuidado Fundamental	LILACS

Quadro 1- Apresentação dos resultados por ordem alfabética, ano, título, periódico e base de dados.

Nos artigos selecionados, abordam a problematização no cuidado e na promoção à saúde do recém-nascido assistida pela equipe de enfermagem. Entre os artigos avaliados contatou-se que o cuidado com o binômio mãe-filho em suas primeiras horas de vida, enfatiza a importância da alimentação materna com foco maior ao RN prematuro, dentre os artigos são abordados também: 4 deles tratam de puérperas com boa aceitação na prática da alimentação materna; 2 abordam a continuidade após alta hospitalar na amamentação

exclusiva do RN; 3 discutem a resistência ao aleitamento materno; 1 aborda os cuidados na alimentação frente as puérperas soropositivas para HIV; 3 visões os cuidados com as puérperas no que desrespeita à trauma mamilar e 3 artigos avaliam a qualidade da assistência no aleitamento materno passado pela equipe de enfermagem.

Os benefícios relacionados ao alojamento conjunto são de fundamental importância nos processos de desenvolvimento físico e cognitivo do recém-nascido, o compromisso do cuidado materno ao RN está diretamente relacionado aos laços afetivos estabelecidos entre mãe e filho, dessa forma o profissional enfermeiro possui papel primordial neste processo, sendo o articulador de estratégias através de orientações à puérpera, que influenciarão de forma direta e indireta na qualidade do vínculo deste binômio.

Uma das vertentes trabalhadas dentre as orientações estão relacionadas ao aleitamento materno nas primeiras horas de vida. O recebimento de informações sobre aleitamento materno, indicando uma preparação para este ato ainda na sala de parto. Obtendo altas taxas de sucesso graças ao incentivo e orientações por parte dos profissionais da enfermagem, de forma a evidenciar a importância desta prática (SILVA et al., 2018).

Vale ressaltar que as orientações do profissional enfermeiro, obtêm maior sucesso se o processo de preparação se iniciar desde o acompanhamento pré-natal e reforçado durante toda gravidez, dessa forma gerando empoderamento da puérpera e êxito nos objetivos traçados (SILVA et al., 2018).

Além dos benefícios já citados anteriormente, o fortalecimento do binômio e encorajamento e orientações por parte dos profissionais da equipe de enfermagem e o estímulo a amamentação precoce, estão relacionados em uma melhora nas taxas de alta hospitalar, com redução no tempo de permanência do RN na unidade após o nascimento. Além de evidenciar que as orientações durante a internação e após a alta hospitalar foram significativas para a manutenção da amamentação exclusiva até o final do primeiro mês de vida da criança (CRUZ et al., 2018).

Todos estes benefícios já citados, são englobados no escopo do que abrange o método canguru. Método esse, pautado no fortalecimento do vínculo entre mãe e RN, com o objetivo da melhoria do estado físico e desenvolvimento do mesmo e a construção de um vínculo sólido entre mãe e RN (STELMAK e FREIRE, 2017).

Outra vertente importante é que as condutas baseadas apenas nos aspectos biológicos se mostram insuficientes para o atendimento a todas as necessidades da puérpera, pois está se encontra em um momento de transição e, muitas vezes, precisa ser ouvida e ter suas dúvidas e angústias amenizadas. Diante deste contexto o profissional enfermeiro desempenha um papel de cuidado holístico, amparando as expectativas e fortalecendo as vulnerabilidades das puérperas, que encontra nas orientações destes profissionais a solução para as suas inseguranças (STREFLING et al., 2017).

Porém para que estas orientações e a resolubilidade das inseguranças ocorram, necessita que as estratégias de atendimento e que atenção obstétrica e neonatal, sejam

pautadas no cuidado humanizado, de forma que haja a construção de um relacionamento terapêutico entre puérpera e o profissional enfermeiro, onde a construção da confiança seja o alicerce para a melhor receptividade das orientações dadas pelo enfermeiro à puérpera (STREFLING et al., 2017).

Além das orientações sobre amamentação, direcionamento sobre identificação de sinais de dor e desconforto no RN e como solucionar estas condições, são prevalentes no alojamento conjunto, e dúvida receosa comum, entre as puérperas (ALMEIDA et al., 2018).

Diante do apresentado anteriormente, o enfermeiro, possui o papel de orientador, é capaz de articular e desenvolver estratégias para ensinar a essas mães, na identificação e resolução de problemas, de forma a proporcionar um impacto positivo na qualidade de vida desses RNs e mostrar às puérperas que elas são capazes e possuem auto grau de resolubilidade nos desafios enfrentados na jornada do puerpério (ALMEIDA et al., 2018).

Portanto, a assistência do profissional enfermeiro através de suas orientações e estratégias, possui impacto extremamente significativo no processo de fortalecimento do binômio, mãe e filho, além de fornecer um alicerce de segurança e empoderamento as mães, que compreendem seu papel com protagonistas na manutenção e promoção na saúde e bem-estar de seus filhos.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que os profissionais de enfermagem são de extrema importância para as devidas orientações no alojamento conjunto, orientando quanto aos cuidados necessários durante o puerpério imediato e envolve acolher a puérpera, o recém-nascido e familiares.

O alojamento conjunto reflete, como um espaço que facilita a necessidade que a mãe tem de se manter-se em um ambiente livre de experiências traumáticas, e o cuidado profissional exercido num ambiente de amor, e prazer de compartilhamento de saberes.

A puérpera e o recém-nascido permanecendo no alojamento conjunto e com o auxílio dos profissionais só reforçarão os laços de amor e terão a oportunidade de esclarecer e praticar as orientações recebidas e aprendidas quanto no pré-natal, quanto no alojamento conjunto.

Acreditamos que o cuidado de enfermagem, proporcionado pelo enfermeiro e equipe com as devidas orientações é o meio de propiciar à mãe em estado de preocupação materna a oportunidade de entregar-se ao cuidado materno, e transforma-se num ambiente suficientemente bom para seu bebê, mesmo no espaço hospitalar.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. 2a ed. Brasília (DF): Editora MS; 2011.

Nóbrega LLR, Bezerra FPF. **Percepção de puérperas adolescentes frente à assistência de enfermagem no alojamento conjunto**. Rev. Rene 2010; 11(n. esp.):42-52.

Odinino NG, Guirardello E. **Satisfação da puérpera com os cuidados de enfermagem recebidos em um alojamento conjunto**. Texto Contexto Enferm. 2010; 19(4):682-90.

Oliveira JFB, Quirino GS, Rodrigues DP. **Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério**. Rev Rene. 2012; 13(1):74-84.

DE ARAÚJOI, Bárbara Bertolossi Marta; RODRIGUESII, Benedita Maria Rêgo Deusdará; DE ARAÚJO PACHECOIII, Sandra Teixeira. **A promoção do cuidado materno ao neonato prematuro: a perspectiva da educação problematizadora em saúde**. 2015.

SILVA, Juliane Lima Pereira da et al. **Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança**. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 27, n. 4, 2018.

STELMAK, Alessandra Patricia; DE SOUZA FREIRE, Márcia Helena. **Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 9, n. 3, p. 795-802, 2017.

KLOSSOSWSKI, Diulia Gomes et al. **Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública**. Rev. CEFAC [online], 2016.

CRUZ, Neusa Aparecida Casetto Vieira da et al. **Associação entre o tipo de aleitamento na alta hospitalar do recém-nascido e aos seis meses de vida**. Cadernos Saúde Coletiva, v. 26, n. 2, p. 117-124, 2018.

COSTA, Evelyn Farias Gomes da et al. **Atuação do enfermeiro no manejo clínico da amamentação: estratégias para o aleitamento materno**. Rev. pesqui. cuid. Fundam. (Online), p. 217-223, 2018.

EBLING, Sandra Beatriz Diniz et al. **Compreensões de cuidado na visão de mulheres puérperas**. Rev. pesqui. cuid. Fundam. (Online), p. 30-35, 2018.

COSTA, Aline Mello Salvaya da et al. **Cuidado de enfermagem às puérperas soropositivas para o HIV diante da impossibilidade de amamentação natural**. Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online), p. 2310-2322, 2015.

DE FIGUEIREDO, Mariana da Silva et al. **Grau de satisfação de puérperas quanto à qualidade da assistência no alojamento conjunto de uma maternidade pública**. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 7, n. 3, p. 2697-2706, 2015.

DULFE, Paolla Amorim Malheiros et al. **O cuidado de enfermagem na admissão e permanência do recém-nascido no alojamento conjunto na transferência intrahospitalar**. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 7, n. 2, p. 2287-2297, 2015.

STREFLING, Ivanete da Silva Santiago et al. **Percepções de puérperas sobre o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto.** Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 9, n. 2, p. 333-339, 2017.

PINHEIRO, Josilene Maria Ferreira et al. **Prevalência e fatores associados à prescrição/solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos.** Revista de Nutrição, v. 29, n. 3, p. 367-375, 2016.

CIRICO, Michelli Oliveira Vani; SHIMODA, Gilcéria Tochika; DE OLIVEIRA, Rebeca Nunes Guedes. **Qualidade assistencial em aleitamento materno: implantação do indicador de trauma mamilar.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 37, n. 4, 2016.

Soares AVN, Gaidzinski RR, Cirico MOV. **Identificação das intervenções de enfermagem no sistema de alojamento conjunto.** Rev Esc. Enferm USP 2010; 44(2):308-17.

Silva ND, Vieira MRR. **A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino.** Arq ciênc saúde. 2008; 15(3):110-6.

ALMEIDA, Hellen Caroline Carneiro de et al. **Seja Doce com os Bebês: avaliação de vídeo instrucional sobre manejo da dor neonatal por enfermeiros.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 52, 2018.

CAPÍTULO 18

CUIDADOS PALIATIVOS EM PEDIATRIA: UMA DISCUSSÃO DA PRÁTICA

Data de aceite: 03/08/2020

Emanuel Pereira dos Santos

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0003-2454-7572>

Rhuani de Cassia Mendes Maciel

Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy – Unigranrio
Duque de Caxias – Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0003-0393-3482>

Isabelle Fernandes Borsato

Universidade Arthur de Sá Earp Neto – Fase
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/5523256715640487>

Paloma Lucena Farias da Costa

Universidade Federal da Paraíba – UFPB
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/6602936652181641>

Mayara Santos Medeiros da Silva Campos

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ
Belford Roxo - Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/7927170984910064>

Adrielle Santana Marques Bahiano

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro

Edna Corrêa Moreira

Assistente Social dos Cuidados Paliativos do HUGG
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0001-8105-3961>

Cinthia Torres Leite

Fisioterapeuta da pediatria e UTI Neonatal do HUGG – UNIRIO
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<http://orcid.org/0000-0001-9049-9367>

Claudio Jose de Almeida Tortori

Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/0547345678744624>

Vera Lúcia Freitas

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (UNIRIO)
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<https://orcid.org/0000-0003-1324-5640>

Nebia Maria Almeida de Figueiredo

PPGENFBIO – UNIRIO
UFRJ.
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro.
<http://lattes.cnpq.br/8601378296411619>

Mariana de Almeida Pinto Borges

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Rio de Janeiro – Rio de Janeiro
<http://lattes.cnpq.br/5363857794727764>

RESUMO: Os cuidados paliativos vêm sendo discutidos em todos os países. Os cuidados com uma pessoa em estado terminal ou com doenças em que a cura não é possível vêm se tornando uma preocupação crescente em nossa sociedade e em outros países. Quando nos deparamos com esse cenário na primeira fase da vida, essa situação causa um sofrimento em

todos os envolvidos, desde os familiares da criança, até as pessoas que estão lhe prestando algum tipo de assistência. Por esse motivo, esse estudo se propõe a realizar uma breve discussão sobre essa situação tão delicada no início da vida.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados paliativos, Saúde da criança, Resiliência Psicológica.

PALLIATIVE CARE IN PEDIATRICS: A DISCUSSION OF PRACTICE

ABSTRACT: Palliative care has been discussed in all countries. Caring for a terminally ill person or with diseases where a cure is not possible has become a growing concern in our society and in other countries. When we encounter this scenario in the first phase of life, this situation causes suffering in everyone involved, from the child's family members, to the people who are providing some kind of assistance. For this reason, this study proposes to conduct a brief discussion about this very delicate situation at the beginning of life.

KEYWORDS: Palliative care, Child health, Resilience, psychological.

INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos vêm sendo discutidos em várias frentes científicas e profissionais em nossa sociedade. A Organização Mundial da Saúde define os cuidados paliativos como “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias que enfrentam os problemas associados com doenças potencialmente fatais, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento impecáveis da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”¹. Pelo mundo, esse tema vem sendo abordado com frequência cada vez maior com o avançar da tecnologia e de todos os aportes para tratamentos objetivando estabilização de quadros clínicos não curáveis e manutenção da vida. Quando nos deparamos com cuidados paliativos quando o foco em questão é a pediatria, temos desafios maiores referentes ao fato da clientela pediátrica ter esse viés de início da vida, onde se observa a sensação que a criança tem toda uma vida pela frente. Os cuidados paliativos devem ser proporcionados a todas as crianças cujo tratamento foi ineficaz ou não foi capaz de alterar significativamente seu quadro, sendo que mais cedo ou mais tarde, sua progressão levará como evolução o óbito². Esse estudo vem para realizar uma breve discussão sobre esse momento tão delicado e, ao mesmo tempo tão belo que é juntar o início de uma vida humana com a necessidade de tratar uma doença terminal, ou uma condição incurável que necessitará de tratamento à longo prazo.

Os cuidados paliativos incluem uma abordagem holística focada no paciente e no que o cerca, e ainda no desenvolvimento e confiança em evidências robustas para tomar decisões terapêuticas racionais. Uma ênfase constante na combinação desses dois fatores para equilibrar a carga e os benefícios, assegurando que os melhores interesses do indivíduo permaneçam preservados. Estes tornam-se particularmente importantes em cuidados paliativos, quando o objetivo do tratamento se torna a manutenção da qualidade

de vida^{3,4,5,6}.

As crianças que necessitam de CPP apresentam uma série de manifestações clínicas. As mais comuns, independentemente do diagnóstico, são dor, dispneia e fadiga. Em cuidados paliativos, há uma forte relação entre componentes físicos e psicológicos das diversas manifestações clínicas. Distúrbios do sono, ansiedade, tristeza e depressão podem ter impacto significativo na dor. A dor e o sofrimento repercutem não apenas no paciente, mas também em seus familiares^{3,4,5,6}.

Faz-se importante no tratamento se concentrar, sempre que possível, nos esforços contínuos para controlar a doença subjacente, com equipe interdisciplinar auxiliando a criança, familiares e cuidadores e também se auxiliando mutuamente no processo do cuidar. As crianças e suas famílias devem ter acesso a cuidados interdisciplinares visando a promover o bem-estar físico, psicológico e espiritual ideal. Mitos e conceitos errôneos persistentes levam ao controle inadequado dos sintomas em crianças com doenças que limitam a vida^{3,4,5,6}.

Diante de um estudo de revisão bibliográfica⁷, o profissional que se destaca é o enfermeiro durante o cuidado, o tipo de cuidado prioritário, além de orientações aos cuidadores, são atividades que melhorem a qualidade de vida da criança, como: curativos das lesões, analgesia, higiene, alívio do desconforto respiratório, interação positiva com a criança, entre outros. Este estudo também expõe a dificuldade dos profissionais cuidadores lidarem com a morte das crianças, o luto intenso se dá pelo apego destes profissionais aos clientes.

OBJETIVO

Realizar breve discussão sobre os cuidados paliativos em pediatria em âmbito geral.

METODOLOGIA

Trata-se de uma discussão, com abordagem descritiva após a reflexão de profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos de pacientes pediátricos.

RESULTADOS

Os cuidados paliativos em pediatria não se resumem aos cuidados realizados a uma criança em seus últimos dias de vida, muito menos com cuidados caritativos¹. Os cuidados paliativos na pediatria são uma forma de dar dignidade ao cliente pediátrico e aos seus familiares. O seu tratamento deve ser direcionado para a continuidade da vida, nas melhores condições possíveis, minimizando sofrimento e dando qualidade de vida para a criança e sua família.

A proximidade da morte da criança traz sofrimento para a família e amigos dela, pois

se trata de um tabu na sociedade onde existe uma grande dificuldade de aceitação da morte de crianças/adolescentes onde se espera a vitalidade do início da vida⁸. Esse sofrimento se reflete no profissional de saúde que tem como entendimento que o tratamento da criança é para colocar essa clientela de volta para a sociedade onde a mesma terá seu crescimento.

Conceber que a clientela pediátrica apresenta problemas de saúde que podem lhe trazer limitações para o resto de sua vida ou podem ceifar a vida da mesma prematuramente, coloca o profissional em situação se consternar com a condição de saúde que a criança se encontra e com o sofrimento dessa família. Trabalhar a resiliência tanto desse núcleo familiar, quanto de quem presta atendimento em saúde para essa criança é importante para manter a condição de boa saúde mental de ambos.

Historicamente a percepção sobre o processo de morte e o morrer sofreu significativa mudança. A morte, em seu processo, já foi um evento social, acompanhado e esperado em seu desfecho, comunitariamente⁹. A morte recebeu uma conotação de dor e sofrimento não visto antes. Os recursos tecnológicos e a medicina, somado à dificuldade por parte dos profissionais de saúde, em especial os médicos, em reconhecer a proximidade da morte, no curso da doença, reforçam a referida conotação¹⁰.

Por muito tempo a morte de crianças foi um fenômeno cotidiano, não constituindo um problema social, segundo Ariès, na Idade Média, a criança não era contada como um ser com características específicas à sua condição de infante. A criança, que historicamente vai ganhando importância no contexto social, atualmente é entendida como um vir a ser, um ser uma mudança, com expectativa de realizações futuras⁹.

A literatura aponta deficiência na formação dos profissionais de saúde para o enfrentamento da morte, o que faz com que os mesmos vivenciem sentimentos de temor e insegurança no processo de perda¹¹. A redução da morte à dimensão biológica no meio acadêmico, dificulta a abordagem satisfatória relacionadas às inquietações e alterações inerentes ao processo de morrer¹².

O advento da urbanização modificara as características da dita morte domada e da boa morte. Em tempos da morte invertida ou a morte bem administrada, a consciência da aproximação da morte, condição sine qua non à realidade anterior, desta feita é confirmada não mais pelo morrente ou familiar, mas por um profissional, o médico. A apropriação dessa consciência, independente de quem a assuma, é essencial para a tomada de decisões¹³.

Portanto, a não compreensão de que a vida e a morte compõem a mesma trama do tecido, é fator de sofrimento para as partes envolvidas nesse processo¹⁴. A dissociação dessas duas condições tende a majorar o sofrimento inerente à morte.

É dentro dessa perspectiva que é tratado o processo de morrer e não unicamente do evento morte, sendo os Cuidados Paliativos Pediátricos a possibilidade de ressignificação e redefinição do sofrimento representado pela morte de uma criança¹⁵.

Já em 1998, a Organização Mundial de Saúde, conceituou e preconizou os Cuidados Paliativos Pediátricos a todas as crianças com doenças que ameacem às suas vidas,

assistência essa estendida aos seus familiares¹⁰.

A citada expansão tecnológica também trouxe modificações na assistência pediátrica, resultando em maior taxa de sobrevivência para as crianças enfermas. Entretanto, a despeito da expansiva oferta tecnológica, algumas crianças têm sua vida em ameaça por conta de uma determinada doença crônica e/ou progressiva, e isso exige da equipe multiprofissional pediátrica uma abordagem diferenciada, não mais com o foco na cura, mas na qualidade de vida e no alívio do sofrimento da criança e de seus familiares¹⁰.

Os Cuidados Paliativos Pediátricos têm sua gênese nos Estados Unidos, onde é fundado o primeiro hospício para o público infanto-juvenil, em 1978. Os CPP partem da compreensão da necessidade de atenção diferenciada na assistência de crianças e adultos, tanto na abordagem da doença, quanto no processo de morte¹⁵.

Segundo a OMS, os CPP diferem dos cuidados aos adultos à medida que se trata de uma atenção dispensada a um público que se encontra em desenvolvimento físico, psicossocial, ético, espiritual e relacional que são inerentes à infância, em suas distintas fases do desenvolvimento. E para tanto destaca algumas peculiaridades próprias a essa abordagem, dentre elas a necessidade de comunicação sensível a essas etapas do desenvolvimento; a variável dependência da criança em relação aos adultos, e que nem sempre se dá de modo linear; o impacto do diagnóstico da doença da criança nas famílias; a imensa diversidade de doenças infantis; a tamanha dificuldade de tomada de decisão clínica para a manutenção ou retirada de medicamentos modificadores da doença ou de manutenção da vida; a ausência de clareza quanto ao prognóstico, à expectativa de vida e ao resultado funcional, dentre outros¹⁶.

Dado que o processo de morte e do morrer vem sofrendo modificações ao longo da história, resultante do desenvolvimento tecnocientífico, em suas diversas dimensões na sociedade, faz-se necessário o conhecimento da percepção da equipe multiprofissional no processo da morte e do morrer de pacientes pediátricos em Cuidados Paliativos, haja vista ser esses atores, também parte do pensamento social em voga, e reprodutor deste, nos distintos espaços que ocupam socialmente, inclusive enquanto membros de equipe de saúde pediátrica, a fim de contribuir para as tomadas de decisão na assistência à saúde das crianças com doenças que ameaçam suas vidas, que objetivem qualidade de vida e alívio do sofrimento.

Os cuidados de enfermagem empregados diretamente a esses pacientes se torna de grande importância, essas medidas perpassam desde no âmbito farmacológico como não farmacológico¹⁷.

Independente da doença de base dessa criança que a levou ao processo de cuidados paliativos, os cuidados de enfermagem se faz presente. A partir do momento que o enfermeiro percebe a necessidade da criança e dos familiares o processo de palição torna-se mais brando, trazendo o conforto e o cuidado no qual a criança necessita¹⁷.

Apesar do reconhecimento por parte dos profissionais sobre a importância do

CPP, alguns ainda tem dificuldades para implementá-lo na prática clínica, o que levanta o questionamento sobre ser ou não necessário uma equipe especializada dentro da unidade hospitalar. Mesmo entre os profissionais ainda há estigma em torno do termo CPP que por vezes é associado somente ao processo de morte-morrer, o que torna por muitas vezes incompatível com a vida cotidiana de cuidados no ambiente pediátrico, onde o principal foco é a cura¹⁸.

Podemos dizer que a dor é uma sintomatologia bem presente em pacientes em cuidados paliativos. Criar métodos e estratégias para o alívio da mesma se torna algo desafiador para a equipe, tendo em vista que muitas vezes a farmacologia se torna insuficiente para alguns casos. Pensando nisso adotar estratégias adjuvantes ao tratamento como contato físico, música, jogos massagem, técnicas respiratórias e até mesmo explicar os procedimentos que serão feitos seja algo reconfortante e diminua a dor física ou psíquica da mesma¹⁷.

CONCLUSÃO

Faz-se importante observar tanto a criança e sua família no âmbito do paliativismo em pediatria, quanto os profissionais que presenciam essa condição tão delicada, pois muitos internalizam tal condição.

A resiliência se faz necessário em todos os integrantes dessa assistência. Desde a ponta de quem está recebendo como a criança/adolescente e seus familiares, quanto a outra ponta que é a dos profissionais que estão dando assistência e presenciando as limitações e sofrimentos referentes à doença e ao tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Definição da OMS de cuidados paliativos. [Acesso em 26 de abril de 2020]. Disponível em: < <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> >
2. Heleno SLA. Cuidados Paliativos em Pediatria. Revista evidência. 2013; 41-49.).[Internet]. Disponível em / Available in: <http://hdl.handle.net/10400.26/10233> Acesso em / Access in: 23 de abril de 2020.
3. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health care planners, implementers and managers. 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274561/9789241514453-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 24 de abril 2020
4. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 24 de abril 2020
5. Mcnamara-Godger K, Feudtner C. History and Epidemiology. In: GOLDMAN, A.; HAIN, R.; LIBEN, S. Oxford Textbook of Palliative Care for Children. Oxford University Press: New York, 2012.

6. Friedrichsdorf SJ, Bruera E. Delivering Pediatric Palliative Care: From Denial, Palliophobia, Pallilalia to Palliative. *Children* (Basel, Switzerland), 5(9): 120.

7. Garcia – Schinzari NR, Santos FS. Assistência à criança em cuidados paliativos na produção científica brasileira. São Paulo. *Revista Paulista de Pediatria*. 2014. 32(1). 99 -106.

8. Ceolim MF, Costa TF. Enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura. Rio Grande do Sul. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2010. 31(4).

9. Ariès P. O homem diante da morte. Tradução Luiza Ribeiro. São Paulo: Editora Unesp; 2014.

10. Valadares MTM, Mota JAC, Oliveira BM. Cuidados paliativos em pediatria: uma revisão. *Rev Bioét*. [Internet]. 2013. [Citado em: 24/12/2018]. 21 (3): 486-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422013000300013>

11. Nascimento DM, Rodrigues TG, Soares MR, Rosa MLS, Viegas SMF, Salgado PO. Experiência em cuidados paliativos à criança portadora de leucemia: a visão dos profissionais. *Rev Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2013. [Citado em: 14/01/2019]. 18(9): 2721-2728, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900027>

12. Silva AF, Issi HB, Motta MGC, Botene DZA. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. *Rev Gaúch Enferm*. [Internet]. 2015. [Citado em: 24/12/2018]. jun;36(2), p. 56-62. Disponível em: <https://mc04.manuscriptcentral.com/rgenf-scielo>

13. Kellehear A. Uma história social do morrer. Tradução Luiz Antônio Oliveira de Araújo. São Paulo: Editora Unesp; 2016.

14. Subutzki LS, Smeha LN, Costenaro RS, Backes DS. Processo de morte e morrer em unidade de terapia intensiva neonatal à luz da complexidade. In: Anais do VII fórum nacional de mestRADOS profissionais em enfermagem. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. (online) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. [Internet]. 2018. [Citado em: 24/12/2018]. 10(3, n. esp): 25-28, jun.. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7597>

15. Menezes RA, Barbosa PC. A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. *Rev Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2013. [Citado em: 24/12/2018]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900020>

16. Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: A WHO guide for health-care planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization; 2018. [Citado em: 09/02/2019]. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274559>

17. CÓRDOBA, C. A.M; VILLA, M.P. Medidas no Farmacológicas Implementadas por Las Enfermeras para El Dolor de Niños Con Leucemia Linfocítica Aguda. *Index de Enfermería/primer-segundo Trimestre 2019*, vol. 28, n. 1-2. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000100010&lng=es&nrm=iso&tng=es. Acesso em: 25 de abril 2020

18. The conceptual understanding of pediatric palliative care: a Swiss healthcare perspective. De Clercq, Eva; Rost, Michael; Rakic, Milenko; Ansari, Marc; Brazzola, Pierluigi; Wangmo, Tenzin; Elger, Bernice S. *BMC Palliat Care* ; 18(1): 55, 2019 Jul 11.

AS FRAGILIDADES NA ASSISTÊNCIA À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 05/05/2020

Kahena Giullia de Deus Lopes

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte – MG

Danielle Stephanie Neves Oliveira

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte – MG

Paula Lopes Vieira

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte – MG

Sofia Caroline Mesquita Lacerda

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte – MG

Marcilene Rezende Silva

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte – MG

Érika Marina Rabelo

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais
Belo Horizonte – MG

RESUMO: Introdução: A violência sexual é problema de saúde pública por ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade. Afeta todas as idades, distintos níveis socioeconômicos, em espaço público ou privado. **Objetivo:** Arrazoar sobre as fragilidades encontradas na assistência à mulher vítima de violência sexual e o papel do enfermeiro em sua atuação junto à equipe multiprofissional. Métodos:

O estudo trata-se de uma revisão de literatura. Realizou-se um levantamento bibliográfico nas bases de dados Scielo e BVS com o cruzamento dos descritores: “Enfermagem” e “Violência Sexual”. Os critérios de busca e inclusão foram: ano de publicação de 2014 a 2018, idiomas Português e Inglês e artigos disponíveis na íntegra. **Resultados:** Os estudos evidenciam o grande avanço na assistência às vítimas de violência sexual em relação às medidas de emergência e gravidez indesejada, permitindo maior autonomia e liberdade para as vítimas de estupro. Entretanto o serviço assistencial possui falhas, como a falta de capacitação e treinamento dos profissionais, que necessitam ser superadas a fim de tornar o atendimento humanizado e acolhedor garantindo a diminuição das desistências ao acompanhamento. Uma das formas de melhorar a adesão das mulheres aos serviços de saúde é promovendo o vínculo entre profissional e usuário e divulgando informações sobre a rede de atenção às mulheres vítimas de violência sexual. **Conclusão:** O primeiro contato da vítima deve ser prestado preferencialmente por um profissional de enfermagem apto a realizar uma assistência humanizada e imparcial. As fragilidades no atendimento impedem um vínculo efetivo entre a mulher e o serviço de saúde. Torna-se necessário capacitar a equipe atuante nesse cuidado, proporcionando uma abordagem multidisciplinar.

PALAVRAS-CHAVE: Delitos sexuais, Cuidados de Enfermagem, Estupro, Violência contra a Mulher.

FRAGILITIES IN ASSISTANCE TO THE WOMAN VICTIM OF SEXUAL VIOLENCE

ABSTRACT: Introduction: Sexual violence is a public health problem because it is one of the main causes of morbidity and mortality. It affects all ages, different socioeconomic levels, in public or private space. **Objective:** Discuss the fragility observed in the assistance to women victims of sexual violence and the role of nurses in their work with the multidisciplinary team. **Methods:** This is a literature review. A bibliographic survey was carried out in the Scielo and BVS databases with the crossing of the descriptor: “Nursing” and “Sexual Violence”. The search and the base of inclusion were: year of publication from 2014 to 2018, Portuguese and English languages and fully available articles. **Results:** The studies show the great advance in the assistance of victims of sexual violence related to emergency measures and unwanted pregnancies, allowing greater autonomy and freedom for rape victims. However, the assistance service has some flaws, such as the lack of qualification and training of professionals, which need to be overcome in order to make the service humanized and welcoming, guaranteeing a reduction in dropouts during follow-ups. One of the ways to improve the acceptance of women to health services is promoting the bond between professional and user, in addition to disseminating information about the care network for women victims of sexual violence. **Conclusion:** The victim’s first contact should be provided preferably by a nursing professional, which should be able to perform a humanized and impartial assistance. The fragilities in care hinders an effective bond between the woman and the health service. It becomes a necessity the training of the working team in this particular care, providing a multidisciplinary approach. **KEYWORDS:** Sex Offenses, Nursing Care, Rape, Violence Against Women.

1 | INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher envolve consequências para a saúde das vítimas que englobam fatores biológicos, psicológicos, sociais e também reprodutivos, sendo um problema de saúde pública global. Entre os tipos de violência contra a mulher, há a violência sexual que é definida como qualquer ato sexual forçado, seja por meio de ameaça ou uso de violência física ou qualquer ato sexual forçado que cause humilhação ou constrangimento. Estimativas globais evidenciam que por volta de 35% das mulheres relatam já terem sofrido algum tipo de violência sexual, sendo que nas Américas esse valor é de 36,1%. Dessa forma, pode-se perceber que é um problema estrutural e requer enfrentamento público. Sendo assim, precisa ser enfrentado com políticas públicas intersetoriais a fim de prevenir esse tipo de violência e seus agravos. É imprescindível que os profissionais de saúde sejam capacitados desde a graduação para atuar no combate a violência sexual (WHO, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, a violência sexual é um evento que possui várias dimensões que aflige todas as classes sociais, etnias, sexos, orientações sexuais e faixas etárias, consistindo em violação dos direitos humanos. Devido a desigualdade de gênero, as mulheres são as principais afetadas, em especial nas faixas etárias da infância, adolescência e vida adulta. Frequentemente conduz à sentimentos de culpa, vergonha e

medo e implica, muitas vezes, em internações hospitalares, agravos físicos e/ou mentais, como a depressão e estresse pós-traumático ou pode levar a óbito (BRASIL, 2015).

A violência sexual é apontada também como uma das principais causas de morbidade e mortalidade em mulheres no Brasil. Pode ocorrer com pessoas de todas as idades, de distintos níveis econômicos e sociais, em espaço público ou privado. Durante a assistência à mulher vítima de violência sexual, é indispensável que o acolhimento seja realizado de maneira humanizada, visando o estabelecimento de vínculo entre o profissional e a mulher. Ademais, têm-se observado que a assistência prestada por profissional enfermeiro, juntamente com a equipe multiprofissional tem trazido resultados positivos no que concerne à integralidade e humanização (HIGA *et al*, 2008).

Apesar das inúmeras ações preconizadas através das políticas públicas do SUS, o acolhimento a vítima frequentemente é feito de maneira errônea por parte dos profissionais de saúde, na maioria dos casos devido a falta de capacitação adequada. É fundamental que o profissional não considere somente aspectos biológicos da agressão, mas também todo o contexto social, cultural e psicológico que a mulher se encontra, desenvolva, durante o atendimento, um cuidado centrado na mulher, que busque ouvi-la, dialogar sobre todas as suas demandas e criar um vínculo para que ela se sinta acolhida (SIGNORELLI, AUAD, PEREIRA, 2013).

Tendo em vista que a violência sexual é um problema de saúde pública e seu enfrentamento requer ações governamentais, cabendo também ao setor de saúde abarcar esse problema na prevenção, identificação e tratamento adequado, o presente trabalho se faz necessário visando discorrer sobre as barreiras encontradas na assistência à mulher vítima de violência sexual pelos profissionais e a importância do enfermeiro estar capacitado para prestar um cuidado humanizado e integral em sua atuação junto à equipe multiprofissional.

Diante disso, a pesquisa possui como objetivo arrazoar sobre as fragilidades encontradas na assistência à mulher vítima de violência sexual e o papel do enfermeiro em sua atuação junto à equipe multiprofissional.

2 | MÉTODOS

O estudo trata-se de uma revisão de literatura a partir da questão norteadora de pesquisa: Qual o papel do enfermeiro na assistência às vítimas de violência sexual?

Realizou-se levantamento bibliográfico nas bases de dados Scielo e BVS com o cruzamento dos seguintes descritores: “Enfermagem” e “Violência Sexual”. Os critérios de inclusão foram: publicações nos últimos cinco anos, de 2014 a 2018, pelos idiomas inglês e português e artigos disponíveis na íntegra. Selecionando-se os artigos por título e, logo após, pela leitura seletiva do resumo e texto disponível na íntegra, excluindo-se artigos que não versavam com o objetivo proposto.

3 | RESULTADOS

Após a leitura dos artigos encontrados, foram encontrados resultados semelhantes que apontam fragilidades importantes na assistência às vítimas de violência sexual por falta de preparo dos profissionais que realizam esse atendimento.

3.1 Funcionamento da assistência no âmbito do SUS

Mediante a criação dos serviços e leis direcionados a atenção das vítimas de violência sexual, constata-se um avanço nas medidas que visam promover o enfrentamento à violência (RAIMONDO, 2015).

As regulamentações criadas a partir de 1999 foram de extrema relevância para consolidar as políticas públicas de enfrentamento à violência sexual, permitindo maior autonomia e liberdade para as vítimas de estupro, principalmente no que cerne as medidas de prevenção de agravos. A Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes define que para a realização do aborto legal, se faz necessário que a vítima de estupro, ou seu responsável legal, consinta com tal prática, excluindo-se a obrigatoriedade de realização do boletim de ocorrência. Dessa forma, o depoimento sobre a violência sofrida não deveria ser investigado a fim de comprovar sua veracidade, apenas a palavra da vítima deveria ser levada em conta (DINIZ *et al*, 2014).

3.2 Fragilidades da assistência no âmbito do SUS

O serviço assistencial possui falhas que precisam ser superadas a fim de melhorar o acolhimento e diminuir as desistências. De acordo com estudo realizado por Barros *et al* (2015), às mulheres que buscam os serviços referência em atendimento às vítimas de estupro encontram muitas vezes limitações referentes à estrutura, recursos humanos, qualificação dos profissionais e demora no atendimento. Por vezes falta privacidade, fazendo com que as vítimas se sintam desmotivadas a prosseguir com o atendimento ambulatorial. Apesar dessas barreiras no atendimento inicial, as mulheres relataram se sentirem acolhidas pelos profissionais e pelos serviços disponibilizados.

Relatos semelhantes foram evidenciados no estudo realizado por Trigueiro *et al* (2018), no qual os principais fatores apontados que ocasionaram o abandono do seguimento ambulatorial por mulheres que sofreram violência sexual foram o desconhecimento técnico dos profissionais sobre a rede de atendimento às vítimas de estupro, demora no atendimento e a falta de empatia e descaso no atendimento. Além disso, é possível evidenciar o desconforto causado pela coleta do material para detecção de amostra do DNA do agressor durante o exame ginecológico ser feita em sua maioria por homens.

Quando a mulher busca o serviço do aborto legal, em sua maioria encontra uma equipe com suspeitas acerca da violência sofrida, a qual realiza um inquérito a fim de comprovar se a gravidez resulta realmente de um estupro. Tal inquérito em busca da

verdade é resultado do código penal brasileiro, onde o aborto é classificado como crime, sendo o aborto legal uma exceção a punição. Dessa forma, os profissionais temem realizar o procedimento e posteriormente ser descoberta que houve uma farsa da violência sexual relatada. Mas de acordo com as normas técnicas que regem o serviço, para a realização do aborto, basta a palavra da mulher alegando a ocorrência da violência e a compatibilidade da idade gestacional com a data alegada do estupro. Contudo, os profissionais sofrem pressão interna e externa da sociedade, devido a esse caráter punitivo e imoral do aborto (DINIZ *et al*, 2014).

3.3 Atuação do enfermeiro na assistência às vítimas

A enfermagem enquanto componente efetivo na equipe multidisciplinar necessita de um conhecimento técnico-científico que permita aos profissionais prestarem os atendimentos necessários aos indivíduos. No que tange às vítimas de violência sexual, é preciso compreender a proporção e profundidade dos agravos físicos, mentais e sociais ocorridos em função da violência a fim de estabelecer uma relação efetiva entre a vítima e profissionais cuidadores. Desse modo, para edificar uma integralidade no cuidado é necessário superar as fragilidades na assistência buscando desenvolver uma visão holística entre os enfermeiros, para que estes percebam as demandas e singularidades do usuário do sistema de saúde (RAIMONDO, 2015).

Em um estudo que buscava compreender a prática dos enfermeiros no atendimento às vítimas de violência sexual nas Unidades Básicas de Saúde, evidenciou-se importantes fragilidades na abordagem às mulheres. A amostra estudada relatou a falta de capacitação e treinamento referente ao tema no município e na própria graduação, havendo despreparo dos profissionais para lidar com os aspectos éticos e legais na assistência às vítimas. Revelando assim a necessidade da implementação de uma grade curricular que prepare os discentes para os agravos encontrados no ambiente de trabalho, além de ações de treinamento efetivas pelos gestores de saúde, propiciando um melhor preparo desses profissionais (BAPTISTA *et al*, 2015).

É de suma importância ressaltar que, para as vítimas, relatar o ocorrido traz à tona as lembranças da violência experienciada, pois o evento deixa marcas invisíveis que causam sofrimento psíquico, o que exige uma escuta ativa acompanhada de empatia e proximidade por parte dos enfermeiros (RAIMONDO, 2015).

Na ocasião em que a vítima passa pelo atendimento e não se sente acolhida pelos profissionais que atuam na rede, seja por discriminação ou falta de um atendimento em que se leve em consideração as objeções e preferências da mulher, pode ocorrer a revitimização desse indivíduo, visto que esse já apresenta agravos emocionais transcorridos da violência (BARROS *et al*, 2015).

Uma forma de melhorar a adesão das mulheres nos serviços de saúde e a aproximação entre profissional e a vítima é disseminando informações pertinentes ao

funcionamento da rede de atenção às pessoas em situação de violência (TRIGUEIRO *et al*, 2018).

4 | DISCUSSÃO

Os estudos demonstram que existe uma concordância quanto às fragilidades dos serviços de saúde referentes à estrutura, falta de privacidade nos atendimentos e dificuldade de abordagem apresentada pelos profissionais. Além disso, também foi possível perceber a desconformidade na assistência prestada. Faz-se urgente a mudança desse panorama.

Por afetar diferentes aspectos da vida da mulher, a violência deve ser enfrentada sob a ótica de diferentes setores. Se referindo ao enfermeiro, a abordagem deve ir além de normas e técnicas padronizadas, abarcando também questões além do modelo biomédico. O cuidado deve se dar de forma integral e multiprofissional, contemplando a subjetividade da vítima. Levando isso em consideração, se faz necessário que os profissionais de saúde sejam responsabilizados pela assistência integral, indo além da recuperação dos agravos físicos (BONFIM, 2015).

Nota-se uma necessidade em capacitar os profissionais para uma abordagem efetiva no atendimento a essa vítima, buscando a criação do vínculo que propicia uma assistência mais humanizada e efetiva. Essa capacitação deve se dar desde a graduação e também após com a educação permanente em saúde.

Em estudo realizado em instituições de ensino superior de enfermagem em Porto Alegre foi possível evidenciar a necessidade da grade curricular do curso de enfermagem e demais cursos de saúde sejam reformulados, com vistas a preparar o profissional para o enfrentamento da violência como um tema complexo e multicausal. As grades já contam com o tema de violência, porém medicaliza a vítima em detrimento da promoção de sua saúde. É preciso ter um ensino voltado para a prevenção da violência e empoderamento da vítima. Para tanto, os docentes também precisam ser preparados para abordar esse tema durante a graduação, o que por vezes não acontece e ambos, docentes e discentes, se vêem despreparados para a atuação diante de um cenário de violência (BONFIM, 2015).

Também sobre a assistência à vítima de violência sexual, foi possível perceber a falta de privacidade que perpassa questões estruturais e assistenciais. O usuário do serviço já está fragilizado e constrangido pela violência sofrida e ambiência inadequada do local pode afetar o vínculo com os profissionais e abertura para que essa mulher se sinta segura e preparada para conversar sobre o acontecido.

Com o intuito de proporcionar um melhor atendimento às vítimas de violência sexual é necessário garantir a privacidade da mulher, evitando exposição a situações em que possa ser estigmatizada durante as etapas do acompanhamento desde o pré-atendimento até o final da assistência ambulatorial (BRASIL, 2012).

Os profissionais devem se atentar para a permanência do indivíduo no tratamento

ambulatorial e, nos casos de desistência, realizar busca ativa, além de se atentar sempre para passar as informações claras e não tendenciosas, oferecendo autonomia para a mulher.

É essencial que o atendimento a vítima seja prestado por uma equipe multidisciplinar de forma integral e com duração de até seis meses. Sendo respaldado pelos princípios éticos, sem que haja interferência de opiniões pessoais, garantindo o sigilo profissional, atendimento humanizado e o esclarecimento de informações à mulher sobre seus direitos para a tomada de decisão de forma consciente sobre a assistência oferecida. Estabelecendo assim uma relação de confiança entre o profissional e a vítima para que não ocorra o abandono do tratamento ambulatorial e posteriormente, se necessário, a continuidade em outros serviços da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2015).

A pesquisa realizada por Faundes *et al*, (2006) também corrobora em relação a importância do atendimento se dar de forma respeitosa e por profissional capacitado, sem juízos de valor. É recomendado que o atendimento tenha seguimento e não se encerre na primeira consulta, uma vez que a violência traz traumas além dos aspectos físicos e estes precisam ser trabalhados junto à vítima. No entanto, os profissionais podem estar desqualificados por experiências pessoais ou preconceitos que inabilitam sua atuação nesses setores.

O atendimento dentro das instituições de saúde representa um grande avanço na assistência às vítimas de violência sexual, visto que já oferecem as medidas de emergência para evitar agravos de saúde e gravidez indesejada. Além do mais, oferece um conforto à vítima pelo acolhimento dos profissionais de saúde.

As funções dos serviços de saúde complementam as da segurança pública e do Instituto Médico Legal (IML), uma vez que agregam um olhar integral ao cuidado com a vítima visando à prevenção de agravos de saúde e um acolhimento humanizado. Dessa forma não há formalização de laudo pericial, mas a realização do exame físico, coleta de vestígios, profilaxia, contracepção de emergência, solicitação do aborto legal caso for a vontade da mulher ou adolescente, de acordo com a legislação vigente e encaminhamento das informações às autoridades policiais para registro policial e investigação quando pertinente (BRASIL, 2015).

Conforme a Portaria Nº 485, De 1º De Abril De 2014 os serviços de referência podem ser organizados em hospitais gerais, maternidades e outros serviços de urgência da rede, sendo esse intersetorial abrangendo a Secretaria de Políticas para as Mulheres, o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça na elaboração de ações que possibilitam a prevenção, acolhimento, atendimento, proteção às vítimas de violência e simultaneamente, estabelecem métodos para assegurar a condenação dos agressores (BRASIL, 2015).

A rede de atenção à vítima de violência sexual abrange diferentes níveis de atenção. É necessário que esses serviços de acolhimento possuam estrutura adequada, respeitando a privacidade do usuário através de locais reservados e que não exponham a mulher.

Entre os fluxos que devem ser seguidos no atendimento, pode-se destacar a notificação compulsória que contribui para estimar o número de casos nas regiões, as faixas etárias e sexos mais atingidos. No entanto, esse tipo de violência ainda é subnotificado e dificulta o conhecimento da real prevalência da violência sexual na população.

Os casos de violência exigem notificação compulsória às autoridades sanitárias, tendo que ser feita imediatamente, não excedendo o período de 24 horas. Essa notificação é normatizada pela Portaria nº 1271, de 06 de junho de 2014, juntamente com outras doenças e agravos que demandam notificação compulsória (BELO HORIZONTE, 2015).

Em pesquisa realizada com municípios do Estado de São Paulo sobre o preenchimento da ficha de notificação compulsória da violência sexual, identificou-se que 58,1% da amostra participante de profissionais responsáveis pelo atendimento a vítima era formada por enfermeiros. Foi observado a deficiência do preenchimento adequado do prontuário do usuário do serviço, revitimizando a mulher e fazendo com que a mesma descreva novamente detalhes para que se complete a ficha. Ademais, a falta de ambiência e privacidade era um fator dificultador para abordagem. Os profissionais também relataram dificuldades devido as fichas possuírem muitos campos e as mulheres estarem em situação de vulnerabilidade pelo ocorrido. Além do medo por parte do profissional de se envolver judicialmente no caso, por terem realizado o preenchimento da notificação (SOUSA *et al*, 2015; SOUSA *et al*, 2014).

É fundamental que os profissionais de saúde compreendam que, para a pessoa que foi vítima de violência sexual, a necessidade de ter que procurar o sistema de saúde e/ou delegacia de polícia, é um agravo resultante dessa violência. (BRASIL, 2012).

Há outras leis que complementam a notificação em caso de violência, como a Portaria GM/MS nº 2.406/2004, que rege a implementação do serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e atesta o fluxo para a notificação. Essas notificações não são consideradas como denúncia, é de uso exclusivo dos serviços de saúde e até mesmo os casos suspeitos, sem confirmação, devem ser informados. O profissional deve notificar imediatamente às autoridades competentes quanto à violência e, quando a vítima for do sexo feminino, quanto à agressão contra mulher (BELO HORIZONTE, 2015).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro contato da vítima nos serviços da rede atenção se dá em sua maioria pelo enfermeiro, em razão disto é iminente que este profissional obtenha uma qualificação ampla que envolve tanto a humanização como conhecimento técnico científico sobre o assunto. No entanto, as diversas fragilidades citadas, tanto no atendimento quanto na infraestrutura do serviço, remetem essas mulheres um segundo desconforto e trauma. Desta forma, muitas delas desistem do tratamento e acompanhamento, que envolve um contato não somente com a equipe de enfermeiros e médicos, mas com a psicologia e

outros profissionais.

É imprescindível que o enfermeiro e a equipe multidisciplinar atuantes no acolhimento e cuidado com a vítima de violência, sejam aptos a realizar as condutas que visam a prevenção, enfrentamento e assistência às mulheres. Com isso, se faz necessário a qualificação dos profissionais visando assegurar um atendimento de qualidade que abranje um olhar humanizado e holístico.

Deve ser abordado durante a graduação de enfermagem aspectos relacionados à violência sexual, garantindo aos estudantes formação adequada na abordagem às mulheres em situação de violência, para que após a graduação saibam lidar com a temática de forma segura e decisiva e dessa maneira, contribuem com pesquisas acadêmicas que remetam ao assunto.

Dentre as limitações deste estudo, pode-se citar o tamanho de amostra dos artigos, isso em consequência da falta de mais pesquisas que relacionam a assistência dos enfermeiros frente ao atendimento às vítimas de violência sexual. Vale ressaltar, que é de suma importância que os profissionais discutam entre a equipe multidisciplinar a abordagem da violência de gênero, buscando assim sensibilizar a equipe quanto ao atendimento humanizado para com as mulheres.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, R. S. *et al.* Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros. **Rev. Rene (Online)**, v.16, n.2, p. 210-217, Mar-Abr.2015. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/bde-27419>>. Acesso em 11 abr. 2018.

BARROS, L. A. *et al.* Vivência de (des)acolhimento por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 0193-0200, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000200193&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 abr. 2018.

BELO HORIZONTE, Prefeitura Municipal. SUS. **Guia de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência**. Belo Horizonte, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios: norma técnica**. Brasília – DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. – Brasília - DF, 2012.

BONFIM, E. G. **A temática da violência na formação da enfermagem: racionalidades hegemônicas e o ensino na graduação**. 2015. 141 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000987769&loc=2016&l=15755460c64c2ad9>> Acesso em: 14 abr. 2018.

DINIZ, D. *et al.* A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Rev. Bioét.*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 291-298, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 abr. 2018.

FAUNDES, A. *et al.* Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 126-135, fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 abr. 2018.

HIGA, R. *et al.* Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de Enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 377-382, junho 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 abr. 2018.

RAIMONDO, M. L. **O corpo feminino invadido: as marcas da violência sexual desveladas pela enfermeira.** 2015. 132 f. Tese [Doutorado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

SIGNORELLI, M. C.; AUAD, D.; PEREIRA, P. P. G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1230-1240, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 abr. 2018.

SOUSA, M. H. *et al.* Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 94-107, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000100094&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 abr. 2018.

SOUSA, M. H. *et al.* Dificuldades de profissionais de saúde do Estado de São Paulo com o preenchimento da ficha de notificação compulsória dos casos de violência sexual contra mulheres. *Bol. Inst. Saúde* (Impr.), São Paulo, 15(1): 29-35, fev. 2014.

TRIGUEIRO, T. H. *et al.* NÃO ADESÃO AO SEGUIMENTO AMBULATORIAL POR MULHERES QUE EXPERIENCIARAM A VIOLÊNCIA SEXUAL. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 27, n. 1, e6490015, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100318&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Abr. 2018.

WHO DEPARTMENT OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.** Geneva: World Health Organization, 2013.

CAPÍTULO 20

HUMANIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL SOB O OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 03/08/2020

Data de submissão: 05/06/2020

Natália Gregório Pinto Araújo

Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí
Teresina – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/9543054397954050>

Sara Araújo dos Santos

Maternidade Escola Assis Chateaubriand
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/2056343262937343>

Tamara Braga Sales

Universidade Federal do Ceará (UFC)
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/1271092625107779>

Cláudia Patrícia da Silva Ribeiro Menezes

Faculdade de Quixeramobim (UNIQ)
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/6561374740599444>

Samara Gomes Matos Girão

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/2183899125740252>

Andreza Kelly Cardoso da Silva Soares

Faculdade de Quixeramobim (UNIQ)
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/4971314966906410>

Maira Maria Leite de Freitas

Universidade Federal do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/5937781522737925>

Lucélia Rodrigues Afonso

Universidade Estadual do Ceará
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/2989851432731817>

Marcia Alves Ferreira

Faculdade de Quixeramobim (UNIQ)
<http://lattes.cnpq.br/1942740321131413>

Roberta Liviane da Silva Picanço

Faculdade de Quixeramobim (UNIQ)
Fortaleza – Ceará
<http://lattes.cnpq.br/8390530957910399>

RESUMO: Esse estudo teve como objetivo descrever a experiência vivenciada pelas autoras durante seu cotidiano no trabalho, no que se refere ao cuidado humanizado no serviço de UTI neonatal. O relato de experiência, foi realizado em um hospital/maternidade universitário de referência na cidade de Fortaleza, Ceará, durante o período de janeiro a março de 2019. Para o relato foram utilizados registros em diários de campo, emergindo-se 4 categorias sendo elas Humanização em foco, acolhimento e conforto à família, atenção humanizada ao neonato e postura dos profissionais de enfermagem. Como resultados observou-se que uma das propostas da PNH é o acolhimento, no serviço em estudo, uma das formas de humanizar o ambiente é tornar a família parte do processo de cuidado do RN, na UTIN em estudo, é estimulada a proximidade dos pais. Uma outra categoria que também revelou-se durante as vivências foi a atenção humanizada ao neonato, que dá-se a partir de cuidados específicos. No serviço há

grande demanda de pacientes sobrecarregando os profissionais, essa sobrecarga pode ser um dos motivos para diminuir o tempo de cuidado dispensado a cada RN interferindo diretamente na humanização do cuidado. Ao final do estudo percebeu-se que a unidade é humanizada, seguindo os princípios da PNH, método Canguru e hospital amigo da criança. A equipe está preparada e capacitada, embora alguns profissionais ainda destoem e sejam resistentes, assim a sensibilização deve ser contínua.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Humanização.

HUMANIZATION IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT UNDER THE VIEW OF THE NURSING TEAM: AN EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: This study aimed to describe the experience lived by the authors during their daily work, with regard to humanized care in the neonatal ICU service. The experience report was carried out in a reference university hospital / maternity in the city of Fortaleza, Ceará, during the period from January to March 2019. For the report, records were used in field diaries, with 4 categories emerging. Humanization in focus, welcoming and comfort to the family, humanized attention to the newborn and posture of nursing professionals. As a result, it was observed that one of the proposals of the PNH is the welcoming, in the service under study, one of the ways to humanize the environment is to make the family part of the process of caring for the newborn, in the NICU under study, the proximity of parents is encouraged. Another category that also revealed itself during the experiences was the humanized attention to the newborn, which is given through specific care. In the service, there is a great demand for patients overburdening professionals, this overload may be one of the reasons for reducing the time spent on care for each newborn, directly interfering in the humanization of care. At the end of the study, it was noticed that the unit is humanized, following the principles of the PNH, Kangaroo method and child-friendly hospital. The team is prepared and trained, although some professionals are still at odds and are resistant, so awareness must be continuous.

KEYWORDS: Nursing. Intensive Care Units, Neonatal. Humanization of Assistance.

1 | INTRODUÇÃO

Em 2004 foi instituída a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde (PNH), cuja definição emerge como uma “estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo” (BRASIL, 2004, p.8).

Em Unidades de Terapia Intensiva onde grande quantidade de processos tecnológicos estão envolvidos no cuidado, há uma tendência em deixar as tecnologias leves de lado, assim como há uma variedade de eventos estressantes no ambiente de trabalho, que prejudicam a qualidade do cuidar. Em UTI neonatal o cuidado humanizado e uso das tecnologias leves no atendimento ao recém-nascido (RN) e atenção à família do mesmo é indispensável, tendo em vista que o vínculo que se dá entre mãe e filho é quebrado logo após o parto quando o RN necessita de cuidados intensivos.

Além da quebra do vínculo, o RN tem que lidar com a transição fetal-neonatal, com uma série de mudanças bruscas, manipulação excessiva e vários novos estímulos. Além disso a família também sofre prejuízos nesse processo, uma vez que esperava seu filho em perfeita saúde e tem que lidar com a separação e a preocupação de deixar a vida de seu filho mão de vários desconhecidos.

Sabendo-se disso e considerando as diversas tecnologias envolvidas, a equipe de enfermagem deve estar preparada pra lidar com essas situações, estando conscientes que trabalham cuidando da vida de pequenos seres, que não sabem falar ou reclamar, mas que sofrem dor e incômodo aos estímulos, além de estar prontos a receber a família dos neonatos transmitindo confiança em seu trabalho.

Assim sendo o estudo tem como objetivo descrever a experiência vivenciada pelos autores durante seu cotidiano no trabalho, no que se refere ao cuidado humanizado no serviço de UTI neonatal.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, o qual ocorreu em um hospital/maternidade universitário de referência na cidade de Fortaleza, Ceará, entre janeiro e março de 2019. A instituição tem como missão realizar assistência, ensino e pesquisa para o cuidado com excelência à saúde da mulher e do recém-nascido e vem consolidando-se, ano após ano, como hospital de referência no Estado do Ceará, no atendimento humanizado à saúde da mulher e do recém-nascido.

Apresenta atualmente 171 leitos ativos, para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) oferecendo uma variedade de especialidades com infraestrutura ambulatorial, cirúrgica, obstétrica, diagnóstica e de emergência nas áreas de Obstetrícia, Ginecologia, Mastologia e Neonatologia, totalizando 29 consultórios. É uma instituição credenciada na Rede Sentinela pela Anvisa e teve reconhecimento da Maternidade como Centro de Apoio em Boas Práticas pelo Ministério da Saúde (BRASIL,2018)

O relato baseia-se na experiência vivenciada durante os plantões de duas das autoras, que fazem parte da equipe de enfermagem da UTIN há 3 anos. Cada equipe é formada com uma média de 5 a 7 técnicos de enfermagem e duas enfermeiras por plantão, com faixa etária variada e predominância do sexo feminino.

A unidade possui 12 leitos oficiais, mas chega a comportar até 20 leitos ocupados devido à alta demanda. O regime de trabalho se dá em plantões de 6 ou 12 horas, com intervalos de descanso na escala. Todo o cuidado é supervisionado e orientado pelas enfermeiras e se dá em conjunto com a equipe multiprofissional que envolve médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogas, nutricionistas, psicólogos, entre outros.

Para o relato foram utilizados registros em diários de campo a partir da observação

participante durante 3 meses, para listar as percepções sobre a humanização no local de trabalho, após os registros emergiram 4 categorias sendo elas: humanização em foco, acolhimento e conforto à família, atenção humanizada ao neonato e postura dos profissionais de enfermagem. A interpretação e discussão dos dados teve suporte a literatura científica vigente abrangendo o período de implantação da PNH.

3 | DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

3.1 Humanização em foco

Durante o período da vivência, percebeu-se que alguns profissionais deixam a desejar no quesito empatia, pois agem de forma desumana com os familiares, que estão apreensivos com o estado de saúde de seus entes queridos, chegando a até enfatizar a ansiedade destes e ainda sugerem não haver necessidade de temor. Outro ponto a ser relatado na nossa vivência, é que muitos profissionais acabam não oferecendo o verdadeiro diagnóstico do Neonato para não abalar ainda mais os familiares, porém quando estes, ver que seus filhos não estão progredindo no seu estado de saúde, acabam se frustrando ainda mais, o que podemos observar que também, não é uma postura de agir com humanização.

O termo humanizar segundo dicionário da língua portuguesa significa tornar humano, educado, afável, civilizar. Logo, humanizar a assistência seria resgatar valores para a melhoria da mesma, tratando o paciente, família e colegas de trabalho com dignidade e respeito.

Fazendo um resgate histórico da enfermagem pode-se dizer que a profissão nasceu em ambientes hostis, cercada de desigualdades, desvalorização, machismo, e em meio a tudo isso surgiu como arte do cuidar e se tornou uma ciência baseada em teorias e princípio, e sua relação com a sociedade ainda hoje é atrelada a esses conceitos e estereótipos (PADILHA; BORENSTEIN, 2006)

Ser um profissional de enfermagem é estar 24 horas por dia prestando cuidado direto ao paciente, independente de sexo, cor, idade, religião. É a enfermagem que está presente desde o nascimento até o final da vida do indivíduo preparando o corpo após a morte, assim sendo pode-se afirmar que é a profissão que está mais próxima dos clientes, por esse motivo os profissionais devem estar preparados para conviver e cuidar com qualidade nos mais diversos ambientes, estudo aponta que O Enfermeiro, enquanto representação foi citado como **“pessoa próxima ao paciente”** em 8,7% os conteúdos, ajudando as pessoas, atendendo as necessidades dos indivíduos (STACCIARINI, et al., 1999)

Em 2003, após anos de discussão sobre o cuidar, foi lançada no Brasil a Política Nacional de Humanização (PNH), buscando pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos ambientes de trabalho, ocasionando assim mudanças tanto na forma de gerir como no cuidar. “A PNH estimula a comunicação entre gestores,

trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras” (BRASIL, 2013), tais práticas podem inibir a autonomia dos profissionais em seu trabalho e dos usuários no autocuidado.

Segundo Rocha e Ferreira (2013) a enfermagem muito tem contribuído em pesquisas sobre a humanização do cuidado, tendo em vista seu objeto de trabalho. E em UTI neonatal, os profissionais devem estar preparados para pautar o cuidado não só aos RN's mas visar também o dano emocional causado à família.

3.2 Acolhimento e conforto à família

Outro elemento percebido, dentro da humanização em UTIN, foi o acolhimento e conforto à família. Isso ocorre por meio da recepção dos familiares, seguida dos esclarecimentos, sobre diagnóstico e terapêutica usada no neonato, bem como serviços de participação efetiva dos familiares como o Método Canguru, além de contar com o serviço de Psicologia e Assistência Social, que oferece apoio para essas famílias.

Uma das propostas da PNH é o acolhimento, e em UTI neonatal assim como em outras unidades, esse acolhimento tem que abranger não somente o paciente mas também a família do mesmo (BRASIL, 2013).

A humanização concretizou-se na unidade com a visita em dias específicos de avós e há pouco tempo conquistou-se a visita dos irmãos do RN que propiciam momentos únicos na vida de uma família que poderá levar ou não seu filho embora, e esses momentos fazem toda a diferença, deve ser ressaltado que o pai e a mãe têm livre acesso à unidade portanto não são considerados como visita.

Segundo Peixoto et al. (2012) “a figura dos avós é vista neste contexto como parte do projeto de construção das figuras parentais, e sua entrada no núcleo familiar (tríade mãe-pai-bebê) pode trazer questões que muitas vezes ultrapassam a ordem manifesta das relações que ali se apresentam”.

É importante atentar que em neonatologia estaremos recebendo uma família que estava esperando um recém-nascido saudável, a termo, com peso adequado, e que por algum motivo ele chega na unidade com complicações que o impediram de seguir para a enfermaria com a mãe após o parto.

Assim sendo chegará a unidade uma família cheia de incertezas, medos, pois no senso comum o termo UTI já assusta, portanto no primeiro contato com a família é essencial que se tenha um acolhimento adequado, visando informar aos familiares o que é a UTIN, tirar suas dúvidas e esclarecer como funcionada a unidade. Segundo Rocha et al. (2013) os profissionais da UTIN devem estar aptos para amenizar o dano emocional que é causado aos familiares pela internação, por meio de uma assistência humanizada.

No serviço em estudo, há todo o apoio de uma equipe multidisciplinar que atua desde a recepção até o parto e alta hospitalar, conta-se com assistente sociais que terão

o contato com os pais, passando informações essenciais, tem-se a equipe de psicologia atuando bem próximo da família, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais que vão acompanhar cada família durante seu percurso no ambiente hospitalar. No entanto a equipe de enfermagem também deve estar preparada para acolher essa família, tendo em vista que estarão o maior tempo em contato com os mesmos.

Após o parto o RN com complicações é encaminhado para a UTIN imediatamente, recebe-se então o RN, e o acompanhante chega logo em seguida em busca de informações, nesse momento a equipe informa ao pais ou outro familiar presente o estado que o RN está, é orientado sobre dos adornos seguida da lavagem correta das mãos ao entrar na unidade. Ainda é possível observar que algumas vezes os pais chegam e alguns profissionais não tem ação de chegar junto deles, e muitas vezes esses ficam perdidos sem saber o que fazer.

Portanto, os profissionais devem estar atentos para humanizar esse momento que será crucial para o comportamento deles no decorrer da internação. Isso foi observado também no estudo de Barbosa et al.(2016) no qual afirma que a “falta de acolhimento é percebida quando a família tem de aguardar do lado de fora da unidade, em um local inapropriado para se acomodar, até que um membro da equipe a autorize e a conduza até o leito do RN”, assim como não contar com acompanhamento e atualização do quadro em visitas subsequentes.

Por outro lado, a maternidade em estudos constantemente realiza atualizações e capacitações, por ser um hospital amigo da criança, visando tornar os profissionais sensíveis a estas situações, assim observa-se boa parte de profissionais que acolhem os pais em todos os momentos. Essas capacitações são relevantes tendo em vista que chega um público variado de pacientes e todos devem ser tratados bem e com educação.

A formação de vínculo com as famílias é inevitável, tendo em vista que o RN muitas vezes passa um longo período internado, e essas relações algumas vezes podem se tornar laços próximos, ou gerar desconforto entre a família e um profissional, por isso deve-se atentar para manter um relacionamento profissional e humanizado, evitando certos tipos de transferências que prejudiquem a assistência.

“Para a família, a equipe de saúde a ajuda a enfrentar a experiência de modo menos traumático, quando a recebe na unidade de maneira carinhosa e respeitosa desde o início, e conforme vai presenciando a atenção dispensada” (BALBINO, et al.,2016).

Uma outra forma de humanizar o ambiente é tornar a família parte do processo de cuidado do RN, na UTIN em estudo, é estimulado a proximidade dos pais baseado na literatura científica, através da presença deles na unidade livre em todos os momentos do cuidar, o toque no filho, sempre que o RN está em condições é realizado o pele a pele, posição canguru, cuidados básicos como uma simples troca de fralda, segurar o termômetro, segurar a seringa da gavagem, cuidados que podem ser simples mas que estimula o vínculo e aproximação entre pais e filho quebrado entre o nascer e o transporte para outra unidade.

Estudo aponta que a promoção da autonomia contribui para a satisfação da família, que ao receber orientações se percebe fortalecida em sua autoconfiança criando um espaço para que aprenda novas maneiras de cuidar (BALBINO, et al., 2016).

Apesar do sofrimento, ao se perceber incluída no cuidado pela equipe, a família tem a possibilidade de resgatar suas forças, empoderando-se para continuar sua luta, na esperança de levar o filho para casa (BALBINO, et al., 2016), logo somos nós profissionais responsáveis por contribuir com esse empoderamento, melhorando a cada dia a qualidade do cuidado ofertado.

3.3 Atenção humanizada ao neonato

Uma outra categoria que também revelou-se durante as vivências foi a atenção humanizada ao neonato, que dá-se a partir de cuidados específicos, que foram identificados na unidade para que esse RN seja bem recepcionado, desde o momento que chegam da sala de parto quando o mesmo é colocado em uma incubadora aquecida, envolto em rolinhos de panos macios em formato oval chamados ninhos, que permite a organização do corpo do RN e o aconchego simulando o útero da mãe. A temperatura da incubadora é controlada conforme a variação da temperatura corporal do RN que é mensurada a cada 3 horas, deve-se ficar atentos, pois algumas vezes esse RN já chega hipotérmico devendo haver uma maior observação até que se normalize, outras vezes esse RN pode superaquecer e só com a observação contínua dos sinais vitais é possível perceber essas mudanças.

A humanização deve estar presente em todos os momentos do cuidar, porque além de diminuir o sofrimento do RN ainda vai possibilitar um cuidado de qualidade sem causar mais danos. Todos os profissionais da unidade passam por treinamento e capacitação sobre ambiência que segundo o ministério da saúde (2013) “compreende os espaços físico, social, profissional e as relações interpessoais, onde conseguimos interagir através do processo de trabalho e do espaço físico.”

Sabe-se que o RN logo após o nascimento lida com vários estresses começando pela transição fetal-neonatal, sai de um local quentinho para um outro local totalmente diferente com vários estímulos auditivos, luminosos, dolorosos. “A transição fetal-neonatal obriga ao uso de medidas de suporte e internamento em unidades de cuidados intensivos neonatais por um período de tempo mais prolongado”(TEIXEIRA; ROCHA; GUIMARÃES, 2007). Assim chegam na unidade em questão, aqueles RN’s que nascem com complicações, onde ficarão longe do único vínculo que tinham até então, a mãe, e serão levados para outra unidade.

É trabalho dos profissionais de saúde atuarem minimizando esses estresses, humanizando essa transição, afinal estão lidando com pequenos seres que não falam o que sentem e, portanto, devem estar atentos para os sinais de estresse que os mesmos irão apresentar. Assim sendo a humanização vai se estender em todos os momentos do

processo, cada incubadora é coberta de um tecido azul que diminui a luminosidade para o RN, não se coloca objetos sobre a incubadora nem se escreve em cima dela para evitar a repercussão de ruídos dentro da mesma.

Tendo em vista que nas UTIN há uma grande manipulação desses RN e que os mesmos tem o sono perturbado várias vezes o que pode ser prejudicial, após estudos realizados no hospital e com base na literatura, foi instituído o horário do soninho, que corresponde há uma hora de descanso dos mesmos no início de cada turno.

Esse momento de descanso foi estabelecido no método canguru e preconiza a iluminação diminuída, o mínimo possível de ruídos, procedimentos de rotina não devem ser realizados nesse período, somente se ocorrer alguma intercorrência (BRASIL, 2017). Deste modo, o uso de celulares, som ambiente, voz alta, deve ser abolido, embora ainda se tenha uma grande resistência por parte dos profissionais que se comportam de forma inadequada muitas vezes, sendo necessário sensibilização constante da equipe.

Ao manuseio, alguns RN necessitam de mais cuidados, enquanto outros é necessário manter manuseio mínimo, portanto deve avaliar a individualidade de cada um. Trata-se de um hospital que segue os preceitos da rede cegonha e método canguru. Preza-se por agrupar os cuidados de forma que o RN não tenha que passar por vários estresses em momentos diferentes que interfiram no seu sono.

“Em face da importância dos estados de sono para o desenvolvimento cerebral, a modificação nos cuidados para garantir uma duração de sono próxima à do útero deveria ser essencial no cuidar na UTI neonatal” (BRASIL, 2017). Apesar do estímulo a essa prática alguns profissionais ainda se mostram resistentes na unidade.

Outro ponto observado na unidade foi o manejo da dor nos neonatos, sabendo-se que esses pequenos seres não têm como falar o que sentem, a equipe deve estar capacitada a identificar os sinais que demonstram o que estão sentindo. Na unidade é utilizada a escala de dor neonatal *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) na qual a enfermeira avalia dor do RN através do comportamento de braços pernas, choro, expressões faciais, respiração e estado de alerta, a analgesia está na maioria das vezes já prescrita pelo médico. Também antes de procedimentos dolorosos como punção venosa, coleta de exames, utiliza-se de meios como enrolamento, pele a pele, gotinha de sacarose via oral 2 minutos antes.

Identificar a dor do RN é crucial pois pode trazer consequências para o organismo do mesmo, pois quando expostos à dor aguda por período curto desenvolvem graus significativos de hiperalgesia após lesão tecidual, e quando prolongada poderá modificar o sistema nervoso permanentemente (BRASIL, 2017). Assim foi observado que há na unidade esse cuidado com a identificação e tratamento do 5º sinal vital.

Observou-se que o cuidado aos RN na UTI é humanizado, embora ainda haja alguns ajustes necessários para que 100% da equipe esteja de acordo com os princípios do método canguru, sendo necessário sensibilização contínua e capacitações em prol da melhoria da assistência, sempre buscando a atualização dos conhecimentos.

3.4 Postura dos profissionais de enfermagem

Constantemente ouve-se que a equipe de enfermagem são quem mais estão próximos do paciente, isso porque são 24 horas de cuidado integral, e por passar tanto tempo próximo são os profissionais que mais devem se preparar para lidar não só com o paciente mas também com a família e com seus colegas de trabalho. Acontece que o profissional de enfermagem também é um ser humano com suas particularidades que ao se juntar em um espaço muitas vezes hostil e estressante como a UTIN pode agir de forma desumanizada.

O local do estudo possui emergência porta aberta, ou seja, recebe demanda espontânea, e todas as pacientes devem ser atendidas, internadas ou referenciadas. Sendo assim tem-se alta demanda constante nos leitos da UTIN, muitas vezes uma unidade com capacidade para 12 leitos chega a receber 20 leitos, deixando os profissionais sobrecarregados.

Essa sobrecarga pode ser um dos motivos para diminuir o tempo de cuidado dispensado a cada RN. Somando-se o estresse de diferentes profissionais pode levar a discussões e até comportamentos destrutivos no ambiente de trabalho. Estudo semelhante aponta que o relacionamento interpessoal foi colocado como um dificultador para essa prática, sendo a interação entre eles um problema, quando um profissional contradiz ou se contrapõe as decisões do outro podendo assim limitar as ações para uma assistência humanizada (PEREIRA; GASPARINO; MARTINEZ, 2015).

No entanto, percebeu-se que ao se trabalhar em equipes onde os profissionais tem sincronia e afinidades entre si, o plantão flui melhor independente das intercorrências, isso ocorre pois o trabalho em equipe vai ocorrer quando uma pessoa está disposta a si doar, a ajudar o colega que está mais sobrecarregado, a dividir tarefas no momento de uma admissão.

Com isso, é necessário que a equipe seja adepta a desenvolver habilidades e/ou talentos individuais tendo como princípio promotor a integração gerencial, bem como, a produção de serviços e fomentar o desejo de ser um profissional eficiente e empático. Neste sentido, uma equipe integrada favorece ao processo de comunicação, respeito, confiança cooperação e busca de objetivos e metas comuns (NAVARRO; GUIMARÃES; GARRANHANI, 2013).

Observou-se também que os profissionais trabalham tensos quando ficam com RN's de pais mais exigentes que tratam o profissional de forma inadequada, ou com equipe onde a enfermeira não apoia sua equipe, ou ainda quando não se tem respeito com a autoridade da enfermeira. Percebeu-se ainda uma melhoria no ambiente de trabalho quando o profissional tinha empatia pela chefia de enfermagem, doando-se para exercer um trabalho cada vez mais eficaz. Assim notou-se que a sintonia entre os membros da equipe vai ser positiva para a humanização do cuidado como um todo.

Broca e Ferreira (2015) confirmam que a enfermagem é uma profissão que se pratica em equipe, cujos membros se complementam. Por isso preza-se pela valorização e busca-se entender as múltiplas relações que permeiam o processo de comunicação no cuidado em saúde/enfermagem, assim como enfrentar o desafio de ser um agente transformador, sempre adotando uma prática baseada na comunicação sensível.

Constatou-se que nos plantões onde há muito barulho, superlotação, agitação, intercorrências, os profissionais tendem a ficar mais estressados e dispersos, percebe-se isso também em plantões onde há RN grave ou óbito. Pois apesar de ser um acontecimento rotineiro na UTIN, é um acontecimento indesejado e que causa pesar em toda a equipe. Tais situações somadas a todos os outros fatores de estresses potencializam ou causam idiossincrasias da equipe de saúde e do serviço hospitalar (BRASIL,2017).

Observou-se que a equipe esteve empenhada a humanizar as ações, a maioria participou das capacitações como método canguru, afim de adquirir maiores conhecimentos para uma prática ideal, o foco da UTIN é o bebê assim sendo os profissionais tomam o cuidado de seguir as regras de biossegurança, a hora do soninho é respeitada mesmo quando alguém desrespeita esse horário os colegas já chamam atenção, e assim um vai ajudando o outro a moldar-se.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do estudo percebeu-se que a unidade é humanizada, mas ainda há um longo caminho a percorrer até que cada funcionário esteja ajustado e sensibilizado a fazer cada plantão ocorrer perfeitamente.

O acolhimento aos pais é presente mas deixa a desejar muitas vezes, sabe-se que é um dever de todos possibilitar que essa experiência seja menos dolorosa possível para essa família, necessita-se então sensibilizar a equipe, principalmente na primeira recepção, e traçar estratégias para que esses pais sintam-se acolhidos e confiantes no trabalho da equipe como um todo.

Segue-se os princípios do método canguru, a equipe está preparada e capacitada, sabem o que é necessário para realizar um cuidado eficaz trazendo o máximo de benefícios para os neonatos. Os cuidados com a ambiência devem ser cobrados pelas chefias e lembrados constantemente, seja na iluminação, no tom da voz, no estresse e dor do neonato, entre outras ações simples que foi visto que contribui para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde.

As relações interpessoais nem sempre estão alinhadas, e vê-se a necessidade de intervenções afim de aproximar todos os membros da neonatologia, para que não se vejam só em equipes separadas por unidades, mas todos membros de um só corpo em prol dos pequenos e dependentes seres que cuidamos. Assim discussões e estratégias para lidar com comportamentos destrutivos nas unidades são essenciais.

Um desafio para a realização do estudo foi a demanda do serviço, uma vez que se torna mais difícil observar e acompanhar o ritmo de uma equipe sobrecarregada. Também por ser um estudo sem intervenção, muitas vezes veio o sentimento de impotência diante de situações desumanas no cuidado da equipe multiprofissional.

Diante do estudo e das evidências na literatura humanizar é essencial, cabe a cada profissional se comprometer com a qualidade do cuidar, visualizando que criança querem entregar para a sociedade, uma criança saudável pronta para ser o nosso futuro, ou uma criança que por descuido e despreparo profissional vai sair da unidade com complicações que podem chegar a ser irreversíveis prejudicando sua qualidade de vida. Assim é essencial que se desenvolva mais estudos visando identificar o conhecimento dos profissionais sobre a humanização, e traçando estratégias para sensibilizar as equipes.

REFERÊNCIAS

BALBINO, Flavia Simphronio et al. Percepção do cuidado centrado na família em unidade neonatal. **Revista de enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 1, p.84-92, 30 mar. 2016.

BARBOSA, Guilherme Correa et al. Política Nacional de Humanização e formação dos Profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.1, n. 6, p. 123-127, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório Assistencial da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC): 2017/2018**. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/2794244/Relat%C3%B3rio+Institucional+Assistencial+Todo+200318.pdf/bbbd5e29-2b3b-40ef-9002-0939540994ef>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru - manual técnico**. 3. ed. Brasília, 2017. 340 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ed Premium, 2013.

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

BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção. Communication process in the nursing teama based on the dialogue between Berlo and King. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p.467-474, jul. 2015.

CAVALCANTE, Bruna Luana de Lima; LIMA, Uirassú Tupinambá Silva de. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **Journal Nursing Health**, Pelotas, v. 1, n. 2, p.94-103, jan. 2012.

NAVARRO, Adriana Santana de Souza; GUIMARÃES, Raphaella Lima de Souza; GARANHANI, Mara Lúcia. Working in the family health strategy program. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p.61-68, 2013.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; BORENSTEIN, Miriam Susskind. História da enfermagem: ensino, pesquisa e interdisciplinaridade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p.532-538, dez. 2006.

PEIXOTO, Elisa Alvarenga et al. Visita de avós em unidade de terapia intensiva neonatal: compreendendo a dinâmica familiar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.17-32, jul. 2012.

PEREIRA, Rose Mara; GASPARINO, Roberta Fernandes; MARTINEZ, Lilian Bremmer. Formas de assistência humanizada na unidade de terapia intensiva neonatal. **Saúde em Foco**, v. 7, n. 0, p.203-211, 2015.

REIS, Laís Silva dos et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p.118-124, jan. 2013.

ROCHA, Daniele Karina Lopes da; FERREIRA, Helen Campos. Estado da arte sobre o cuidar em neonatologia: compromisso da enfermagem com a humanização na unidade de terapia intensiva neonatal. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 4, n. 2, p.24-28, fev. 2013

STACCIARINI, Jeanne Marie et al. Quem é o enfermeiro? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 1, n. 1, jan. 1999. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista1_1/Quem.html>. Acesso em: 25 abr. 2019.

TEIXEIRA, Ana; ROCHA, Gustavo; GUIMARÃES1, Hercília. Transição fetal-neonatal no recém-nascido de muito baixo peso. **Acta Pediátrica Portuguesa**, Portugal, v. 38, n. 6, p.250-256, out. 2007.

SOBRE O ORGANIZADOR

RAFAEL HENRIQUE SILVA – Graduado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (2007), especialista Lato Sensu em Urgência e Emergência pelas Faculdades Integradas do Vale do Ivaí (2008) e em Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização pelo Centro Universitário Uningá (2019). Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Unisagrado – Bauru (2012) trabalhando com qualidade de vida de pacientes portadores de feridas crônicas. Doutor em Biologia Oral pela Unisagrado –Bauru (2020) com trabalhos na linha de Tecnologia em Saúde e Segurança do Paciente. Atuou como Docente no curso de Enfermagem na Faculdade Integrado de Campo Mourão (2008 – 2015) e na Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (2016 – 2019). Exerceu a função de Tutor no Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica e no Programa de Residência Multiprofissional na Atenção Cardiovascular, na Atenção à Saúde Indígena e na Saúde Materno-infantil pelo Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. Atualmente é membro do conselho técnico científico da Atena Editora e revisor das revistas científicas Saúde e Pesquisa, Ciências da Saúde Vittal e SaBios - Revista de Saúde e Biologia. Atua como Enfermeiro do Centro Cirúrgico no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados e Professor do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Cardiovascular pela mesma instituição.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acolhimento 45, 83, 85, 175, 176, 179, 181, 183, 186, 187, 188, 192

Adolescência 2, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 42, 70, 104, 108, 109, 110, 120, 174

Aleitamento materno 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 108, 109, 110, 118, 119, 120, 123, 128, 157, 158, 162, 164, 165

Alojamento conjunto 20, 119, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 163, 164, 165

Amamentação 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 44, 45, 62, 66, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 117, 118, 120, 159, 161, 162, 163, 164

Assistência de enfermagem 30, 35, 46, 49, 50, 51, 52, 59, 69, 70, 86, 100, 102, 109, 164

C

Câncer 27, 57, 69, 70, 74, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 172

Climatério 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59

Consulta de enfermagem 44, 46, 47, 49, 51, 52, 81, 102

Criança 8, 10, 11, 12, 18, 33, 69, 70, 76, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 107, 110, 111, 119, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 162, 164, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 184, 188, 193

Cuidados de enfermagem 21, 46, 48, 49, 51, 53, 55, 98, 99, 100, 103, 121, 122, 123, 131, 158, 164, 170, 173

Cuidados paliativos 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172

D

Déficit de atenção 98, 99, 100, 101, 104

Dispositivos 60, 61, 63, 64, 65

E

Educação em saúde 27, 33, 45, 58, 64, 75, 79, 82, 83, 84, 85, 89, 90, 94, 96, 104, 119, 140

Efeitos colaterais 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77

Enfermagem 2, 4, 5, 10, 12, 13, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 30, 31, 35, 36, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 57, 59, 61, 62, 64, 65, 67, 69, 70, 71, 73, 75, 76, 77, 79, 81, 82, 85, 86, 87, 93, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 129, 130, 131, 132, 137, 138, 141, 146, 147, 148, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 170, 172, 173, 175, 177, 178, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 191, 192, 193, 194, 195

Envelhecimento 54, 57

F

Fatores de risco 30, 79, 80, 84, 106, 109, 114, 116, 138

G

Gravidez 2, 3, 6, 8, 11, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 36, 37, 39, 42, 45, 50, 109, 117, 162, 173, 176, 179

H

Hiperatividade 98, 99, 100, 101, 104

Hiperêmese gravídica 24, 25, 26, 28, 29, 30

Humanização 20, 21, 42, 43, 45, 82, 131, 145, 175, 180, 183, 184, 186, 187, 189, 191, 193, 194

L

Lesão 105, 106, 107, 134, 135, 144, 190

M

Medo 15, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 79, 83, 85, 109, 112, 115, 117, 118, 175, 180

Método canguru 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 128, 158, 162, 164, 187, 190, 192, 193

Mídia social 87, 88, 89, 90, 91, 95

N

Neonatal 14, 15, 16, 19, 20, 21, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 87, 88, 93, 97, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 128, 129, 131, 158, 162, 165, 166, 172, 183, 184, 185, 187, 189, 190, 193, 194

O

Oncologia 68, 72, 76, 77, 172

P

Parto 6, 10, 11, 12, 15, 21, 26, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 45, 50, 93, 96, 109, 112, 113, 115, 119, 159, 162, 184, 187, 188, 189

Pediatria 21, 22, 73, 97, 131, 150, 151, 152, 153, 155, 166, 167, 168, 171, 172

Políticas públicas 3, 13, 174, 175, 176

Prematuridade 14, 15, 16, 17, 18, 20, 87, 89, 92, 93, 95, 97

Pré-natal 8, 9, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 61, 62, 109, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 156, 157, 159, 162, 163

Prevenção 3, 49, 50, 52, 53, 55, 62, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 89, 102, 105, 106, 107, 134, 138, 139, 140, 142, 144, 145, 146, 147, 158, 159, 167, 175, 176, 178, 179, 181, 192

Processo de enfermagem 44, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52

Promoção da saúde 44, 46, 49, 59, 80, 84, 87, 91, 92, 93, 96, 102

Puerpério 2, 37, 41, 44, 45, 50, 119, 157, 158, 159, 163, 164

Q

Quimioterapia 69, 70, 71, 73, 74, 77, 135, 143

R

Recém-nascido 3, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 45, 62, 63, 110, 117, 120, 121, 122, 123, 131, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 184, 185, 187, 193, 194

Resiliência 167, 169, 171

Revisão integrativa 1, 2, 4, 5, 13, 21, 23, 51, 53, 55, 78, 80, 81, 82, 85, 86, 103, 120, 132, 137, 147, 156, 159, 172, 193

S

Segurança do paciente 61, 63, 64, 65, 128, 148, 153, 195

T

Teste do pezinho 60, 62, 63, 64, 66, 67

Triagem neonatal 60, 61, 62, 63, 66, 67

V

Violência 37, 38, 43, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182



**INOVAÇÃO E
TECNOLOGIA
PARA O CUIDAR
EM ENFERMAGEM**

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 



INOVAÇÃO E
TECNOLOGIA
PARA O CUIDAR
EM ENFERMAGEM

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 