



*Tecnologia e Inovação
para o Cuidar em
Enfermagem*

3

*Sílène Ribeiro Miranda Barbosa
(Organizadora)*



*Tecnologia e Inovação
para o Cuidar em
Enfermagem*

3

*Silene Ribeiro Miranda Barbosa
(Organizadora)*

Editora Chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

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-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 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. 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 Internazionale 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
Prof^a Dr^a Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a 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
Prof^a Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^a Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^a Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^a Dr^a 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
Prof^a Dr^a 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
Prof^a Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^a Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof^a Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^a Dr^a 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
Prof^a Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^a Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^a Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a 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. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a 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^a Dr^a Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof^a Dr. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
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. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
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 Cagliari – 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. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
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 Alborno – 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
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Vanessa Mottin de Oliveira Batista
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Silene Ribeiro Miranda Barbosa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T255 Tecnologia e inovação para o cuidar em enfermagem 3 /
Organizadora Silene Ribeiro Miranda Barbosa. – Ponta
Grossa - PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-496-2

DOI 10.22533/at.ed.962201610

1 Enfermagem. I. Barbosa, Silene Ribeiro Miranda
(Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Tecnologia e Inovação para o Cuidar em Enfermagem” é uma obra que retrata as discussões científicas diante das experiências diárias da enfermagem, dividido em capítulos que nortearam a aplicabilidade da ciência do cuidado.

O objetivo da proposta foi apresentar a coleção com assuntos atualizados de caráter informativo e gerador de reflexões visando o crescimento profissional. O contexto fundamenta as discussões, desde os cuidados de enfermagem, dentro da assistência hospitalar e da Atenção Primária Básica de Saúde (UBS), passando pela educação em saúde e por fim, e não menos importante, na enfermagem contemporânea, atualizando a proposta da oferta de ações e cuidados de enfermagem.

Os trabalhos estão divididos em três volumes a fim de subsidiar as informações, contextualizando junto à praticidade do cuidado. A apresentação dos conteúdos demonstra a evolução do conhecimento em consonância com a praticidade da oferta do cuidado.

A enfermagem contemporânea configura na preocupação com a saúde e na qualidade de vida profissional, assim como na oferta e na expansão dos cursos, com metodologias inovadoras de ensino e suas repercussões. O tema Educação em Saúde retrata ações em saúde que possibilitam a melhora individual e profissional que repercutiram na conduta profissional. O tema Cuidado em Enfermagem deslancha experiências contextualizadas que fortaleceram a dinâmica da assistência de enfermagem, tanto a nível Hospitalar quanto em nível de Atenção Básica.

Assim sendo, a obra Tecnologia e Inovação para o Cuidar em Enfermagem, traz fundamentalmente os resultados diante das oportunidades e das experiências vivenciadas pelos autores, embasados cientificamente. A conhecer a dedicação e fundamentação da Editora Atena por um material de qualidade é que destaco a confiabilidade na contribuição do conhecimento.

Silene Ribeiro Miranda Barbosa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DOMICILIAR APLICADA A PACIENTE COM CÂNCER PÉLVICO

Solange de Freitas Lavor
Marbenia Venik Lopes de Oliveira Barbosa
Emanuela Leopoldina da Silva
Ecarolina Leopoldina da Silva
Simony de Freitas Lavor
Ana Paula de Souza Saldanha
Tayrine Huana de Sousa Nascimento
Izabela Mota Pereira
Daniele de Carvalho Martins
Mikaelle Almeida Teles
Francisca Amanda Pinheiro
Valéria Pereira Bernardino

DOI 10.22533/at.ed.9622016101

CAPÍTULO 2..... 10

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE AS TECNOLOGIAS APLICADAS NO PACIENTE POLITRAUMATIZADO NA TERAPIA INTENSIVA

Ana Caroline Souza
Brenda Caroline Cardoso
Carla Ingrid de Paula
Moacir Portela de Moraes Junior
Ronny Cley Almeida Batista
Valcinei Gomes Pinto
Luciana Mendes de Mendonça
Tassia Neix Barbosa
Leandro Pimentel

DOI 10.22533/at.ed.9622016102

CAPÍTULO 3..... 19

CARACTERÍSTICAS DAS NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS E DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ

Kely Regina da Silva Lima Rocha
Livia de Gois Cavalcante
Maria Iasmin da Silva Campus Ferreira
Leticia Melo Moreira
Kaline Delgado de Almeida Gama
Roseanne de Sousa Nobre
Patrícia Cavalcante de Sá Florêncio
Roberta Carozo Torres
Maria Lysete de Assis Bastos
Talita Lucio Chaves Vasconcelos
Gilberto Correia Rocha Filho
Salomão Patrício de Souza França

DOI 10.22533/at.ed.9622016103

CAPÍTULO 4..... 35

**CLAMPEAMENTO TARDIO DE CORDÃO UMBILICAL EM NEONATO A TERMO:
UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Louise Cristina Bizerra de Almeida
Ji Hye Park
Vivian Inácio Zorzim

DOI 10.22533/at.ed.9622016104

CAPÍTULO 5..... 49

**CLASSIFICAÇÃO, TRATAMENTO E OS IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA DOS
PACIENTES PORTADORES DE LESÕES PROVENIENTES DA INSUFICIÊNCIA
VENOSA**

Thainara Araújo Franklin
Samara de Souza Almeida Balmant
Sinara Teles Santos

DOI 10.22533/at.ed.9622016105

CAPÍTULO 6..... 61

**COMPLICAÇÕES MATERNAS ASSOCIADAS AO TIPO DE PARTO: UM OLHAR A
LUZ DAS EVIDÊNCIAS**

Sofia Isis de Oliveira Ibiapina
Manoel Messias Rodrigues da Silva
Carlíane Maria de Araújo Souza
Maria Eduarda Marques Silva
Eduardo Batista Macedo de Castro
Jefferson Carreiro Mourão
Gabrielle dos Santos Alves Pereira
José Luis da Costa Silva
Geovane Soares Mendes
Teogenes Bonfin Silva
Vanessa Rayanne de Souza Ferreira
Francisco Izanne Pereira Santos

DOI 10.22533/at.ed.9622016106

CAPÍTULO 7..... 72

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO**

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro
Francisca Maria Pereira da Cruz
Thayane Silva Vieira Aragão Soares
Nielson Valério Ribeiro Pinto
Cyane Fabiele Silva Pinto
Elton Filipe Pinheiro de Oliveira
Dallyane Cristhefane Carvalho Pinto
Illana Silva Nascimento
Ana Tereza Oliveira Santos

Pollyana Rocha de Araújo
Julyana da Costa Lima Cavalcante
Leonardo Teles Martins Mascarenhas

DOI 10.22533/at.ed.9622016107

CAPÍTULO 8..... 82

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA À VÍTIMA DE QUEIMADURA

Eullâynne Kassyanne Cardoso Ribeiro
Aclênia Maria Nascimento Ribeiro
Maria Tamires Alves Ferreira
Gabriela Oliveira Parentes da Costa
Líliã Regina de Lima Cardoso Nascimento
Alexsniellie Santana dos Santos
Ricardo Clayton Silva Jansen
Michelle Kerin Lopes
Juliana Maria de Oliveira Leite

DOI 10.22533/at.ed.9622016108

CAPÍTULO 9..... 91

CUIDADOS PALIATIVOS PRESTADOS AO IDOSO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ENFOQUE NO PAPEL DO ENFERMEIRO

Rosane Pereira dos Reis
Marcelle Perdigão Gomes
Daniele Gonçalves Bezerra
Douglas Ferreira Rocha Barbosa
Layanne Ramalho Jacob
Kleytonn Giann Silva de Santana
Caio César da Silva Barros
Ediane Gonçalves
Sidlayne dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.9622016109

CAPÍTULO 10..... 103

DIABETES E HIPERTENSÃO NA MATURIDADE E VELHICE EM UMA COMUNIDADE DE PESCADORES NA FRONTEIRA FRANCO BRASILEIRA

Tamilles Alves de Oliveira de Assunção
Jenifer Bárbara Fernandes Costa
Carlos Manuel Dutok Sánchez
Girzia Sammya Tajra Rocha
Fabio Rodrigues Trindade

DOI 10.22533/at.ed.96220161010

CAPÍTULO 11..... 116

FATORES ASSOCIADOS À GORDURA TOTAL E ABDOMINAL NA POPULAÇÃO INDÍGENA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Maria Augusta Correa Barroso Magno Viana
Cristiane Alvarenga Chagas

Aline Elizabeth da Silva Miranda
Mark Anthony Beinrer
Adriano Marçal Pimenta
DOI 10.22533/at.ed.96220161011

CAPÍTULO 12..... 125

IMPORTÂNCIA E AS RESPONSABILIDADES DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DAS CIRURGIAS DE CATARATA NO IDOSO

Carina Galvan
Claudia Carina Conceição dos Santos
Daiane Vargas Preuss
Elizete Maria de Souza Bueno
Ketlen Mar Maidana Jaques
Marcia Kuck
Rosaura Soares Paczek
Zenaide de Paulo Silveira
Kelly Bueno Sanhudo

DOI 10.22533/at.ed.96220161012

CAPÍTULO 13..... 137

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E GESTAÇÃO X IMPLICAÇÕES PARA SAÚDE MATERNO INFANTIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ana Carolina Santana Vieira
Camila Aparecida de Oliveira Alves
Rita de Cássia Ramires da Silva
Thatiana da Fonseca Peixoto

DOI 10.22533/at.ed.96220161013

CAPÍTULO 14..... 147

LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO AO PACIENTE NO PÓS ALTA HOSPITALAR

Franciele Nascimento de Araujo Silva
Ellen Marcia Peres
Priscila Cristina da Silva Thiengo de Andrade
Helena Ferraz Gomes
Ronilson Gonçalves Rocha
Antônio Marcos Tosoli Gomes
Bruna Maiara Ferreira Barreto Pires
Livia Fajin de Mello dos Santos
Alessandra Sant'anna Nunes
Carolina Cabral Pereira da Costa
Cristiene Faria
Thais Mayerhofer Kubota

DOI 10.22533/at.ed.96220161014

CAPÍTULO 15..... 159

MULHERES E SUAS EXPECTATIVAS SOBRE A ESCOLHA DA VIA DE PARTO

Gabriela Cirqueira Lopes
Helene Nara Henriques Blanc

Larissa Escarce Bento Wollz
Larissa Teixeira da Silva Fonseca
Marcilene Andrade Ribeiro Marins
Milena Batista Carneiro
Taís Fontoura de Almeida
Jane Baptista Quitete

DOI 10.22533/at.ed.96220161015

CAPÍTULO 16..... 173

O DIABETES MELLITUS COMO FATOR DE RISCO NA GESTAÇÃO

Hidário Lima da Silva
Alana da Silva Baiano
Ana Caroline Mendes Costa
Jocivânia Pereira da Silva
Kelianny Sousa dos Santos
Luana da Silva Costa
Erliene Feitosa de Oliveira Cavalcante

DOI 10.22533/at.ed.96220161016

CAPÍTULO 17..... 182

O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA EQUIPE DE RETIRADA DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES

Luciana Nabinger Menna Barreto
Fabiane de Avila Marek
Juliana Teixeira da Silveira
Neíse Schöninger
Alexsandra Relem Pereira
Jaqueline Wilsmann
Cecília Helena Glanzner

DOI 10.22533/at.ed.96220161017

CAPÍTULO 18..... 192

PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE ONCOLÓGICO: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ALÍVIO DA DOR

Ivanildo Caetano da Silva
Edilson Pereira da Silva Filho
Claudilson Souza dos Santos
Ivania Batista de Oliveira Farias
Noaci Madalena Cunha Loula

DOI 10.22533/at.ed.96220161018

CAPÍTULO 19..... 207

QUEIMADURAS TÉRMICAS EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS DE IDADE: ORIENTAÇÃO AOS CUIDADORES

Paloma Lucena Farias da Costa
Simone Elizabeth Duarte Coutinho
Jael Rubia Figueiredo de Sá França
Elissandra Ferreira Barreto

Eliane Cristina da Silva Buck
Evelyne de Lourdes Neves de Oliveira
DOI 10.22533/at.ed.96220161019

CAPÍTULO 20..... 220

RISCO CARDIOVASCULAR EM DIABÉTICOS TIPO II DO CENTRO DE ATENDIMENTO AO DIABETES - CADIA, SEGUNDO O ÍNDICE UKPDS

Salete Regina Daronco Benetti
Susamar Ferreira da Silva
Fernanda Vandresen
Rosiclei Teresinha Weiss Baade

DOI 10.22533/at.ed.96220161020

CAPÍTULO 21..... 234

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE COM PRÉ-ECLÂMPSIA

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro
Maria Tamires Alves Ferreira
Luciana Stanford Baldoino
Edildete Sene Pacheco
Francisca das Chagas Sheyla Almeida Gomes Braga
Evellyn Stefanne Bastos Marques
Ivanice Bastos dos Santos Gomes
Amanda Patrícia Chaves Ribeiro
Ariadne da Silva Sotero
Iana Christie dos Santos Nascimento
Luzia Fernandes Dias

DOI 10.22533/at.ed.96220161021

CAPÍTULO 22..... 244

SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE SOCIAL E PROGRAMÁTICA À VIOLÊNCIA: CONTEXTO DE VIDA E TRABALHO DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO

Rubia Geovana Smaniotto Gehlen
Marta Cocco da Costa
Jaqueline Arboit

DOI 10.22533/at.ed.96220161022

CAPÍTULO 23..... 263

VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES

Silvana de Matos Francisco de Oliveira
Romulo Valentim Pinheiro
Jaqueline da Silva Santos
Viviane da Silva
Kelly Cristina Suzue Iamaguchi Luz

DOI 10.22533/at.ed.96220161023

CAPÍTULO 24..... 269

VISÃO ALTRUÍSTA DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DE TRAUMA DE

TÓRAX

Joycilene Tavares Gonçalves

Jonas Matos de Souza

Thaiane Duarte Correa

Laudemar Moura D'Ávila

Elaine Cardoso L. Araujo

Keila Ramires Soares

Leandro Pimentel

DOI 10.22533/at.ed.96220161024

SOBRE A ORGANIZADORA..... 276

ÍNDICE REMISSIVO..... 277

CAPÍTULO 1

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM DOMICILIAR APLICADA A PACIENTE COM CÂNCER PÉLVICO

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 21/07/2020

Solange de Freitas Lavor

Iguatu-CE

<http://lattes.cnpq.br/0133347736568761>

Marbenia Venik Lopes de Oliveira Barbosa

Iguatu-CE

<http://lattes.cnpq.br/1521534402886047>

Emanuela Leopoldina da Silva

Iguatu-CE

<http://lattes.cnpq.br/6532018886353666>

Ecarolina Leopoldina da Silva

Icó-CE

<http://lattes.cnpq.br/4068791261429281>

Simony de Freitas Lavor

Iguatu-CE

<http://lattes.cnpq.br/1302197580130561>

Ana Paula de Souza Saldanha

Jaguaribe-CE

<http://lattes.cnpq.br/8570653154238135>

Tayrine Huana de Sousa Nascimento

Iguatu-CE

<http://lattes.cnpq.br/1364769379035847>

Izabela Mota Pereira

Icó-CE

<http://lattes.cnpq.br/7200354836046334>

Daniele de Carvalho Martins

Fortaleza-CE

<http://lattes.cnpq.br/7369732577523352>

Mikaelle Almeida Teles

Acopiara-CE

<http://lattes.cnpq.br/8420569589849647>

Francisca Amanda Pinheiro

Jaguaribe-CE

<http://lattes.cnpq.br/0068897797842234>

Valéria Pereira Bernardino

Jaguaribe-CE

<http://lattes.cnpq.br/2462010497973244>

RESUMO: O câncer pélvico refere-se a uma variedade de lesões envolvendo as estruturas e os órgãos da pelve, podendo ocorrer a partir da disseminação ou metástase de outros tipos de câncer a partir de diferentes áreas do corpo. Neste sentido, a consulta de enfermagem possibilita a avaliação e execução para uma boa Sistematização da Assistência de Enfermagem, onde visa minimizar os efeitos lesivos ocasionados por essa doença e propiciar uma melhor qualidade de vida à pessoa com o diagnóstico de câncer pélvico. Diante do exposto, o estudo objetivou relatar a experiência da assistência de enfermagem em domicílio ao paciente em tratamento de neoplasia pélvica com o diagnóstico de câncer pélvico. Trata-se de um relato de experiência vivenciado por uma acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, durante a disciplina de semiologia e semiotécnica em enfermagem, no período de novembro de 2014 a janeiro de 2015. Foi utilizado um instrumento de coleta de dados para realizar o histórico de enfermagem, com elaboração de diagnósticos

de enfermagem, baseadas na NANDA-I. Foi solicitada a autorização escrita para o relato de experiência, obedecendo as preconizações da Resolução 466/12. Quanto ao levantamento do histórico do paciente, o mesmo relatou dor crônica em MMII isso impossibilitando execução de exercícios físicos, desconforto por situação da doença, sono e repouso prejudicado associados a fatores psicológicos, faz o uso de medicamentos. Frente aos dados obtidos, foram elencados os seguintes diagnósticos de enfermagem: Dor crônica relacionada a incapacidade física crônica evidenciada por relato verbal de dor; Conforto prejudicado relacionado a sintomas da doença evidenciado por amplitude limitada de movimento; Insônia relacionado a depressão evidenciada por relato de dificuldade para adormecer. Logo após, foi delineado um plano de cuidados, a fim de atender as suas reais necessidades de saúde. Dentre as prescrições de enfermagem, destacam-se: Proporcionar estratégias de alívio das dores; aplicar técnicas de relaxamento e oferecer um ambiente tranquilo e confortável; Trabalhar e incentivar junto com o cliente posições que visem um melhor conforto no horário do sono. Destaca-se a importância da sistematização da assistência de enfermagem como um meio para organizar e sistematizar o cuidado de acordo com as reais necessidades do cliente, como também o acompanhamento mais próximo possibilitando produzir conhecimentos que fundamentem as ações de cuidado visando assim uma melhor resolução, diante disso observaram-se resultados positivos e uma significativa evolução do quadro clínico do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer Pélvico, Assistência Domiciliar, Enfermagem.

HOME NURSING CARE APPLIED TO PATIENTS WITH PELVIC CANCER

ABSTRACT: Pelvic cancer refers to a variety of injuries involving the structures and organs of the pelvis, which can occur from the spread or metastasis of other types of cancer from different areas of the body. In this sense, the nursing consultation allows the evaluation and execution for a good Nursing Care Systematization, where it aims to minimize the harmful effects caused by this disease and provide a better quality of life to the person with the diagnosis of pelvic cancer. Given the above, the study aimed to report the experience of nursing care at home to patients undergoing pelvic neoplasia with the diagnosis of pelvic cancer. This is an experience report lived by an academic from the Nursing course at Universidade Regional do Cariri, during the semiotics and semiotics discipline in nursing, from November 2014 to January 2015. An instrument for collecting data was used. data to carry out the nursing history, with elaboration of nursing diagnoses, based on NANDA-I. Written authorization was requested for the experience report, in compliance with Resolution 466/12. As for the survey of the patient's history, he reported chronic pain in the lower limbs, which made it impossible to perform physical exercises, discomfort due to the disease, sleep and impaired rest associated with psychological factors, using medications. In view of the data obtained, the following nursing diagnoses were listed: Chronic pain related to chronic physical disability evidenced by verbal pain reports; Impaired comfort related to disease symptoms evidenced by limited range of motion; Insomnia related to depression evidenced by reports of difficulty falling asleep. Soon after, a care plan was designed in order to meet your real health needs. Among the nursing

prescriptions, the following stand out: Providing pain relief strategies; apply relaxation techniques and offer a peaceful and comfortable environment; Work and encourage positions with the client that aim at better comfort during sleep time. The importance of the systematization of nursing care is highlighted as a means to organize and systematize care according to the real needs of the client, as well as the closest follow-up, enabling the production of knowledge that underlies the care actions aiming at a better resolution, therefore, positive results and a significant evolution of the patient's clinical condition were observed.

KEYWORDS: Pelvic Cancer, Home Care, Nursing.

INTRODUÇÃO

O câncer pélvico refere-se a uma variedade de lesões envolvendo as estruturas e os órgãos da pelve, podendo ocorrer a partir da disseminação ou metástase de outros tipos de câncer a partir de diferentes áreas do corpo (INCA, 2018). Neste sentido, a consulta de enfermagem possibilita a avaliação e execução para uma boa Sistematização da Assistência de Enfermagem, onde visa minimizar os efeitos lesivos ocasionados por essa doença e propiciar uma melhor qualidade de vida à pessoa com o diagnóstico de câncer pélvico.

O linfoma não Hodgkin difuso de grandes células (imunohistoquímico): é um tipo de neoplasia que cresce nos linfonodos. Ocorrendo no momento em que uma célula normal do sistema imunológico responsável por defender o organismo de infecções, se multiplica desordenadamente, sem parar, e espalha-se pelos linfonodos (INCA, 2020).

Lavar as mãos e fazer desinfecção com gel glicerinado por 30 segundos, cada vez que for atender ao cliente; Orientar familiares, por ocasião da visita, ao usar máscaras, luvas, e avental de contágio; Manter dieta, cozida: alimentos crus são susceptíveis de contaminação; realizar desinfecção dos materiais de uso exclusivo do paciente: estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro, bomba de infusão; ter o máximo de cuidado com punções venosas, tanto periféricas quanto centrais, pois podem ser porta de entrada para microrganismos oportunistas, lembrando que é preconizada a troca do dispositivo de punção periférica a cada 48 horas, bem, esses são os cuidados básicos que podem variar de acordo com a classificação de linfoma.

A atenção às famílias é o principal objetivo do acompanhamento domiciliar. Conhecer o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve influenciar nas formas de atuação dos profissionais, permitindo a criação de novos conceitos e intervenções e, conseqüentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos que as famílias obtêm (SAKATA et al; 2007).

Durante o acompanhamento domiciliar, o enfermeiro tem o papel de facilitador

das descobertas e reflexões dos sujeitos sobre a realidade, cabendo aos indivíduos o direito de escolher as alternativas. (SOUZA; WERGNER; GORINI 2007). Tal ferramenta não deve se delimitar a medidas assistenciais, ela deve se associar com a prática de educação em saúde, tendo em vista a promoção da saúde e prevenção de doenças (MANDÚ et al; 2008).

Portanto, percebe-se, que através dessa estratégia é possível conhecer o ambiente familiar e domiciliar dos usuários, trabalhando em busca da ampliação dos seus conhecimentos relativos para uma melhor promoção, prevenção e recuperação da saúde. O acompanhamento domiciliar ajuda o enfermeiro a ter conhecimento sobre o indivíduo, para que assim, possa prestar assistência integral à saúde e com isso, planejar melhor a sua assistência de acordo com os recursos que dispõe a família.

Diante do exposto, o estudo objetivou relatar a experiência da assistência de enfermagem em domicílio ao paciente em tratamento de neoplasia pélvica com o diagnóstico de câncer pélvico.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por uma acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, durante a disciplina de semiologia e semiotécnica em enfermagem, no período de novembro de 2014 a janeiro de 2015. Foi utilizado um instrumento de coleta de dados para realizar o histórico de enfermagem, com elaboração de diagnósticos de enfermagem, baseadas na NANDA-I. Foi solicitada a autorização escrita para o relato de experiência, obedecendo às preconizações da Resolução 466/12.

O relato de experiência é um tipo de pesquisa que delinea exatamente uma dada vivência que possa contribuir de forma importante para uma área de atuação. Ele traz as metodologias para as ações tomadas na situação e as considerações que a vivência proporcionou ao indivíduo ou grupo que a vivenciou (RODRIGUES et al, 2014).

A relevância de um relato de experiência está na importância dos problemas apresentados, no nível de generalização e aplicação de procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, documenta todo o percurso vivenciado pelo aluno em sua experiência prática, trazendo assim uma colaboração à práxis metodológica da área à qual pertence (DE BIASI; PEDRO, 2009).

Para realização da coleta de dados, e operacionalização da SAE, constituídas através de entrevistas e exame físico, informações essas colhidas durante as visitas no domicílio e posteriormente submetidos à análise de conteúdo. E partir

dessa coleta foram identificados os diagnósticos de enfermagem utilizando-se a taxonomia de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), é o sistema de classificação mais usado no mundo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE

Histórico

O cliente J.M.G.B, 24 anos, masculino, portador das seguintes patologias: Lesão axonal crônica (desnervação, reinervação) do plexo lombo sacral direito, osteomielite com formação de abscessos em sacro e osso ilíaco direito, desenvolvimento de câncer (pélvico) Linfoma não Hodgkin difuso de grandes células (imunológico), tumor ósseo ilíaco direito: Neoplasia indiferenciada de pequenas células, HCV+ (Hepatite C, tipo 1b) com leve aparência no fígado. O mesmo faz uso dos seguintes medicamentos: Morfina, dolantina, amitriptilina, diazepam. Na infância desenvolveu herpes zoster facial, onde teve a perda da visão do lado direito, foi internado no ano de 2012 durante cinco meses em (Hospital X), em fevereiro de 2012 teve o diagnóstico de osteomielite, em maio do mesmo ano Neoplasia, em setembro de 2012 já deu início a quimioterapia, no qual sentiu afetar seu humor, perda de apetite, queda de cabelo, baixou a calcificação dos ossos, tontura, vômito, mas relata que o pior é o mal estrar, fez oito sessões terminando em janeiro de 2013, tem o acompanhamento de uma nutricionista, o mesmo já se encontra bem e fazendo acompanhamento com a equipe multiprofissional, mostra-se consciente o mesmo não possui histórico de câncer a família.

Diagnósticos, prescrições, intervenções de enfermagem e resultados esperados.

| Diagnóstico de Enfermagem: Dor crônica relacionada à incapacidade física crônica evidenciada por relato verbal de dor. | |
|---|--|
| Prescrições de Enfermagem | Intervenções |
| 1. Avaliar o nível de manifestação da dor durante a manifestação de procedimentos e nos períodos de descanso. | * Avaliar condição associada à dor crônica, para identificar os clientes que podem sentir dor por períodos mais longos que o normal; |
| 2. Após administrar o medicamento avaliar e registrar os resultados. | * Avaliar os comportamentos gerados pela dor; |
| 3. Estimular o paciente a falar sobre a dor e sobre o quanto a dor persiste após a medicação. | * Oferecer informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico. |
| Resultados Esperados: * O cliente deverá apresentar melhora na dor relatando bem-estar em até três semanas. | |

| Diagnóstico de Enfermagem: Conforto prejudicado relacionado a sintomas da doença evidenciado por relato de falta de satisfação com a situação. | |
|---|---|
| Prescrições de Enfermagem | Intervenções |
| 1. Orientar o cliente a dormir em uma cama mais confortável. | * Determinar o tipo de desconforto que o cliente está experimentando, tal como a dor física, sentimento de insatisfação, falta de contentamento com as condições sociais ou incapacidade de colocar-se acima dos problemas ou da dor (capacidade de transcender). |
| 2. Procurar locais confortáveis e tranquilos. | * Determinar como o cliente está controlando sua dor e os componentes da dor. . |
| Resultados Esperados: * O cliente deverá apresentar melhora no conforto mostrando satisfação com a situação em até 24 horas. | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Risco de infecção relacionada a procedimentos invasivos. | |
| Prescrições de Enfermagem | Intervenções |
| 1. Monitorar a temperatura corporal a cada 4 horas. | * Detectar os fatores de risco para infecção. |
| 2. Avaliar resultados laboratoriais e observar e anotar sinais e sintomas de infecção. | * Verificar se há sinais e sintomas de sepse (infecção sistêmica), febre, calafrios, sudorese, alterações do nível de consciência, hemoculturas positivas. |
| Resultados Esperados: * O cliente deverá apresentar diminuição do risco de infecção com quantidade pequena de processos invasivos em até 48 horas. | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Insônia relacionada a depressão evidenciada relato de dificuldade para adormecer. | |
| Prescrições de Enfermagem | Intervenções |
| 1. Diminuir fatores que possam trazer ansiedade ao cliente. | * Rever avaliação psicológica e atentar para as características individuais e de personalidade que os transtornos de ansiedade ou a de depressão seja a causa do transtorno do sono. |
| 2. Evitar processos desnecessários durante o sono. | * Assegurar um ambiente tranquilo e aplicar as medidas para aumentar o conforto. |
| Resultados Esperados: * O cliente deverá apresentar melhora no sono com padrão normal para adormecer em até sete dias. | |
| Diagnóstico de Enfermagem: Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais relacionada a fatores evidenciada por relato de ingestão inadequada de alimentos menor eu a PDR (Porção Diária Recomendada). | |
| Prescrições de Enfermagem | Intervenções |
| 1. Orientar em uma alimentação rica em fibras que possa suprir as necessidades do organismo. | *.Avaliar a disponibilidade e utilização dos recursos financeiros e do sistema de apoio, verificar a possibilidade de adquirir e armazenar vários tipos de alimentos; |
| 2. Investigar as preferências alimentares do cliente. | *.Verificar se o cliente entende suas necessidades nutricionais, para determinar se ele ou outras pessoas significativas precisam de informações; |
| Resultados Esperados: * O cliente deverá apresentar nutrição equilibrada de alimentos em até sete dias. | |

Evoluções

10/11/2014 às 14h00 min. Cliente encontra-se em sua residência, consciente, orientado, verbalizando, acianótico, com ausência de mancha, hematoma ou marcas, hidratado, hipocorado, febril, no exame de cabeça e pescoço não há presença de lesões na cavidade oral e no couro cabeludo, ou na língua, cicatriz e perda de visão no olho direito, pupila esquerda isocórica, tireoide palpável, FTV normal, som claro a percussão, tórax simétrico sem abaulamentos, ausculta cardíaca ritmo regular, com BCNF em 2T, avaliação gastrointestinal apresenta a palpação do fígado, ruídos hidroaéreos presentes intermitentes, presença de dor nos MMII, ausência nos MMSS, diurese presente, eliminação intestinal irregular. **SSVV: 120X80mmHg, FC: 70 BPM, R: 15 IRPM, P: 70 BPM, T: 39°, PESO: 69 KG, ALTURA: 1m90cm, IMC: 19,11 KG/M2.** O cliente está com o peso ideal.

15/12/2014 às 17h45 min. Cliente jovem, portador de câncer pélvico, encontra-se em sua residência, consciente, orientado, verbalizando, deambulando, hidratado, hipocorado, afebril, queixa-se de dores em MMII, ao exame físico, cavidade oral e couro cabeludo sem lesões, a ausculta pulmonar FTV normal, MV presentes, ausculta cardíaca BCNF em 2T, avaliação gastrointestinal, apresenta dor abdominal a palpação, ruídos hidroaéreos presentes, insônia, diurese presente, regularizando eliminações intestinais com alimentos adequados para evitar constipação. **SSVV: PA: 120X60 mmHg, FC: 75 BPM, R: 15 IRPM, P: 75 BPM, T: 36°, PESO: 69 KG, ALTURA: 1m90cm, IMC: 19,11 KG/M2.**

10/01/2015 às 16h00 min Cliente jovem, portador de câncer pélvico, encontra-se em sua residência, consciente, orientado, verbalizando, deambulando, hidratado, hipocorado, hipertérmico, queixa-se de dores em MMII, ao exame físico, cavidade oral e couro cabeludo sem lesões, a ausculta pulmonar FTV normal, MV presentes, ausculta cardíaca BCNF em 2T, avaliação gastrointestinal, apresenta dor abdominal a palpação, ruídos hidroaéreos presentes, sono preservado, diurese presente, eliminação intestinal melhorada, inicia seu tratamento para Hepatite C. **SSVV: PA: 120X80 mmHg, FC: 70 BPM, R: 15 IRPM, T: 39°, PESO: 70 KG, ALTURA: 1m90cm, IMC: 19,11 KG/M2.**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se a importância da sistematização da assistência de enfermagem como um meio para organizar e sistematizar o cuidado de acordo com as reais necessidades do cliente, como também o acompanhamento mais próximo possibilitando produzir conhecimentos que fundamentem as ações de cuidado visando assim uma melhor resolução, diante disso observaram-se resultados positivos e uma significativa evolução do quadro clínico do paciente.

O acompanhamento domiciliar propicia ao enfermeiro participar do cotidiano daquele cliente, lhe proporcionando um maior vínculo. Além de permitir a avaliação do estado de saúde no domicílio, favorecendo o desenvolvimento e fortalecimento de relações mais afetivas com a família. Com essa estratégia a pessoa pode ser mais assistida detalhadamente, focando todas as suas necessidades de saúde, onde o profissional de enfermagem irá trabalhar em cima de suas fragilidades montando a assistência de acordo com as necessidades de cada usuário.

O enfermeiro é responsável por atenderem às necessidades humanas básicas, ofertando conforto e promovendo saúde aos seus usuários. Esse profissional orienta, ensina, indica os caminhos do cuidado à saúde, permitindo ao sujeito cuidar de sua própria saúde. Promovendo ações educativas que com intuito de promover a saúde e prevenir doenças. Podendo assim empregar em conjunto com as visitas a SAE, devendo o atendimento ser individualizado e mais amplo, obtendo resultados eficazes que não seja pautada somente nas doenças.

Foi possível identificar a importância de cada etapa da sistematização da assistência de enfermagem junto às visitas domiciliares visto que houve uma evolução positiva na vida do paciente do estudo em questão devido às orientações e cuidados prestados.

REFERÊNCIAS

BIASI, L.; PEDRO, E.N.R. Vivências de aprendizagem do cuidado na formação da enfermeira. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, set. 2009.

DOENGENS, NARILYNN et al, DE. Diagnostico de Enfermagem/Intervenções/Prioridades/ Fundamentos, tradução, Carlos Henrique Consedey 12ª edição, 2013.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Linfoma não Hodgkin. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/linfoma-nao-hodgkin>> Acesso em: 20/07/2020, às 18:00.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Definição do Câncer**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: < <https://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee> > Acesso em: 16/07/2020, às 14:00.

MANDÚ, E.N.T; GAÍVA, M.A.M; SILVA, M.A; SILVA, A.M.N. Visita domiciliára sob o olhar de usuários do programa saúde da família. Texto **Contexto-Enferm**. 2008.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificação 2012-2014**. Porto Alegre(RS): Art; 2012

RODRIGUES, A.E.B. et al. Desafios e potencialidades da classe hospitalar em um hospital geral: relato de experiência. **Revista de Enfermagem UFPE On Line. Recife. Vol. 8, n. 8, p. 2920-2924, 2014.**

SAKATA, K.N; ALMEIDA, M.C.P; ALVARENGA, A.M; CRACO P.F; PEREIRA MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev Bras Enferm.** 2007.

SOUZA, L.M; WERGNER, W; GORINI, M.I.P.C. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo no contexto domiciliar. **Rev Latino-Am Enfermagem.** 2007.

CAPÍTULO 2

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE AS TECNOLOGIAS APLICADAS NO PACIENTE POLITRAUMATIZADO NA TERAPIA INTENSIVA

Data de aceite: 01/10/2020

Ana Caroline Souza

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus - AM, Brasil

Brenda Caroline Cardoso

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus - AM, Brasil

Carla Ingride de Paula

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus - AM, Brasil

Moacir Portela de Moraes Junior

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus - AM, Brasil

Ronny Cley Almeida Batista

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus - AM, Brasil

Valcinei Gomes Pinto

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus - AM, Brasil

Luciana Mendes de Mendonça

Universidade do Estado do Amazonas-UEA
Manaus, AM, Brasil

Tassia Neix Barbosa

Universidade Federal do Amazonas-UFAM
Manaus, AM, Brasil

Leandro Pimentel

Faculdade Estácio do Amazonas
Manaus - AM, Brasil

RESUMO: O objetivo do estudo foi analisar a relação dos profissionais de enfermagem com os

modelos de tecnologias aplicados na assistência ao paciente vítima de múltiplos traumas em UTI. Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura, utilizando as bases de dados SciELO, BDEF e LILACS. Para a seleção dos artigos consultou-se o DeCS, com os descritores: tecnologia, múltiplos traumas, terapia intensiva. Selecionou-se 8 artigos que apontavam em seus conteúdos os tipos de tecnologias, leve, leves-duras e duras, utilizadas no âmbito da terapia intensiva, pelo enfermeiro. Constatou-se que o enfermeiro apesar de estar inserido em um ambiente em sua maioria composto por tecnologias duras, tem maior domínio em tecnologias leves-duras devido sua atribuição de coordenação da equipe, sistematização e planejamento do cuidado de enfermagem, prevenção de complicações e associado ao acolhimento humanizado com uma escuta especializada. Entretanto não deixa lacunas no domínio em tecnologias duras com a manipulação de equipamentos, aparatos de exames demonstrando que o enfermeiro em âmbito intensivo possui um amplo conhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de enfermagem; traumatismo múltiplo; tecnologias.

NURSING ASSISTANCE IN FRONT OF THE TECHNOLOGIES APPLIED TO THE POLITRAUMATIZED PATIENT IN INTENSIVE THERAPY

ABSTRACT: The aim of the study was to analyze the relationship of nursing professionals with the models of technologies applied in the care of patients who suffer multiple trauma in the ICU. It was an integrative literature review, using the SciELO, BDEF and LILACS databases. For the

selection of articles, DeCS was consulted, with the descriptors: technology, multiple traumas, intensive care. We selected 8 articles that pointed out in their content the types of technologies, light, light-hard and hard, used in the context of intensive care, by nurses. It was found that the nurse, despite being inserted in an environment mostly composed of hard technologies, has greater dominance in light-hard technologies due to his team coordination assignment, systematization and planning of nursing care, prevention of complications and associated to humanized reception with specialized listening. However, it does not leave any gaps in the domain of hard technologies with the manipulation of equipment, exam apparatus demonstrating that nurses in an intensive scope have extensive knowledge.

KEYWORDS: Multiple trauma; nursing care; technologies.

1 | INTRODUÇÃO

Conceitualmente segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS/ONU, 2011), o trauma é um evento desagradável com potencial de causar diferentes lesões, sejam do tipo físicas e/ou mentais, de sequelas temporárias ou permanentes, levando ou não um indivíduo a óbito. O trauma se configura como uns dos grandes problemas de saúde pública mundial, possuem elevadas taxas de mortalidade e são a principal causa de morte de muitos países, além mesmo de patologias e comorbidades mais conhecidas. No Brasil, as causas externas se tornam o maior motivo de internações hospitalares por múltiplos traumas, como acidentes de trânsito, quedas, queimaduras, (MASCARENHAS; BARROS, 2015). E muitos dos casos de pacientes vítimas de trauma, acabam tendo uma evolução clínica agravada possibilitando uma assistência em uma unidade de terapia intensiva. O politrauma ocorre quando existem múltiplas lesões que venham desencadear falhas em vários órgãos e sistemas, mesmo que não seja diretamente lesionado pelo traumatismo (COBRALT, 2017).

E neste contexto, os profissionais de enfermagem são de fundamental importância na assistência ao politraumatizado, considerando que o mesmo deve ter um amplo conhecimento das áreas e fisiologias dos sistemas vitais lesionados dando ênfase aos cuidados específicos necessários ao indivíduo acometido pelos múltiplos traumas, é um trabalho de exercício complexo de grande responsabilidade que exige muito do enfermeiro e do técnico de enfermagem (FONSECA, 2018).

O ambiente de uma unidade de terapia intensiva é composto pelos mais diversos tipos de tecnologias que são utilizadas pela enfermagem em prol da restauração da integralidade da saúde do indivíduo, dentre elas, classificam-se as tecnologias duras, relacionada aos insumos complexos de equipamentos de suporte e monitoramento vital, exames e diagnósticos. As tecnologias leves-duras é a associação entre o conhecimento do profissional com a intervenção do mesmo, ter a base científica e aplicar isso funcionalmente através de procedimentos. As

tecnologias leves se fazem presentes no contexto interpessoal das relações humanas, é o acolhimento, a escuta qualificada entre o profissional e sua interação com o paciente (CESTARI, 2015).

2 | METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método de pesquisa que permite realizar a síntese de dados dos trabalhos antes publicados das mais diversas metodologias, obtendo assim uma fundamentação teórica acerca da temática abordada, construindo uma estrutura do conceito e dá sustentação ao desenvolvimento do trabalho (SOARES et al., 2014). Como guia norteador no referido estudo, levantou-se a seguinte questão: Qual a relação da equipe de enfermagem face as tecnologias utilizadas no paciente politraumatizado no âmbito da terapia intensiva? A busca foi realizada no período de março a abril de 2020, utilizando-se as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Base de Dados da Enfermagem (BDENF), baseado nos descritores em Ciências da Saúde: “tecnologias”, “assistência de enfermagem”, “traumatismo múltiplos” “terapia intensiva”.

Para a seleção dos artigos, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos com a temática inerente ao assunto abordado neste estudo; indexados nas bases de dados LILACS, SciELO e BDENF; possuírem publicações no período de 2015-2020; integra disponibilidade para leitura. Os artigos excluídos com os critérios: publicações duplicadas; artigos com disponibilidade apenas para a compra; artigos sem contexto com a temática do estudo a ser revisado; artigos publicados anteriores ao ano de 2015. Após pesquisa nas bases de dados através dos descritores, foram localizados 61 artigos na BDENF, 170 na LILACS e 75 na SciELO. Foram utilizadas 3 etapas para a seleção das amostras. Primeiramente com a leitura dos títulos, realizando a exclusão dos que não abordassem a referida temática. Após, realizado a leitura prévia do resumo dos artigos para uma maior identificação do trabalho. Após a segunda etapa, realizado a busca dos artigos disponíveis em sua integralidade.

Ao final das etapas, a revisão integrativa foi composta por 8 artigos, que para a facilidade da análise dos estudos, foram inseridos em quadro de caracterização dos artigos, categorizados em: autor/ano, base de dados, metodologia, resultado e conclusão.

3 I RESULTADOS

| Ordem | Autor/ano | Base de dados | Metodologia | Resultado | Conclusão |
|-------|--|---------------|---------------------|--|--|
| 1 | CESTARI et al (2015) | BDEF | Revisão Integrativa | O estudo mostrou um domínio maior do enfermeiro para a tecnologia leves-duras como classificação de riscos, gerenciamento de cuidados, ferramentas para busca dos diagnósticos de enfermagem, sistematização da assistência de enfermagem. | Apesar do domínio do enfermeiro nas três áreas de tecnologias, percebeu-se a necessidade de mais estudos sobre a sistematização da assistência, tendo em vista a importância em pacientes vítimas de trauma. |
| 2 | RIBEIRO GSR; SILVA RC; FERREIRA MA, (2015) | SciELO | Revisão Integrativa | O estudo definiu que há incidência de erros na terapia intensiva, principalmente na interação tecnologias duras. | Conclui-se que há necessidade de adotar medidas de prevenção para que eventos adversos aconteçam, principalmente como responsabilidade do enfermeiro. |
| 3 | FONSECA; F.K.S, (2018) | LILACS | Revisão Integrativa | Os pacientes politraumatizados são pacientes em quadro graves que requer uma conduta prioritizada baseada nas necessidades de cada politraumatizado | A enfermagem desempenha um papel fundamental e primordial no plano de cuidados do paciente politraumatizado, traçando uma conduta adequada para cada um. |
| 4 | SILVA, LMG (2017) | BDEF | Revisão Integrativa | O resultado desta pesquisa demonstra estrategicamente a qualificação de profissionais com uso e implantação de tecnologias de cuidado nas unidades críticas de atendimento hospitalar, como terapias intensivas e centro cirúrgico, buscando vantagens e desafios presentes. | Conclui-se que, com os investimentos e avanços tecnológicos houve melhoras no atendimento ao politraumatizado, garantindo a organização e coordenação dos serviços de enfermagem. |

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|--------|---|---|--|
| 5 | TRECOSSI et al, (2018) | BDEFN | Quantitativo Comparativo Descritivo | O resultado desta pesquisa demonstra estrategicamente a qualificação de profissionais com uso e implantação de tecnologias de cuidado nas unidades críticas de atendimento hospitalar, como terapias intensivas e centro cirúrgico, buscando vantagens e desafios presentes. | Conclui-se que, com os investimentos e avanços tecnológicos houve melhoras no atendimento ao politraumatizado, garantindo a organização e coordenação dos serviços de enfermagem. |
| 6 | CARVALHO; FC (2018) | LILACS | Descritivo Exploratório de Abordagem Quanti-Qualitativa | Este estudo revelou que apesar da tecnologia dura ser necessária no ambiente de UTI, alguns profissionais de enfermagem apercebem como um fator negativo para a proximidade da equipe de enfermagem ao paciente, pois alegam que após sua inserção não mais se aproximam do cliente para aferir sinais vitais ou obter parâmetros pois a máquina já os exibem | Conclui-se que a formação excessivamente biomédica, dimensionamento de pessoal ineficaz, educação permanente em humanização deficiente, tecnicismo do ambiente, rotinas e protocolos que burocratizam o serviço, além da sobrecarga de trabalho foram levantados como óbices ao cuidado integral |
| 7 | FERNANDES et al (2017) | BDEFN | Estudo teórico de análise descritiva | Foi identificado um cuidado em protocolos assistenciais | Que tenha um olhar além da clínica médica. |
| 8 | LIMA AA, JESUS DS, SILVA TL. (2018) | SciELO | Qualitativo descritivo, transversal | Percebeu-se uma predominância de jovens adultos homens | Compreende-se por meio deste estudo que homens jovens são vítimas de acidentes automobilístico. |

Quadro 1. Características dos estudos selecionados.

4 | DISCUSSÃO

A enfermagem é bastante significativa em todo o panorama hospitalar, mas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é desafiada em consequência da complexidade de assistência neste âmbito. A aplicação da tecnologia pode se transverter em obstáculos quando não se possuem a competência adequada em relação às suas metodologias e repercussões de acordo com as suas atribuições ao cuidado.

De acordo com Cestari et al (2015), se faz necessário uma adequação do enfermeiro no cuidado ao paciente vítima de trauma independentemente da sua

etiologia, adequação essa que se desenvolve através do uso de tecnologias, e o enfermeiro deve dominar os três modelos de tecnologia, com um ênfase mais destacado para as leves, e leves-duras, devido a própria essência da profissão, qualificada originalmente como especialista no cuidado, na escuta e acolhimento humanizado, definindo que o enfermeiro tem maior domínio nesse campo de atuação, mas sem deixar lacunas nos demais conhecimentos.

Entretanto, foram identificadas falhas envolvendo as tecnologias duras em terapia intensiva, como o uso inapropriado e falha de equipamentos, iatrogenias em procedimentos invasivos (RIBEIRO; SILVA; FERREIRA, 2015).

Segundo Silva (2017), o desenvolvimento de atividades educativas e tecnológicas sobre o atendimento ao paciente politraumatizado, apresentam resultados positivos no conhecimento teórico da equipe de enfermagem, bem como a realização de ações que têm por finalidade a melhoria nos cuidados assistenciais às vítimas no momento pós-acidente. Diariamente tecnologias auxiliam equipes na oferta de assistência intra-hospitalar ao politraumatizado de forma sistemática, permitindo conhecimento e habilidades essenciais para promoção e assistência ao paciente, assim restabelecendo as condições de saúde o mais precocemente possível. Percebe-se que os profissionais da enfermagem empregam as tecnologias do cuidado ao paciente visando à melhoria assistencial proporcionada por elas, visto que esta engloba todos os aspectos do cuidar.

É importante destacar, especificamente, aspectos ao conhecimento sobre o atendimento emergencial intra-hospitalar ao politraumatizado, pois exige da equipe controle emocional, flexibilidade, capacidade de saber ouvir, ceder confiabilidade pela equipe, ceder suporte familiar e ao paciente, buscando conhecimentos específicos para o desenvolvimento nas técnicas de cuidados, de modo que a equipe de Enfermagem e saúde busquem sempre manter a competência e bons resultados no atendimento (TRECOSI et al, 2018).

A atenção ao paciente politraumatizado no atendimento inicial da unidade de emergência consiste em um exame primário com avaliação de vias aéreas, respiração, circulação e um breve exame neurológico, após, caso seja necessário, devem ser iniciadas medidas de ressuscitação, exame secundário e monitorização do paciente até que seu estado de saúde seja estável, afirmando que o atendimento ao paciente politraumatizado, é uma ação de responsabilidade do enfermeiro e de sua equipe a precaução da ocorrência de novos danos, otimizando e potencializando o cuidado a esses pacientes, visto que estes já se encontram em uma situação de extrema fragilidade por tanto humanização está ligada à busca interminável do conforto e bem-estar físico, psíquico e espiritual do paciente e suas famílias, o cuidado deve abranger todas as dimensões do ser humano, com as demandas biológicas, sociais, psíquicas e espirituais, permitindo que possam satisfazer às

necessidades das pessoas (FONSECA, 2018).

Os pacientes acometidos por lesões traumáticas grave, admitido em UTI tem déficit relacionada a várias complicações evidenciada pela perda significativa de massa muscular e déficit motores e cognitivos. A idade, trauma cranial, tempo de internação da UTI, condições preexistentes, necessidades de intervenções cirúrgicas com isso podem proporcionar melhor qualidade de vida, por tanto, para se alcançar uma efetividade das prioridades de condutas baseadas nas necessidades de cada politraumatizado uma assistência de enfermagem com cientificidade é indispensável pois, facilita a avaliação da assistência prestada. Com tudo é importante ressaltar o conhecimento universal do processo de enfermagem é como metodologia mundial para sistematizar e organizar o cuidado de modo que possa agir estabelecendo prioridades mantendo o foco na execução das tarefas. Conhecendo a complexidade e especificidades dos atendimentos esses pacientes necessitam cada vez mais de uma maior atenção de toda a equipe de enfermagem, onde se faz necessário uma adequada integração de equipes, demarcada por um processo de apoio mútuo entre todos os assistentes de saúde (FONSECA, 2018).

Em concordância com Carvalho (2018), a enfermagem é bastante significativa em todo o panorama hospitalar, mas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é desafiada em consequência da complexidade de assistência neste âmbito. A aplicação da tecnologia pode se transverter em obstáculos quando não se possuem a competência adequada em relação às suas metodologias e repercussões de acordo com as suas atribuições ao cuidado.

O avanço tecnológico na saúde é uma conquista sendo sua relevância inquestionável, porém refletida quanto à forma como utilizamos. O ato de promover conforto é intrínseco à prática de enfermagem e imprescindível ao cuidado humano, todavia minimizado perante às tecnologias em ambientes complexos (CAVALCANTE et al., 2015).

Conforme Carvalho et al, (2018), o profissional de enfermagem é imprescindível na promoção de segurança do paciente no decorrer do processo assistencial na UTI, visto que é de competência de o enfermeiro coordenar a assistência de enfermagem realizada ao paciente. Desse modo, a prestação de assistência do paciente requer da enfermagem um desempenho mais abrangente e especializado. Sendo assim, a aplicação de tecnologias tem como finalidade uma taxa reduzida de desfechos indesejados, o comprometimento desse profissional com a avaliação e prevenção, e com a necessidade do mesmo em adquirir conhecimentos científicos, assim dispondo como garantia de um cuidado adequado e de qualidade ao paciente politraumatizado.

Segundo Fernandes et al, (2017), entende-se que os pacientes em tratamento intensivo não buscam apenas um acompanhamento clínico de sua patologia, mas

profissionais que o acolham e os compreendam além do processo de adoecimento como sujeitos com suas subjetividades e singularidades.

Ressalta-se que entre os profissionais que atuam em UTI, o enfermeiro é responsável pelo planejamento da assistência proporcionando atendimento contínuo ao paciente crítico, de maneira sistematizada, o que exige fundamentação teórica para a aplicar o raciocínio clínico e a habilidade técnica (LIMA; JESUS; SILVA, 2019).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do enfermeiro em alta complexidade na assistência ao paciente politraumatizado exige que o mesmo tenha amplitude no conhecimento para lidar com as tecnologias envolvidas. O paciente vítima de múltiplos traumas requer cuidados contínuos com um planejamento traçado do cuidado a ser realizado, contribuindo com sua recuperação. O planejamento de tal estratégia configura um grande exemplo de tecnologia leve-dura praticada pelo enfermeiro.

REFERÊNCIAS

CESTARI, V. R. F. et al. Tecnologias Do Cuidado Utilizadas Pela Enfermagem Na Assistência Ao Paciente Politraumatizado: Uma Revisão Integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 701–710, 2015.

COBRALT - Comitê Brasileiro das Ligas do Trauma. O que é trauma? Disponível em: <http://cobralt.com.br/o-que-e-trauma/>. 2017.

CARVALHO, F. C. **Assistência de enfermagem frente a tecnologia dura em unidade de terapia intensiva: estudo a luz da teoria do conforto**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

FERNANDES, P.K.R.S et al. O sintoma e suas implicações na prática clínica do enfermeiro em unidades de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem UERJ**. 2017

FONSECA, F.K.S. **Assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado na unidade de terapia intensiva**. Monografia (Graduação em Enfermagem) Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró. 2018

LIMA, A.A; JESUS, D.S; SILVA, T.L. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28(3), e280320, 2018.

MASCARENHAS, M.DM; BARROS, M.B.A. Caracterização das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde, Brasil, 2011, **Rev. Bras. epidemiol. (online)**, 2015, vol.18, n4, pp.771-784.

RIBEIRO, G.S.R; SILVA, R.C; FERREIRA, M.A. Tecnologias na terapia intensiva: causa dos eventos adversos e implicações para a enfermagem. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 2016;69(5):915-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690505>

GIUNTA DA SILVA, L. M. Competências Digitais: Essenciais Para Enfermeiro? **Revista SOBECC**, v. 22, n. 3, p. 122, 2017.

TRECOSSI et al. Intervenções educativas sobre o atendimento hospitalar inicial ao politraumatizado. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 12(1):75-82, jan., 2018.

CAPÍTULO 3

CARACTERÍSTICAS DAS NOTIFICAÇÕES DE AGRAVOS E DOENÇAS RELACIONADAS AO TRABALHO NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 07/07/2020

Kely Regina da Silva Lima Rocha

Instituto Federal de Alagoas
Maceió - Alagoas
<https://orcid.org/0000-0002-6937-898X>

Livia de Gois Cavalcante

Sociedade de Ensino Universitário do Nordeste
Maceió - Alagoas
<https://orcid.org/0000-0002-1434-7051>

Maria Iasmin da Silva Campus Ferreira

Sociedade de Ensino Universitário do Nordeste
Maceió - Alagoas
<https://orcid.org/0000-0003-2621-1810>

Leticia Melo Moreira

Instituto Federal de Alagoas
Maceió - Alagoas
<https://orcid.org/0000-0001-8036-977X>

Kaline Delgado de Almeida Gama

Instituto Federal de Alagoas
Maceió - Alagoas
<https://orcid.org/0000-0002-4550-2165>

Roseanne de Sousa Nobre

Instituto Federal de Alagoas
Maceió - Alagoas
<https://orcid.org/0000-0002-7489-4401>

Patrícia Cavalcante de Sá Florêncio

Instituto Federal de Alagoas
Maceió - Alagoas
<https://orcid.org/0000-0002-8449-0750>

Roberta Carozo Torres

Instituto Federal de Alagoas
Maceió - Alagoas
<https://orcid.org/0000-0003-1144-9885>

Maria Lysete de Assis Bastos

Instituto Federal de Alagoas
Maceió - Alagoas
<https://orcid.org/0000-0003-1752-7645>

Talita Lucio Chaves Vasconcelos

Instituto Federal de Alagoas
Maceió - Alagoas
<https://orcid.org/0000-0001-8751-6525>

Gilberto Correia Rocha Filho

Universidade Federal de Alagoas
Maceió - Alagoas
<https://orcid.org/0000-0002-7113-2970>

Salomão Patrício de Souza França

Instituto Federal de Alagoas
Maceió - Alagoas
<https://orcid.org/0000-0001-8648-2546>

RESUMO: Os agravos e doenças relacionados ao trabalho se enquadram no grupo de notificações compulsórias que devem ser realizadas por profissionais ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde. Diante disso, esse estudo objetivou analisar os casos notificados desses eventos laborais no município de Maceió, no período de 2013 a 2016, a partir de um estudo quantitativo/descritivo de dados provenientes do SINAN. Para tanto, foram analisadas as seguintes variáveis: agravos/doenças relacionados ao trabalho, unidade

de saúde de notificação, sexo, faixa etária, ocupação, emissão da CAT e evolução do caso. Os resultados apontam uma predominância de casos de acidentes por exposição a material biológico, atingindo principalmente o sexo feminino, gênero dominante na profissão de enfermagem. Esta pesquisa traz subsídios para que as autoridades intensifiquem as ações de fiscalização e vigilância no ambiente laboral, a fim de evitar sub-registros e subnotificações que impossibilitem identificar a realidade dos casos que deveriam ser de notificação compulsória.

PALAVRAS-CHAVE: Acidentes de trabalho. Doenças profissionais. Epidemiologia. Saúde do Trabalhador. Notificação de acidentes de trabalho.

CHARACTERISTICS OF THE NOTIFICATIONS OF GRIEVANCES AND DISEASES RELATED TO WORK IN OF MACEIÓ MUNICIPALITY

ABSTRACT: Work-related injuries and illnesses fall within the group of compulsory notifications that must be carried out by professionals or those responsible for health facilities. Therefore, this study aimed to analyze the notified cases of these work events in the city of Maceió, from 2013 to 2016, based on a quantitative / descriptive study of data from SINAN. For that, the following variables were analyzed: work-related injuries / illnesses, notification health unit, sex, age group, occupation, CAT issue and evolution of the case. The results point to a predominance of cases of accidents due to exposure to biological material, affecting mainly the female sex, a dominant gender in the nursing profession. This research provides subsidies for the authorities to intensify the inspection and surveillance actions in the work environment, in order to avoid underreporting and underreporting that make it impossible to identify the reality of the cases that should be mandatory notification.

KEYWORDS: Accidents occupational. Occupational diseases. Aggravations. Work. Epidemiology. Worker's health. Occupational accidents registry.

1 | INTRODUÇÃO

O trabalho humano consiste em uma "atividade complexa, multifacetada, polissêmica, que não apenas permite, mas exige diferentes olhares para sua compreensão" (NEVES et al., 2018). Diante disso, as grandes transformações industriais e tecnológicas tornaram imperioso o conhecimento dos eventos relacionados ao trabalho na vida do trabalhador.

Como exemplo desses eventos, têm-se os acidentes de trabalho – que podem causar danos permanentes ao trabalhador – e influenciar, além da perda da sua capacidade laboral, transtornos e sofrimentos irreparáveis às suas famílias. Sob a perspectiva do Estado, são grandes problemas para a saúde pública e seguridade social. Cerca de 2,78 milhões de pessoas morrem todos os anos por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, o que gera um custo total estimado a 3,94% do PIB global (OIT, 2017).

Desde a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) pelo presidente Getúlio

Vargas houve uma unificação de toda legislação trabalhista existente no Brasil, com o objetivo de regulamentar as relações individuais e coletivas do trabalho (BRASIL, 1943). Essa iniciativa também fomentou maior atenção às questões relacionadas aos sistemas de trabalho sob o ponto de vista da saúde e segurança do trabalhador. Atualmente são 37 Normas Regulamentadoras (NR's) que podem ser aplicadas aos ambientes públicos ou privados e asseguram maior compromisso de empresas e empregadores para com a vida dos trabalhadores (ENIT, 2020).

Acredita-se que o conhecimento desperte em trabalhadores e empregadores a necessidade de adoção de medidas que fortaleçam as políticas de saúde pública, além de estimular e fiscalizar as ações instituídas de promoção e prevenção à saúde do trabalhador, bem como reduzir a ocorrência dos riscos nos ambientes laborais (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012) definiu os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância.

Os agravos e doenças relacionados ao trabalho se enquadram no grupo de eventos de saúde pública de notificação compulsória, ligados à Vigilância Epidemiológica, que se refere à comunicação obrigatória às autoridades sanitárias por médicos e outros profissionais da área, ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde públicos e privados sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública (BRASIL, 2014). As informações dos casos notificados são agrupadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que contribui para a democratização da informação e permite que todos os profissionais de saúde tenham acesso e as tornem disponíveis para a comunidade (BRASIL, 2016).

Os profissionais de saúde são agentes vigilantes dos números reais de ocorrência desses eventos, ao utilizarem as fichas de notificação e investigação. Entretanto, a subnotificação dificulta a obtenção da real noção das condições de saúde e segurança do trabalhador. Algumas questões podem colaborar para este cenário, como dúvidas a respeito dos agravos e doenças laborais, bem como a importância da notificação e do papel do profissional mediante a obrigação da notificação (MEDINA & MAIA, 2016).

Nesse cenário, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) prestam um serviço importante, uma vez que são responsáveis pelo suporte técnico, e atuam como polo irradiador de conhecimento e realização de atividades sistemáticas para os profissionais de saúde e outros trabalhadores.

Considera-se as ações de vigilância concretizadas a partir de um banco de dados sólido, um forte suporte aos atendimentos das metas dos indicadores

de saúde do trabalhador e retroalimentam o planejamento futuro. Isso envolve as notificações, que de modo compulsório, são efetuadas nos serviços de saúde.

Sendo assim, quais as características das notificações dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho no município de Maceió? Pretende-se responder a esse questionamento a partir do objetivo de analisar esses registros sob a ótica da saúde e segurança do trabalhador.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva, descritiva e de natureza quantitativa, realizada em Maceió-AL, que atualmente possui 1.012.387 habitantes e uma área de 509.552 km² (BRASIL, 2018). Foram incluídos no estudo todos os casos de agravos e doenças relacionadas ao trabalho, notificados entre os anos de 2013 a 2016. Optou-se por analisar os agravos/doenças relacionados ao trabalho, natureza da instituição de saúde de notificação, sexo, faixa etária, ocupação, emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e evolução do caso. As fichas de investigação do SINAN preconizadas pelo Ministério da Saúde subsidiaram a escolha dessas variáveis (BRASIL, 2020).

A coleta de dados foi realizada entre março e abril de 2017 direto do banco de dados do SINAN e software *TABWIN* nas dependências e com o apoio técnico do CEREST, atendendo aos princípios éticos de pesquisa, sem acesso a identificação dos trabalhadores e sob autorização da Secretaria Municipal de Saúde. O software Excel[®] permitiu a organização das informações em planilhas e a análise foi realizada por meio de estatística descritiva simples.

Os agravos e doenças foram apresentados em uma série histórica, enquanto as variáveis relativas à pessoa analisadas através de distribuição proporcional. Procedeu-se então à elaboração de tabelas e gráficos, cuja análise e discussão podem ser visualizadas na seção seguinte.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estabelecer o nexo entre a doença e a exposição do trabalhador ao agente agressor é salutar (OIT, 2013), pois acredita-se que esse fato distancie os registros da real situação de saúde loco-regional do trabalhador. Na tabela abaixo, temos a frequência dos agravos e doenças laborais em Maceió entre 2013 e 2016.

| Agravos Saúde Trabalho | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Acidente Trabalho c/ Exposição a Material Biológico (ATMB) | 441 | 483 | 491 | 569 | 1.984 |
| Acidente de Trabalho Grave | 55 | 84 | 158 | 226 | 523 |
| Câncer Relacionado ao Trabalho | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 |
| Dermatoses Ocupacionais | 0 | 1 | 3 | 2 | 6 |
| Intoxicações Exógenas | 7 | 2 | 9 | 11 | 29 |
| LER DORT* | 3 | 8 | 11 | 70 | 92 |
| PAIR** | 0 | 0 | 2 | 6 | 8 |
| Pneumoconiose | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Transtorno Mental | 1 | 4 | 10 | 34 | 49 |
| Total | 507 | 582 | 684 | 922 | 2.695 |

*Lesões por esforço repetitivo (LER)/ Doenças Osteomusculares relacionadas ao trabalho (DOT)

** Perda auditiva induzida por ruído

Tabela 1 - Frequência dos agravos e doenças relacionados ao trabalho, por ano de notificação em Maceió entre os anos 2013 e 2016.

Fonte: SINAN/ CEREST/Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

Dados Tabulados em 17.04.2017, sujeitos à revisão.

Dentre os registros analisados, destacam-se os acidentes de trabalho com exposição a material biológico (ATMB) com o total de 1.984 casos no período, seguidos por acidente de trabalho grave com 523 – e aumento gradativo ao longo dos anos – e LER/DORT com 92 casos notificados. São "considerados acidentes de trabalho aqueles com o trabalhador em exercício, na ida ou retorno do trabalho (acidente de trajeto), podendo resultar em óbito ou mutilação e aqueles em que ocorre com menores de 18 anos" (BRASIL, 2018).

Os profissionais de enfermagem são apontados como os mais atingidos pelos ATMB, sobretudo as mulheres – técnicas e auxiliares de enfermagem – durante procedimento cirúrgico e administração de medicação endovenosa, com alertas de possíveis subnotificação dos dados (SOUZA; OTERO; SILVA, 2019).

Cavalcante e colaboradores (2014) observaram a mesma predominância dos ATMB nessa categoria profissional. Essa evidência pode ser justificada pela natureza destes acidentes possibilitarem a ocorrência de doenças infectocontagiosas e incuráveis, como é o caso da AIDS, o que suscita maior preocupação para o manejo adequado e seguimento pós-exposição.

Embora os anos de 2013 e 2014 não tivessem apresentado casos de câncer relacionado ao trabalho, percebe-se oito casos nos anos seguintes, embora seja possível a subnotificação desses registros.

Alguns tipos de câncer são atribuídos à substâncias advindas de possível

exposição ocupacional, como é o caso do amianto (mesotelioma, pulmão, laringe e ovário), benzeno (leucemias), diesel (bexiga e pulmão), formaldeído (nasofaringe, leucemia), poeiras de madeira e de couro (sinonasal), sílica (pulmão), benzopireno (pulmão), níquel e ferro/aço (pulmão e bexiga), radônio (pulmão), radiação gama (leucemia, pulmão, mama, bexiga e esôfago), radiação solar (melanoma), níquel (pulmão, sinonasal), borracha (bexiga, mieloma múltiplo, leucemia e linfoma não Hodgkin) e a ocupação de pintor (pulmão e bexiga) (IARC, 2020).

Os registros de casos crescentes de LER/DORT (92) e transtornos mentais relacionados ao trabalho (38) também chamam atenção. Ambos problemas advindos com os novos processos de trabalho do século XXI, atrelados a uma série de fatores, individuais ou coletivos, e com indícios de forte relação entre eles em algumas situações (FAORO et al., 2018). Em alguns estudos, as desordens musculoesqueléticas e os transtornos mentais e comportamentais se mostram como uma das principais causas de afastamentos (SANTA-MARINHA et al., 2018).

| Unidade de Saúde Notificadora | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Públicos | 488 | 568 | 676 | 906 | 2638 |
| Privados | 19 | 14 | 8 | 14 | 55 |
| TOTAL | 507 | 582 | 684 | 920 | 2695 |

Tabela 2 - Frequência dos agravos e doenças relacionados ao trabalho em trabalhadores do município de Maceió, segundo unidade de saúde de notificação, entre 2013 e 2016.

Fonte: SINAN/ CEREST/Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

Dados Tabulados em 17.04.2017, sujeitos à revisão.

Analisando a tabela 2, pode-se afirmar que os principais serviços com casos de adoecimento laboral notificados no período de 2013 a 2016 são de instituições de natureza pública e totalizaram 2.638 notificações. Os provenientes da iniciativa privada foram 54 registros.

Destaca-se que as principais unidades notificadoras do município são aquelas denominadas como Rede Sentinela, as quais utilizam método de vigilância e monitoramento dos principais indicadores de morbimortalidade associados ao trabalho (BRASIL, 2016). As unidades sentinelas são vistas como fontes estratégicas de fornecimento de dados (notificações compulsórias) que servem de alerta de grande importância para saúde pública.

| VARIÁVEL | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | N | % |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|----------|
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 187 | 202 | 286 | 367 | 1042 | 38,7 |
| Feminino | 320 | 380 | 398 | 616 | 1653 | 61,3 |
| Total | 507 | 582 | 684 | 922 | 2695 | 100,0 |
| Raça | | | | | | |
| Ignorado/Branco | 48 | 72 | 75 | 142 | 337 | 12,5 |
| Branca | 48 | 69 | 66 | 109 | 292 | 10,8 |
| Preta | 8 | 6 | 17 | 34 | 65 | 2,4 |
| Amarela | 0 | 1 | 1 | 3 | 5 | 0,2 |
| Parda | 403 | 434 | 523 | 633 | 1993 | 73,9 |
| Indígena | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 | 0,1 |
| Total | 507 | 582 | 684 | 922 | 2695 | 100,0 |
| Escolaridade | | | | | | |
| Ignorado/Branco | 62 | 119 | 163 | 204 | 548 | 20,3 |
| Analfabeto | 0 | 4 | 2 | 8 | 14 | 0,5 |
| 1ª a 4ª série incompleta do EF | 6 | 6 | 5 | 13 | 30 | 1,1 |
| 4ª série completa do EF | 5 | 4 | 11 | 10 | 30 | 1,1 |
| 5ª a 8ª série incompleta do EF | 15 | 17 | 27 | 39 | 98 | 3,6 |
| Ensino fundamental completo | 17 | 16 | 19 | 47 | 99 | 3,7 |
| Ensino médio incompleto | 8 | 13 | 23 | 29 | 73 | 2,7 |
| Ensino médio completo | 153 | 151 | 163 | 214 | 681 | 25,2 |
| Educação superior incompleta | 99 | 98 | 91 | 118 | 406 | 15,0 |
| Educação superior completa | 142 | 153 | 177 | 238 | 710 | 26,3 |
| Não se aplica | 0 | 1 | 3 | 2 | 6 | 0,2 |
| Total | 507 | 582 | 684 | 922 | 2695 | 100,0 |
| Faixa Etária | | | | | | |
| <1 Ano | 0 | 1 | 3 | 2 | 6 | 0,2 |
| 10-14 | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 | 0,1 |
| 15-19 | 6 | 13 | 13 | 23 | 55 | 2,0 |
| 20-34 | 293 | 322 | 355 | 563 | 1533 | 54,8 |
| 35-49 | 154 | 176 | 228 | 316 | 874 | 31,2 |
| 50-64 | 51 | 67 | 80 | 111 | 309 | 11,0 |
| 65-79 | 2 | 1 | 4 | 4 | 11 | 0,4 |
| 80 e+ | 0 | 0 | 1 | 3 | 4 | 0,1 |
| Total | 502 | 582 | 684 | 922 | 2695 | 100,0 |
| 80 e+ | 0 | 0 | 1 | 3 | 4 | 0,1 |
| Total | 502 | 582 | 684 | 922 | 2695 | 100,0 |

Tabela 3 - Frequência dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho segundo sexo, raça, escolaridade e faixa etária entre residentes do município de Maceió, 2013 a 2016.

Fonte: SINAN/ CEREST/Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

Dados Tabulados em 17.04.2017, sujeitos à revisão.

Ao avaliar a variável sexo (Tabela 3) percebe-se um número maior de eventos femininos (60%) nos casos notificados. Supõe-se que isso ocorra devido aos acidentes por exposição a materiais biológicos, os quais são predominantes na área da saúde, em especial na enfermagem, que é composta em sua grande maioria

por mulheres.

Quanto à faixa etária, observou-se maior frequência no grupo entre 15 a 64 anos, destacando-se aquelas entre 20 e 34 anos (54,8%). Estudo conduzido por Santa-Marinha et al. (2018) corrobora com a presente pesquisa ao destacar que mulheres ocupantes de cargos técnicos em unidades de produção e hospitalares, na faixa etária de 25 a 34 anos, apresentam maiores chances de licença. Com relação à raça, as pessoas de cor parda apresentam uma frequência de 73% dos registros de agravos e doenças relacionadas ao trabalho. Porém, quando se analisa a escolaridade, aquelas com ensino superior completo são as mais acometidas.

Um dado que chama atenção é o número de crianças e adolescentes acometidos por agravos relacionados ao trabalho, inseridos na faixa etária de 10 a 19 anos, compondo 2% dos casos registrados. Possivelmente, a presença dos seis casos de crianças com idade inferior a um ano seja uma inconsistência no banco de dados.

A tabela 4 apresenta as três ocupações mais significativas de cada agravo e doença relacionada ao trabalho.

| | OCUPAÇÃO | | | | |
|--|----------|------|------|------|-------|
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total |
| Acidente por exposição a Material Biológico | | | | | |
| Técnico de enfermagem | 101 | 143 | 121 | 148 | 513 |
| Estudante | 92 | 116 | 95 | 119 | 422 |
| Enfermeiro | 37 | 26 | 36 | 55 | 154 |
| Acidente de Trabalho Grave | | | | | |
| Ignorada | 39 | 62 | 73 | 25 | 199 |
| Pedreiro | 3 | 1 | 7 | 24 | 35 |
| Motociclista no transporte de documentos e pequenos volumes | 0 | 0 | 2 | 12 | 14 |
| Câncer relacionado ao trabalho | | | | | |
| Trabalhador volante da agricultura | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Feirante | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Trabalhador agropecuário em geral | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Dermatose Ocupacional | | | | | |
| Servente de obras | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Pedreiro de conservação de vias permanentes (exceto trilhos) | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Armador de estrutura de concreto | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| LER/DORT | | | | | |
| Operador de caixa | 0 | 1 | 0 | 6 | 7 |
| Empregado doméstico nos serviços gerais | 0 | 0 | 1 | 4 | 5 |
| Caixa de banco | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 |
| PAIR | | | | | |
| Funileiro de veículos (reparação) | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Operador de telemarketing ativo e receptivo | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Pedreiro | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |

| Transtorno Mental relacionado ao trabalho | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Cobrador de transportes coletivos (exceto trem) | 0 | 0 | 2 | 7 | 9 |
| Motorista de ônibus urbano | 0 | 0 | 1 | 8 | 9 |
| Agente comunitário de saúde | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 |

Tabela 4 – Notificações dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho segundo ocupações mais atingidas no município de Maceió entre os anos de 2013 e 2016.

Fonte: SINAN/ CEREST/Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

Dados Tabulados em 17.04.2017, sujeitos à revisão.

Dentre as ocupações mais atingidas em cada agravo por casos, destacam-se aquelas destinadas a: técnicos de enfermagem (513) nos acidentes por exposição a materiais biológicos; pedreiros (35) nos acidentes de trabalho grave; trabalhadores agrícolas (2) no câncer relacionado ao trabalho; serventes de obras (2) nas dermatoses ocupacionais; operadores de caixa (7) nas LER/DORT's; funileiro de veículos (reparação) (1), operador de telemarketing ativo (1); receptivo e pedreiro (1) na PAIR. Para os transtornos mentais computou-se nove casos distribuídos entre cobrador de transporte coletivo (exceto trem) e motoristas de ônibus urbano.

Os resultados deste estudo corroboram com o descrito por Oliveira et al. (2017) que relataram a importância da abordagem sobre biossegurança nas instituições de ensino em enfermagem, em qualquer nível educacional. Os autores consideraram ainda a susceptibilidade do trabalho em saúde, bem como a responsabilidade do ensino para com o exercício da prática, uma vez que extrapola para a vida profissional.

Se por um lado o trabalho na enfermagem tem contribuído com o adoecimento das mulheres em sua maioria, quando se trata de outros ramos da economia, como a construção civil por exemplo, os homens estão mais expostos aos riscos de acidentes. Neste sentido, são necessárias medidas que minimizem os índices de adoecimento e morte por causas externas, a exemplo dos acidentes em exercício do trabalho ou no seu trajeto, como também as violências e suicídios, que costumam atingir a população masculina (CESARO; SANTOS; SILVA, 2018).

| EVOLUÇÃO CASO | | | | | |
|--|------|------|------|------|-------|
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total |
| Acidente de trabalho grave | | | | | |
| Incapacidade Temporária | 14 | 17 | 53 | 135 | 219 |
| Ignorado/Branco | 32 | 48 | 46 | 47 | 173 |
| Cura | 7 | 5 | 32 | 24 | 68 |
| Óbito pelo acidente | 2 | 10 | 14 | 10 | 36 |
| Incapacidade parcial permanente | 0 | 2 | 12 | 6 | 20 |
| Incapacidade total permanente | 0 | 2 | 0 | 3 | 5 |
| Outra | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Óbito por outras causas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Dermatose Ocupacional | | | | | |
| Incapacidade Temporária | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Ignorado/Branco | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Cura | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Incapacidade permanente parcial | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Outra | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Cura não confirmada | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Incapacidade permanente total | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Óbito por doença relacionado ao trabalho | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Óbito por outra causa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| LER/DORT | | | | | |
| Incapacidade Temporária | 1 | 3 | 9 | 62 | 75 |
| Incapacidade permanente parcial | 0 | 2 | 2 | 2 | 6 |
| Ignorado/Branco | 0 | 2 | 0 | 2 | 4 |
| Cura não confirmada | 1 | 0 | 0 | 2 | 3 |
| Outra | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Cura | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Incapacidade permanente total | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Óbito por doença relacionado ao trabalho | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Óbito por outra causa | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PAIR | | | | | |
| Outra | 0 | 0 | 2 | 6 | 8 |
| Ignorado/Branco | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Cura | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabela 5 – Distribuição proporcional dos agravos e doenças relacionados ao trabalho, segundo evolução do caso em trabalhadores do município de Maceió, entre 2013 e 2016.

Fonte: SINAN/ CEREST/Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

Dados Tabulados em 17.04.2017, sujeitos à revisão.

Dentre os acidentes de trabalho graves, dermatose ocupacional, LER/DORT, PAIR e transtorno mental investigados na presente pesquisa, a incapacidade temporária foi a evolução mais frequente.

Mesmo que de forma temporária, a incapacidade resultante de um acidente de trabalho impõe uma dramática descontinuidade na vida profissional e, por consequência, nas demais dimensões da existência do trabalhador. Isso pode originar uma profunda desestruturação da identidade e provocar sentimento de perda e desajuste existencial comparáveis. Além disso, a depender do tipo de acidente, a integridade física do trabalhador pode ser afetada e, conseqüentemente, a imagem que cada um constrói sobre o seu próprio corpo (LACOMBLEZ; LEITÃO, 2018).

Além disso, o retorno à vida produtiva após o adoecimento requer do empregador o desenvolvimento de ações coordenadas que abordem o problema na sua complexidade. Isto inclui medidas terapêuticas, intervenção nos ambientes e processos de trabalho e articulação entre os atores sociais e instituições envolvidas, a fim de minimizar os fatores que levaram ao adoecimento e evite que a incapacidade temporária se torne permanente com o afastamento definitivo do trabalhador (LIMA et al., 2019).

Os achados da pesquisa mostram que 58% dos casos ATMB investigados através do SINAN apresentaram abandono do tratamento, seguidos por ignorado/branco com 21%, alta em 13% dos pacientes com fontes negativas e 8% de altas sem conversão sorológica.

Esses dados apontam para uma possível problemática de saúde, uma vez que, devido ao índice elevado de abandonos, haja na verdade um desconhecimento de casos com probabilidade de conversão sorológica. Esse resultado assemelha-se a um estudo do Paraná, com elevado abandono do tratamento (65,1%) pelos trabalhadores acidentados e, como consequência, a impossibilidade de determinar se os casos de sorologia positiva para HIV, HCV e HBV foram decorrentes de exposições anteriores (GIANCOTTI, et al, 2014).

Os dados analisados apontam, ainda, que as intoxicações exógenas tiveram evolução do caso ignorada/branco (57%) ou cura sem sequela (43%). Considerando os casos analisados anteriormente, percebe-se que a qualidade das informações compromete a análise da situação de saúde em certas ocorrências. Segundo Queiroz et al. (2019) a subnotificação de casos é uma fragilidade dos sistemas de informação e por isso não se constitui como um bom sinal para o planejamento das ações de saúde pública.

| | EMISSÃO DA CAT | | | | | |
|--|----------------|------------|------------|------------|-------------|------------|
| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | TOTAL | % |
| Acidente por Exposição a Material Biológico | | | | | | |
| Ignorado/Branco | 210 | 401 | 333 | 298 | 1242 | 46,6 |
| Sim | 42 | 56 | 81 | 124 | 303 | 11,4 |
| Não | 174 | 8 | 58 | 123 | 363 | 13,6 |
| Não se aplica | 15 | 18 | 19 | 24 | 76 | 2,8 |
| Acidente de Trabalho Grave | | | | | | |
| Ignorado/Branco | 45 | 65 | 91 | 109 | 310 | 11,6 |
| Sim | 5 | 8 | 18 | 47 | 78 | 2,9 |
| Não | 5 | 10 | 45 | 63 | 123 | 4,6 |
| Não se aplica | 0 | 1 | 4 | 7 | 12 | 0,4 |
| Câncer Relacionado ao Trabalho | | | | | | |
| Ignorado/Branco | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sim | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Não | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0,1 |
| Não se aplica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Dermatose Ocupacional | | | | | | |
| Ignorado/Branco | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Sim | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Não | 0 | 1 | 3 | 1 | 5 | 0,2 |
| Não se aplica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| LER/ DORT | | | | | | |
| Ignorado/Branco | 0 | 1 | 3 | 4 | 8 | 0,3 |
| Sim | 0 | 1 | 2 | 16 | 19 | 0,7 |
| Não | 3 | 6 | 6 | 49 | 64 | 2,4 |
| Não se aplica | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| PAIR | | | | | | |
| Ignorado/Branco | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 |
| Sim | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Não | 0 | 0 | 1 | 5 | 6 | 0,2 |
| Não se aplica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho | | | | | | |
| Ignorado/Branco | 0 | 0 | 1 | 10 | 11 | 0,4 |
| Sim | 0 | 0 | 3 | 5 | 8 | 0,3 |
| Não | 1 | 0 | 2 | 16 | 19 | 0,7 |
| Não se aplica | 0 | 4 | 4 | 3 | 11 | 0,4 |
| TOTAL | 500 | 580 | 675 | 911 | 2666 | 100 |

Tabela 6 - Frequência dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho segundo emissão da comunicação de acidente de trabalho (CAT), entre residentes de Maceió, 2013 a 2016.

Fonte: SINAN/ CEREST/Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

Dados Tabulados em 17.04.2017.

| EMISSÃO DA CAT | | | | | | |
|-----------------|------|------|------|------|-------|-----|
| Pneumoconiose | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | TOTAL | % |
| Ignorado/Branco | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Sim | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Não | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Não se aplica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 500 | 580 | 675 | 911 | 2666 | 100 |

Conclusão.

Tabela 6 – Frequência dos agravos e doenças relacionadas ao trabalho segundo emissão da comunicação de acidente de trabalho, entre residente de Maceió, 2013 a 2016.

Fonte: SINAN/ CEREST/Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

Dados Tabulados em 17.04.2017

A tabela 6 apresenta a situação da informação com relação à emissão da CAT nas ocorrências de agravos ou doenças relacionados ao trabalho. Observou-se que no período de 2013 a 2016 não houve preenchimento oportuno dessa comunicação, portanto não há representatividade quanto à realidade no preenchimento desse documento, principalmente pelas empresas.

O maior número de emissões da CAT ocorreu entre ATMB (11,4%), acompanhado dos acidentes de trabalho graves (2,9%), ambos com aumento gradativo de 2013 para 2016. Vale destacar que estes e os demais agravos ou doenças relacionadas ao trabalho apresentam números extremamente baixos, tendo em vista a frequência de casos notificados por ano nas unidades de saúde apresentadas (Tabelas 1 e 2).

Há circunstâncias em que se considera "os dados das CATs com baixa qualidade, seja pela subnotificação dos acidentes, seja pela obrigação de emitir tal documento mesmo na suspeita do acidente de trabalho, conforme disciplinado pelo art. 169 da CLT" (OLIVEIRA, 2018). Além disso, as CAT's representam apenas os eventos em trabalhadores regidos pela CLT, que no Brasil, devido ao índice elevado e crescente do trabalho informal, apresentam dados incipientes para a visualização de um adequado panorama da saúde e segurança no trabalho (GOUVEIA, 2020).

4 | CONCLUSÃO

Mediante a situação evidenciada pelo estudo, pode-se afirmar que há uma necessidade de transpor barreiras na saúde do trabalhador com o fortalecimento de instituições como os CERESTs. Tal medida é importante para o atendimento

à universalidade prevista na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, visto que essas instituições capacitam servidores públicos, trabalhadores da iniciativa privada e informais e também empregadores, para o alcance de indicadores mais satisfatórios aos interesses da saúde pública.

O perfil das doenças e agravos relacionados ao trabalho, mediante notificações de casos nos anos de 2013 a 2016 apresentados no estudo, subsidiam as autoridades a fim de intensificar as ações de fiscalização e vigilância no ambiente laboral. Tal medida evitaria sub-registros e subnotificações que impossibilitem identificar a realidade dos casos e assim pactuar melhorias e qualidade no âmbito do trabalho, além da redução de riscos à saúde do trabalhador independente de sexo, raça, faixa etária, escolaridade e ocupação.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. **Aprova as consolidações da Lei do Trabalho**. Rio de Janeiro, 1943. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-5452-1-maio-1943-415500-publicacaooriginal-1-pe.html>, Acesso em: 28 de abril de 2017.
- BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Edição Federal, Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html, Acesso em: 21 de abril de 2017.
- BRASIL. Projeções da população: **Brasil e unidades da federação: revisão 2018** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – 2. ed, Rio de Janeiro: IBGE, 2018.
- CAVALCANTE. C.A.A, et al. **Perfil dos agravos relacionados ao trabalho notificados no Rio Grande do Norte, 2007 a 2009**. Epidemiol. Serv. Saúde, v. 23, n.4, p.741-752,2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00741.pdf>, Acesso em: 06 de maio de 2017.
- CESARO, B.C., SANTOS, H.B., SILVA, F. N. M. **Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem**. Rev Panam de Salud Publica. n. 42, e119, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e119/>. Acesso em: 06 de julho de 2019.
- ENIT - Escola Nacional de Inspeção do Trabalho. **Segurança e Saúde no Trabalho. Normas Regulamentadoras**. Disponível em: <https://enit.trabalho.gov.br/portal/index.php/seguranca-e-saude-no-trabalho/sst-menu/sst-normalizacao/sst-nr-portugues?view=default>, Acesso em: 05 de Julho de 2020.
- FAORO, M.W. et al., **Work-related musculoskeletal pain and its association with common mental disorders among employees of a poultry producing company in Southern Brazil**. Rev Bras Med Trab, v. 16, n. 2, p: 136-144, jun/2018. doi: 10.5327/Z1679443520180200.
- GIANCOTTI, G.M. et al. **Caracterização das vítimas e dos acidentes de trabalho com material biológico atendidas em um hospital público do Paraná, 2012**. Epidemiol. Serv. Saúde v.23 n.2 Brasília jun. 2014. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000200015. Acesso em 07 de julho de 2020.

GOUVEIA, J. M. A. **Diversificação econômica e qualidade do mercado de trabalho no Brasil : uma abordagem de regressão quantílica para dados em painel (2012-2019)**. 2020. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas) - Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2020. Disponível em :<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/341806>. Acesso em 06 de Julho de 2020.

IARC - International Agency for Research on Cancer. **List of Classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans**. Disponível em: https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2019/07/Classifications_by_cancer_site_127.pdf. Acesso em 05 de julho de 2020.

LACOMBLEZ, M.; LEITÃO, A.G. **O regresso ao emprego após um acidente de trabalho: apresentação do dossier**. *Laboreal*, v.14, n.1, p.9-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15667/laborealxiv0118ml>, Acesso em: 06 de julho de 2020.

LIMA, M. A. G et al. **Modelo lógico de um programa de retorno ao trabalho: instrumento orientador para prevenir a incapacidade**. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo , v. 44, e. 29, 2019 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572019000100305&lng=en&nrm=iso, Acesso em: 06 de julho de 2020. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000018318>.

MEDINA, F. S.; MAIA, M. Z. B. **A subnotificação de LER/DORT sob a ótica de profissionais de saúde de Palmas, Tocantins**. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v. 4, ed. 8, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100206&lng=en&nrm=iso, Acesso em: 05 de julho de 2020.

NEVES, D. R. *et al.* **Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library**. *Cad. EBAPE.BR*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.318-330, June 2018. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512018000200318&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 julho de 2020.

OIT Organização Internacional do Trabalho. **A prevenção das Doenças Profissionais**. Abril 2013. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_714586.pdf acesso em: 05 de julho de 2020.

OLIVEIRA, O. S. S. **O Fator Acidentário de Prevenção (FAP) como ferramenta de promoção da saúde e segurança do trabalhador**. In: BRASIL. Ministério da Fazenda. Informe de Previdência Social. v. 30, n. 3, Março, 2018. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/06/Informe-de-Previdencia-Marco.pdf>. Acesso em: 06 de Julho de 2020.

OLIVEIRA, J.S. *et al.* **Biossegurança sob a ótica dos graduandos de enfermagem [Biosafety in the view of final-year nursing students] [Bioseguridad bajo la óptica de los estudiantes de enfermería]**. *Revista Enfermagem UERJ*, [S.l.], v. 25, p. e14074, mar. 2017. ISSN 0104-3552. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/14074>. Acesso em: 06 de julho de 2020.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO- OIT. **Safety and health at work**. 2017. Disponível em: <http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang-en/index.htm>, Acesso em 04 de julho de 2020.

QUEIROZ, P.R. *et al.* **Sistema de Informação de Agravos de Notificação e as intoxicações humanas por agrotóxicos no Brasil.** Rev. bras. epidemiol. vol.22, São Paulo 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100434. Acesso em 06 de julho de 2020.

SANTA-MARINHA, M. S. TEIXEIRA, M, L. R., MACIEL, E. M. G. S., MOREIRA, M. F. R. **Epidemiological profile of sickness absenteeism at Oswaldo Cruz Foundation from 2012 through 2016.** Rev Bras

Med Trab. 2018;16(4): 457-65. <http://www.rbmt.org.br/details/386/pt-BR/perfil-epidemiologico-do-absenteismo-doenca-na-fundacao-oswaldo-cruz-no-periodo-de-2012-a-2016>. Acesso em: 06 de julho de 2020. doi: 10.5327/Z1679443520180307

SANTANA, V.S. *et al.* **Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos.** Revista de Saúde Pública, v. 40, n. 6, p. 1004-1012, 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n6/07.pdf>, Acesso em: 29 de março de 2017.

SOUZA, H. P., OTERO, U. B., SILVA, V. S. P. **Profile of healthcare workers involved in accidents with exposure to biological materials in Brazil from 2011 through 2015: surveillance aspects.** Rev Bras Med Trab, v. 17, n. 1, p. 106-108, 2019. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/en_v17n1a15.pdf. Acesso em 05 de julho de 2019.

CLAMPEAMENTO TARDIO DE CORDÃO UMBILICAL EM NEONATO A TERMO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 01/10/2020

Louise Cristina Bizerra de Almeida

Centro Universitário Adventista de São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/5516974485039217>

Ji Hye Park

Centro Universitário Adventista de São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/2524417573367635>

Vivian Inácio Zorzim

Centro Universitário Adventista de São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/9923633995873745>

RESUMO: Introdução: O clampeamento tardio do cordão umbilical é o ato de permitir que o recém-nascido (RN) fique ligado à mãe pelo cordão umbilical por mais alguns minutos após o parto ou até que o cordão pare de pulsar, permitindo assim que o fluxo de sangue continue passando para a criança. **Objetivo:** analisar, através de estudos recentes, os resultados do clampeamento tardio do cordão umbilical e se essa ação pode diminuir a taxa de anemia na infância e outras graves doenças que acometem o RN, como a enterocolite necrosante, a hemorragia intraventricular, os déficits motores, cognitivos e sociais. **Método:** revisão bibliográfica, realizada na Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando os descritores “clampeamento tardio”, “anemia”, “recém-nascido”, “hemorragia intraventricular” e “enterocolite necrosante”. Vinte artigos atenderam aos critérios de inclusão dessa pesquisa. **Resultados:** no protocolo de clampeamento tardio (CT), crianças nascidas de

mães não anêmicas ganharam, aos 3 meses de vida, até 4% de hemoglobina e 61% na redução da taxa de anemia. Recém-nascidos prematuros com necessidade de transfusão sanguínea foram de 1.53% em clampeamento precoce (CP), e os que tiveram o clampeamento tardio foi de 0,97%. Foi relatado aumento da ferritina nas crianças no 3º e 6º mês (111,82 µg/mL e 33,19 µg/mL respectivamente) e no grupo de clampeamento precoce os valores referidos foram (97,79 µg/mL e 24,81 µg/mL respectivamente). Houve redução de 59% de redução de hemorragia intracraniana no CT em prematuros, 62% de queda em enterocolite necrosante e 29% na queda de sepse neonatal. **Conclusão:** diante de tal situação, consideramos a importância do profissional de enfermagem junto à equipe multiprofissional para atuar como um facilitador e educador tanto da equipe profissional quanto informando às gestantes acerca dos benefícios do clampeamento tardio do cordão umbilical no RN a termo.

PALAVRAS -CHAVE: Clampeamento, Cordão Umbilical, Anemia, Enterocolite, Hemorragia.

DELAY CLAMPING OF THE UMBILICAL CORD IN A TERM NEWBORN: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Delay clamping of the umbilical cord is the act of allowing the newborn (NB) to be attached to the mother by the umbilical cord for a few more minutes after delivery or until the cord stops pulsating, thus allowing the flow of blood continues to pass to the child. **Objective:** to analyze, through recent studies, the results of late clamping of the umbilical cord and how

his action can reduce the rate of childhood anemia and other serious diseases that affect the newborn, such as necrotizing enterocolitis, intraventricular hemorrhage, motor deficits, cognitive and social. **Method:** a review of the literature, performed in the Virtual Health Library, using the descriptors “delay clamp”, “anemia”, “newborn”, “intraventricular hemorrhage” and “necrotizing enterocolitis”. Twenty articles met the inclusion criteria of this research. **Results:** in the late-clamp protocol (CT), children born to non-anemic mothers gained up to 4% hemoglobin and 61% at 3 months of life to reduce the rate of anemia. Preterm newborns requiring blood transfusion were 1.53 at early clamping, and those with delay clamping were 0.97. There was an increase in ferritin in children in the 3rd and 6th months (111.82 $\mu\text{g/mL}$ and 33.19 $\mu\text{g/mL}$ respectively) and in the early clamping group the values reported were (97.79 $\mu\text{g/mL}$ and 24.81 $\mu\text{g/mL}$ respectively). There was a 59% reduction in the rate of intracranial hemorrhage in CT in preterm infants, 62% in necrotizing enterocolitis and 29% in neonatal sepsis. **Conclusion:** In view of this situation, we consider the importance of the nursing professional, together with the multiprofessional team to act as a facilitator and educator of both the professional team and inform the pregnant women about the benefits of late cord clamping in full-term newborns.

KEYWORDS: Clamping, Umbilical Cord, Anemia, Enterocolitis, Hemorrhage.

INTRODUÇÃO

O Clampeamento tardio do cordão umbilical no recém-nascido a termo é o ato de deixar o RN ligado a mãe por mais tempo, por 3 minutos ou até cessarem as pulsações do cordão umbilical.

A deficiência de ferro na população mundial é estimada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em cerca de 42,0% em gestantes e 30,2% em mulheres em idade fértil, segundo dado estimado pela organização no ano de 2007. A criança, ao nascer, traz consigo uma gama de fatores relacionados entre si que podem levar a desenvolver anemia ferropriva já nos primeiros meses de vida (OLIVEIRA *et al*, 2014).

Oliveira *et al*, (2014), destacam que a anemia ferropriva como tendo se tornado um problema de saúde pública, pois envolve todo o desenvolvimento da criança, com fortes consequências, tanto imediatas como tardias, como a redução da eritropoiese, transporte de oxigênio reduzido, problemas de desenvolvimento físico com déficits motores, diminuição do crescimento, prejuízos enzimáticos, metabólicos e do sistema imune, como também déficit cognitivo.

Mondini *et al*, (2010), referem que, na gestação, o risco de anemia é elevado por conta de uma quantidade adicional de ferro que se faz necessária para suprir a expansão do volume sanguíneo da mãe, que aumenta cerca de 20%, e devido ao rápido crescimento do feto e da placenta.

De forma geral, a pesquisa estará baseada apenas no clampeamento tardio

do cordão umbilical em recém-nascidos a termo, através de revisão bibliográfica, onde foram usados apenas artigos que não se tratavam de outras revisões.

Para Steffen et al, (2012), o presente estudo é de grande importância para obstetras, pediatras e neonatologistas, pois envolve uma prática obstétrica que pode repercutir posteriormente nos níveis de ferritina, diminuindo a anemia infantil.

Segundo Oliveira et al, (2014), há uma necessidade da efetiva implantação desse critério nas maternidades brasileiras.

OBJETIVO

Constatar a importância da aplicação do clameamento tardio do cordão umbilical no neonato a termo e seu impacto sobre a taxa de anemia na infância. Esse estudo feito como forma de revisão bibliográfica, com a finalidade de descrever a vantagem de contribuir na diminuição da morbidade e da mortalidade infantil.

MÉTODO

A coleta de dados foi realizada via internet, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de maio a dezembro de 2018. Foram as palavras-chave:

“clameamento tardio”, “cordão umbilical”, “benefícios do clameamento” e “tempo de clameamento”.

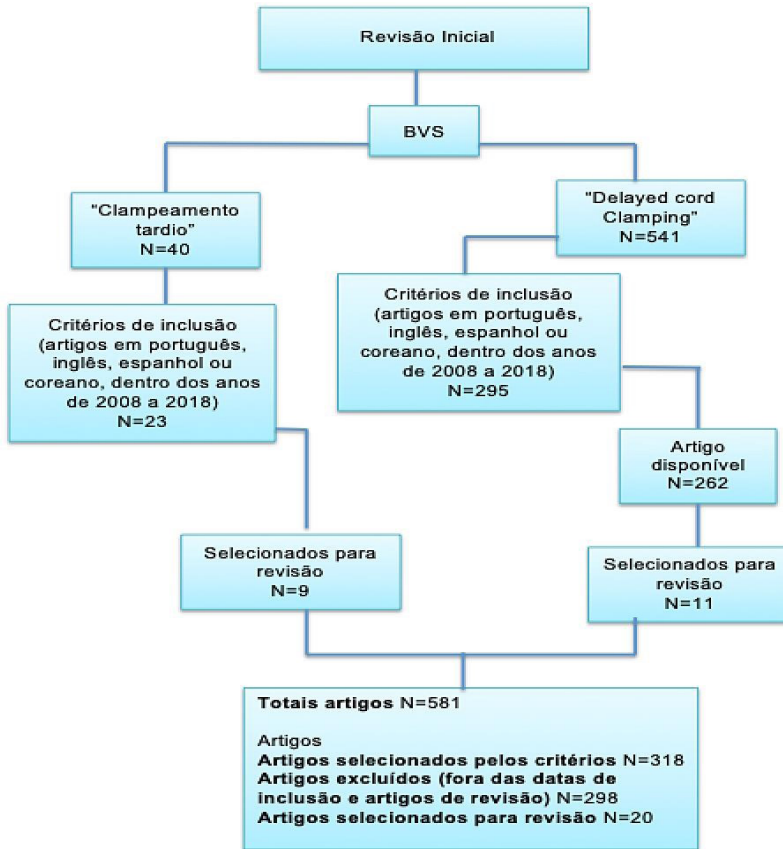
Foram lidos todos os artigos recuperados de acordo com os critérios de inclusão: língua portuguesa, inglesa, espanhola ou coreana, e estar publicados nos últimos dez anos (2008 a 2018), de acordo com o tema da monografia.

O critério de exclusão nesse trabalho serão artigos de revisão bibliográfica.

Dessa forma, foram estabelecidas categorias para a temática estudada sobre a importância e os benefícios do clameamento tardio do cordão umbilical no recém nascido a termo.

A organização dos resultados ocorreu em forma de fluxograma, quadros, gráficos e tabelas. Os passos metodológicos estão esclarecidos no fluxograma abaixo.

RESULTADOS



Quadro 1. Fluxograma dos passos metodológicos da seleção das publicações.

A pesquisa realizada na BVS possibilitou a seleção de vinte artigos, todos relacionados ao tema escolhido, que é o clampeamento tardio do cordão umbilical no recém-nascido a termo.

O ano de publicação teve uma variação entre 2008 e 2018, sendo o ano de 2012 com o maior número de artigos encontrados sobre o tema referido.

A localidade das pesquisas varia bastante, sendo onze internacionais e nove nacionais.

Em relação ao ano de publicação dos artigos, nota-se que a distribuição ficou com destaque nos anos de 2015 e 2012, onde houve maior número de artigos sobre o tema do estudo (gráfico 1).

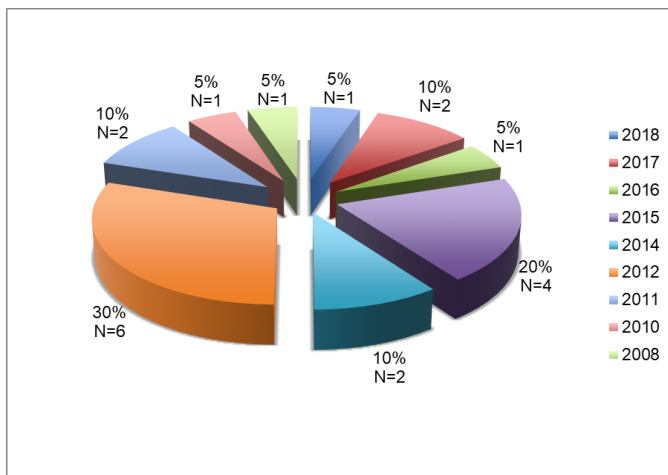


GRÁFICO 1. Distribuição dos artigos selecionados na base de dados eletrônica, segundo o ano de publicação. São Pulo, dezembro, 2018.

De acordo com o tipo de pesquisa, nota-se que a pesquisa quantitativa teve uma porcentagem de 50%, isto é, dez (N=10) artigos, enquanto a qualitativa teve uma porcentagem de 45%, isto é, nove (N=9) artigos e apenas 5%, isto é, um (N=1) artigo de pesquisa quali-quantitativa (gráfico 2). Esses dados mostram a necessidade de os estudos selecionados demonstrarem em números os principais resultados obtidos.

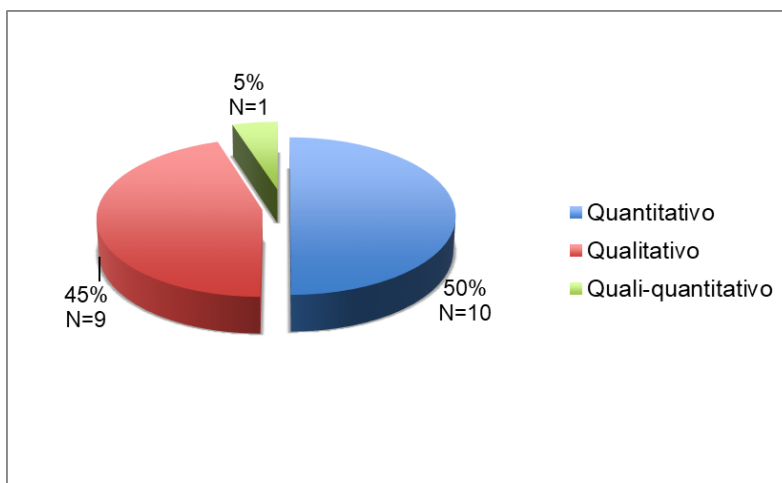


GRÁFICO 2. Distribuição de estudos selecionados na base de dados eletrônica, segundo o tipo de pesquisa realizada.

| Autor | Local | Número da amostra | Metodologia | Objetivo |
|-------------------------------|--------------------------|--|--|---|
| Sarli (2018) | São Paulo | 592 RN | Estudo observacional transversal. | Investigar a associação entre o tempo de clameamento do cordão umbilical e o grau de icterícia em RN a termo. |
| Askelöf et al (2017) | Halândia - Suécia | 200 lactentes | Controle randomizado; Observacional | Avaliar o status de ferro e hemograma completo aos 4 meses de vida em lactentes que tiveram o cordão umbilical clameado após 60 segundos e comparar aos resultados com o clameamento imediato e tardio do cordão umbilical. |
| Goés et al (2017) | Rio de Janeiro | 893 RN | Estudo de coorte | Avaliar a influência do clameamento tardio do cordão umbilical na indicação de fototerapia, assim como o tempo de tratamento, os níveis médios da bilirrubina, hematócritos e peso residual da placenta. |
| Bolstridge et al (2016) | Delaware - EUA | 52 neonatos | Análise retrospectiva de coorte com base na cordão umbilical | Instituir um programa de clameamento tardio de ano após o início. e avaliar os desfechos clínicos um intenção de tratar. |
| Chiruvolu et al (2015) | Texas - EUA | 88 bebês | Estudo prospectivo | Determinar se a implementação do processo do clameamento tardio do cordão umbilical orientado por protocolo em nossa instituição reduziria a incidência de hemorragia intraventricular (IVH) em bebês muito prematuros, sem consequências adicionais. |
| Cortés et al (2015) | Espanha | 9303 mulheres | Estudo de coorte | Conhecer, analisar e descrever a situação atual dos planos de parto e nascimento no contexto transversal, estudado, comparando o processo de parto e sua observacional finalização entre as mulheres que apresentaram e descritivo comparativo, não apresentaram um plano de parto e nascimento. realizado durante um biênio. |
| Garabedian et al (2015) | Nord - França | 72 neonatos | Estudo comparativo | Avaliar os potenciais benefícios e riscos do clameamento tardio do cordão umbilical na haloimunização eritrocitária. |
| Krueger et al (2015) | Alabama - EUA | 67 pacientes | Prospecção randomizada | A transfusão de sangue autólogo da placenta para o recém-nascido no nascimento tem se mostrado benéfica. A transfusão pode ser realizada por meio de clameamento tardio do cordão ou remoção do cordão umbilical. Nós hipotetizamos que a combinação dessas duas técnicas melhoraria ainda mais os resultados em recém-nascidos prematuros. |
| Rangel-Carvalho, M. N. (2014) | México | 115 pacientes | Estudo observacional | Verificar a altura da colocação do bebê durante o clameamento assim como o tempo do corte e do clameamento do cordão umbilical. |
| Oliveira et al (2014) | Minas Gerais - Viçosa | 7 ml de sangue do cordão umbilical de 144 neonatos a termo e sem baixo peso. | Estudo transversal | Analisar o impacto do tempo de clameamento e parâmetros obstétricos, biológicos e socioeconômicos sobre a reserva de ferro de neonatos nascidos a termo. |
| Cernadas et al (2012) | Buenos Aires - Argentina | 276 neonatos | Estudo clínico controlado aleatorizado | Avaliar o impacto dos diferentes tempos de clameamentos do cordão umbilical em recém-nascidos a termo, sobre as concentrações de ferritina e os 6 meses de vida. |
| Freitas et al (2012) | Minas Gerais - Viçosa | 254 prematuros | Estudo transversal | Analisar os fatores associados à necessidade de transfusões de concentrados de hemácias em prematuros de uma UTI. |
| Gyorkos et al (2012) | Montreal - Canadá | 224 mães com crianças | Estudo de coorte | Avaliar a efetividade de uma política de mudança do hospital para atrasar o clameamento tardio do cordão umbilical nos níveis de hemoglobina e anemia nos lactentes aos 4 e 8 meses de vida. |
| OMS (2012) | | | | Descrever os benefícios da intervenção e por que ela não está sendo usada atualmente, para que o clameamento tardio do cordão umbilical possa ser apoiado e promovido entusiasticamente pelos profissionais da área da saúde como uma prática recomendada para saúde materna, saúde do RN, HIV e nutrição. |

| | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|-------------------------|--|
| Sinavszki et al (2012) | Uruguai | 19 neonatos | Quantitativa descritiva | Determinar os efeitos do clameamento tardio sobre a saturação de oxigênio capilar e avaliar a presença de complicações maternas e neonatais nas primeiras horas de adaptação à vida externa. |
| Steffen et al (2012) | Santa Maria – Rio Grande | 101 recém-nascidos | Estudo de intervenção | Avaliar o efeito do pinçamento tardio do cordão umbilical nos níveis de ferritina sérica de criança de 0, 3 e 6 meses. |
| Blouin et al (2011) | Iquitos – Peru | 224 mulheres | Estudo de intervenção | Investigar o efeito de uma intervenção de dois componentes para mudar a prática hospitalar no que diz respeito ao momento do fluxo do cordão umbilical. |
| Bortolini et al (2011) | Rio de Janeiro | 397 crianças de randomizado | Ensaio de campo | Avaliar o impacto de uma intervenção baseada em orientação dietética na prevalência de ferro, anemia e anemia por deficiência de ferro entre crianças de 369 hemoglobinas 12 a 16 meses. |
| Mondini et al (2010) | | 289 ferro sérico 210 crianças | Estudo de intervenção | Avaliar o efeito do clameamento tardio do cordão umbilical nos níveis de Hb em crianças aos 3 meses de vida segundo o status de hemoglobina materna. |
| Venâncio et al (2008) | São Paulo | 325 mães com | Estudo de intervenção | Avaliar os efeitos do clameamento tardio sobre os níveis de hemoglobina e ferritina em lactentes aos 3 meses de vida. |

QUADRO 1. Síntese dos estudos selecionados para revisão bibliográfica.

| Autor | Principais benefícios que o clameamento tardio do cordão umbilical traz: |
|--------------------------------------|--|
| Sarli (2018) | Evidências sugerem que a definição do momento parece estar associada à tomada de decisão para cada caso em questão. |
| Askelöf et al (2017) | Benefícios em clamear o cordão umbilical após os 60 segundos mostrou resultados maiores para concentração de ferritina aos 4 meses, em relação aos clameamentos de 30 segundos. Os resultados sugerem que após 60 segundos há uma redução nos riscos de anemia por deficiência de ferro. |
| Goés et al (2017) | Atrasar o clameamento do cordão umbilical em 1 minuto ou mais aumentou os níveis de bilirrubina, porém sem aumentar a necessidade de fototerapia, as taxas de policitemia ou tempo de tratamento. |
| Bolstridge et al (2016) | Benefício na redução de 50% em hemorragia intraventricular, diminuição na incidência de enterocolite necrotizante e redução em transfusões por anemia. |
| Chiruvolu et al (2015) | Redução significativa na hemorragia intraventricular e redução em transfusões de células vermelhas. |
| Cortés et al (2015) | Aumento das reservas de ferro do recém-nascido em mais de 50% aos 6 meses de vida, como também fazer parte do plano de parto o clameamento tardio do cordão umbilical. |
| Garabedian et al (2015) | Clamear o cordão umbilical depois de 30 segundos em infantes com risco de aloimunização de células vermelhas. |
| Krueger et al (2015) | Aumento do volume do hematócrito em 50% em recém-nascido pré-termo, benefícios sobre mortalidade e morbidade, necessidade de transfusão, necessidade de suporte respiratório e hemorragia intraventricular. |
| Rangel-Carvillo, M. N. (2014) | O retardo do clameamento do cordão umbilical pode oferecer um volume de hematócritos de 70 a 140ml ² , evita a síndrome da dificuldade respiratória no RN, aumento do fluxo sanguíneo cerebral, aumento do fluxo cardíaco, diminuição da hipóxia e melhor oxigenação. |
| Oliveira et al (2014) | Crianças com tempo de clameamento do cordão umbilical >60 segundos apresentam maiores valores médios de ferritina ao nascer, isso seria suficiente para manter as necessidades de ferro durante um a três meses de vida. |
| Cernadas et al (2012) | Foram significativamente mais altos os níveis de ferritina sérica no sangue de recém-nascido com clameamento do cordão umbilical no grupo de 3 minutos comparados aos recém-nascidos do grupo de clameamento antes de 3 minutos. |

| | |
|---------------------------------|---|
| Freitas et al (2012) | Contribuição do clameamento para prematuros de idade gestacional <32 semanas na diminuição da necessidade de transfusões de hemácias. |
| Gyorkos et al (2012) | Aumento dos níveis de hemoglobina em crianças de 8 meses de idade, aumento de 0,89gdl, como também a redução da anemia de 79% para 63%. |
| OMS (2012) | Aumentar as reservas de ferro do bebê em até 50% aos 6 meses de idade nos bebês nascidos a termo. |
| Sinavszki et al (2012) | O atraso no clameamento do cordão umbilical tem sido benéfico na redução do número de transfusões sanguíneas e dos incidentes de hemorragia intraventricular em neonatos pré-termo, incluindo apresentação de anemia. |
| Steffen et al (2012) | Clameamento tardio do cordão umbilical em 1 minuto tem efeito positivo sobre os níveis de ferritina no 3º ao 6º mês de vida. No grupo clameado aos 3 minutos, aos 6 meses de vida os níveis de ferritina foram mais altos do que no grupo de 1 minuto. Intervenção sustentável e de baixo custo. |
| Blouin et al (2011) | O atraso no corte do cordão umbilical e a efetividade na redução da anemia infantil. |
| Bortolini; Vitolo (2011) | Tem se mostrado repetidamente que efetivamente reduz a anemia infantil, também é custo livre, portanto uma intervenção adequada e sustentável. |
| Mondini et al (2010) | O efeito positivo de clamear tardiamente o cordão umbilical nos níveis de hemoglobina das crianças aos 3 meses de idade foi observado somente entre aquelas nascidas de mães não anêmicas. |
| Venâncio et al (2008) | Efeito positivo e independente sobre os níveis de ferritina aos 3 meses de vida; benefícios identificados incluem ausência de risco significativo de policitemia e hiperbilirrubinemia; maior tempo de transferência de sangue presente na placenta, o que possibilita maior volume de sangue nos órgãos vitais na primeira semana de vida. |

QUADRO 2. Síntese dos resultados obtidos relacionados com o clameamento tardio do cordão umbilical no recém-nascido a termo nos estudos selecionados para revisão bibliográfica

DISCUSSÃO

Anemia, um Problema Mundial

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), Oliveira et al, (2014), referem que, no mundo em que cerca de 42% das gestantes são anêmicas e 30,2% das mulheres em idade fértil também possui essa condição. Esse tem sido um fator referido em relação à população mundial e afeta países desenvolvidos e em desenvolvimento, independente de classe social.

Oliveira et al, (2014), referem que os governos têm se preocupado com essa condição. Com isso, tem sido investido muito dinheiro para diminuir os índices de anemia ferropriva. Os alimentos têm sido fortificados com quantidades de ferro, tanto para crianças como para a população em geral, isso tem causado um grande rombo nos cofres públicos, pois são políticas caras.

Percebe-se que existe uma preocupação em remediar essa situação, mas deve haver uma política de prevenção. Maneiras de prover à população subsídios que melhorem as condições de vida para evitar a anemia já na gestante, evitando assim a repetição do ciclo que acarreta até a vida adulta. De acordo com Oliveira

et al, (2014), existe influência biológica, obstétrica e social na reserva de ferro na criança ao nascer. As influências sociais podem acarretar déficit no estado nutricional de ferro por toda a vida, desde a gestação, infância e vida adulta, gerando, dessa forma, um ciclo dessa carência nutricional nas crianças.

A OMS 2012 vem trazendo novas políticas de saúde para a diminuição dos índices de anemia no neonato, o que será abordado neste estudo sobre o clampeamento tardio do cordão umbilical no RN a termo.

Benefícios do Clampeamento Tardio do Cordão Umbilical e Consequências Fetais

Blouin et al, (2011), referem que as intervenções e as trocas de normas e práticas hospitalares, como o clampeamento tardio do cordão umbilical, é uma estratégia fácil e de baixo custo para evitar a anemia na infância, oferecendo um maior índice de ferritina ao nascimento, procedimento realizado pelos enfermeiros e obstetras na hora do parto.

A OMS 2012 preconiza o corte do cordão de dois ou três minutos ou até cessarem as pulsações do cordão. Em 2011, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomendou que o neonato saudável e com boa vitalidade seja colocado sobre o abdômen da mãe, na altura da placenta, por um período de um a três minutos antes de clampear o cordão umbilical.

Os estudos analisados mostraram que em crianças onde o tempo de clampeamento foi maior que 60 segundos houve maiores valores médios de ferritina ao nascer. O tempo proposto pela Sociedade Brasileira de Pediatria 2011 pode trazer resultados muito positivos em relação à reserva de ferro de neonatos a termo.

Uma das principais causas da anemia infantil é a falta de ferro, aumentando a mortalidade infantil e reduzindo desenvolvimento cognitivo, motor e comportamental. (OLIVEIRA, *et al* 2014).

Além de favorecer o aumento do ferro, o clampeamento tardio do cordão umbilical traz outros benefícios e elimina dúvidas em certos procedimentos rotineiros no nascimento, tais como: icterícia - estudos mostram que não houve aumento em icterícia em crianças que receberam o clampeamento tardio do cordão umbilical; policitemia - estudos não revelaram aumento do excesso de glóbulos vermelhos em bebês que receberam clampeamento; HIV - a OMS recomenda clampeamento tardio inclusive no caso de crianças filhas de mãe soropositivas. (OMS, 2012).

OMS 2012 aborda que estudos revelam que outros benefícios também são encontrados ao praticar o clampeamento tardio do cordão umbilical, como a redução de 61% na taxa de anemia, redução de 59% de hemorragia intraventricular em bebês prematuros, queda de 62% da enterocolite necrosante e a diminuição em torno de 29% na taxa de sepse neonatal.

O clampeamento tardio também mostrou benefícios em relação ao recém nascido com asfixia e com necessidade de reanimação. Nesse caso, se o profissional tiver experiência, ele pode fazer a reanimação do RN em nível da placenta com o cordão ligado. (CALVILLO, 2014).

Incluindo os benefícios, destaca-se também o aumento de ferro para o suporte nutricional da criança ao recebê-lo em quantidades maiores durante o tempo de espera para o clampeamento, prevenindo, dessa forma, em torno de 22% a redução da anemia infantil até os 8 meses de vida, associados à ausência de custos na intervenção. (GYORKOS, 2012).

Aumento nas Taxas de Hemoglobina e Ferritina Após Clampamento Tardio do Cordão Umbilical

A Organização Mundial de Saúde (OMS 2012), recomenda o clampeamento tardio do cordão umbilical, uma recomendação feita para todos os tipos de nascimentos, incluindo prematuros e cesáreas. Sabe-se através de estudos que um clampeamento de 3 minutos pode oferecer até 50% o aumento nas reservas de ferro do RN.

Para sabermos quais parâmetros seguir em relação ao tempo de clampeamento, a literatura considera clampeamento tardio aquele que passa de um minuto até três minutos, ou até pararem as pulsações, e precoce aquele que acontece abaixo de um minuto. Crianças com tempo de clampeamento de cordão umbilical > 60 segundos apresentaram maiores valores médios de ferritina ao nascer. (OLIVEIRA, *et al* 2014).

Estudos mostram que o clampeamento tardio do cordão umbilical em bebês a termo pode promover um aumento do volume sanguíneo de 25 a 35mL/kg de massa corporal, equivalente a 46 a 60 mg de ferro proveniente da hemoglobina. Isso seria suficiente para manter as necessidades de ferro durante um a três meses de vida, o que poderia fazer grande diferença nos primeiros seis meses de vida dos bebês vulneráveis. (OLIVEIRA, *et al* 2014).

Mondini et al, (2010), referem que a literatura mostra que em estudos com o clampeamento de 60 segundos houve ganho apenas para crianças filhas de mães não anêmicas. Foi visto ganho para crianças anêmicas quando o clampeamento ocorreu com 3 minutos de espera, comprovando assim que o ideal para beneficiar ambos os casos, a espera de 3 minutos para o clampeamento ou até o fim da pulsação do cordão umbilical é o ideal.

Oliveira et al, (2014), demonstram que, após um minuto, para clampar o cordão umbilical, há 80% de transfusão placentária, mas observou-se que benefícios para a criança, independente do ferro materno, deu-se a partir do segundo minuto, o que inclui crianças nascidas de mães anêmicas ou não.

Estudos feitos no México referem que, antigamente, os pesquisadores

pensavam que a icterícia no RN era causada pela transfusão placentó-fetal. Sabe-se hoje que isso não é verdadeiro, ao contrário, sabe-se que essa transfusão placentária é fundamental para evitar no RN algumas patologias típicas desse período, como a síndrome da dificuldade respiratória. (CALVILLO, 2014).

Calcula-se que se efetua uma transfusão de 40 mL/kg de sangue placentário depois de 3 minutos, levando a aumentar o volume de sangue do RN em até 50%. (CALVILLO, 2014).

Para Sinavszki et al, (2012), os últimos minutos do funcionamento da placenta oferece ao RN um ganho de peso por conta do volume de sangue recebido ao primeiro minuto.

Cernadas et al, (2012), mostraram, em seu estudo, que a prevalência de anemia ferropriva foi três vezes maior em crianças que tiveram o cordão umbilical clampeado precocemente.

Freitas et al, (2012), observaram, em estudo, que o maior número de nascidos em IG <32 semanas apresenta sepse tardia. Em processos infecciosos, a anemia é multifatorial, causada por inibição da eritropoiese e também por hemólise e perda sanguínea.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo referenciou a importância de políticas assertivas de saúde para a diminuição da anemia e outras formas de doenças no RN, preveníveis por implantar formas simples e sem custos.

O estudo abordou a importância do clameamento tardio do cordão umbilical no RN a termo, mostrando as vantagens a curto e longo prazo dessa prática.

Estratégias de cuidado com a gestante durante o pré-natal pode ser o diferencial para evitar que essa mãe esteja anêmica na hora do parto, mas foi abordado nesse estudo o cuidado ao RN ao clampar o cordão umbilical, levando em consideração o aporte de sangue recebido pelo RN após 1 minuto de clameamento e observando-se que, após 3 minutos para o clameamento, essa criança pode aumentar as reservas de ferro em até 50% aos 6 meses de idade nos bebês nascidos a termo.

Sabe-se que a anemia ferropriva é prevenível. Há vários anos, os governos vêm agindo, para a prevenção desse problema, através da suplementação de alimentos com ferro, oferecendo assim meios para que a população esteja amparada em relação à anemia, mas esse problema vai além de suplementar alimentos. No estudo não foi focado as desigualdades sociais. Foi abordado o clameamento tardio como uma das formas de prevenir a anemia, em todas suas formas, e outras doenças graves no RN como enterocolite necrosante, hemorragia intraventricular, e

déficits cognitivos, motores e sociais.

Uma atitude simples e sem custos, como o clampeamento tardio do cordão umbilical no RN a termo promove uma melhora substancial na vida das crianças, trazendo benefícios para toda a sociedade, diminuindo a morbimortalidade infantil.

Ainda existe muita falta de informação em relação ao clampeamento tardio do cordão umbilical por parte dos profissionais de saúde e, consecutivamente, por parte da população.

Como profissionais de enfermagem, notamos a necessidade de aprofundamento no conhecimento científico do tema abordado e, em conjunto com a equipe multiprofissional, atuar para a implantação e melhoria do atendimento à gestante e ao recém-nascido, como também orientar e conscientizar as gestantes sobre essa importante prática, e auxiliar o processo de clampeamento tardio do cordão umbilical do RN a termo durante o parto.

REFERÊNCIAS

BLOUIN, B.; PENNY, M. E.; CASAPIA, M.; AGUILAR, E.; SILVA, H.; JOSEPH, S. A.; CREED-KANASHIRO, H. M.; MAHEU-GIROUX, M.; GYORKOS, T. W. **Effect of a two-component intervention to change hospital practice from early to delayed umbilical cord clamping in the Peruvian Amazon.** Rev Panam Salud Publica, v. 29, n. 5, p. 322–328, maio, 2011.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21709936/>> Acesso em: 08 nov. 2018.

BOLSTRIDGE, J.; BELL, T.; DEAN, B.; MACKLEY, A.; MOORE, G.; SWIFT, C.; VISCOUNT, D.; PAUL, D. A.; PEARLMAN, S. A. **A quality improvement initiative for delayed umbilical cord clamping in very low-birthweight infants.** BioMed Central, n. 16:155, p. 1-5, 2016. Disponível em: <<https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-016-0692-9>> Acesso em: 21 set. 2018.

BORTOLINI, G.A.; VITOLO, M. R. **The impact of systematic dietary counseling during the first year of life on prevalence rates of anemia and iron deficiency at 12-16 months.** Jornal de Pediatria, v. 88, n. 1, p. 33-39, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22159301/>> Acesso em: 21 set. 2018.

CALDAS, L. M.; LIAO, A.; CARVALHO, M. H.; FRANCISCO, R. P. V.; ZUGAIB, M. **Should fetal growth be a matter of concern in isolated single umbilical artery?** Revista Assoc Med Bras, v. 60, n. 2, p. 125-130, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.02.009>> Acesso em: 10 nov. 2018.

CERNADAS, J. M. C.; CARROLI, G.; PELLEGRINI, L.; FERREIRA, M.; RICCI, C.; CASAS, O.; LARDIZABAL, J.; MORASSO, M. C. **Efecto del clampeo demorado del cordón umbilical en la ferritina sérica a los seis meses de vida. Estudio clínico controlado aleatorizado.** Arch Argent Pediatr, v. 108, n. 3, p. 201-208, 2012. Disponível em: <https://www.reaserchgate.net/publication/317529788_efecto_del_clampeo_demora_do_del_cordon_umbilical_en_la_ferritina_serica_a_los_seis_meses_de_vida_estudi_o_clinico_controlado_aleatorizado> Acesso em: 21 set. 2018.

CHIRUVOLU, A.; TOLIA, V. N.; QIN, H.; STONE, G. L.; RICH, D.; CONANT, R. J.; INZER, R. W. **Effect of delayed cord clamping on very preterm infants.** American Journal of Obstetrics and Gynecology, v. 213, n. 5, p. 676.e1-7, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/Science/article/pii/S0002937815007528>> Acesso em: 08 nov. 2018.

FREITAS, B. A. C.; FRANCESCHINI, S. C. C. **Fatores associados à transfusão de concentrado de hemácias em prematuros de uma unidade de terapia intensiva.** Rev Bras Ter Intensiva, v. 24, n. 3, p. 224-229, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-507x2012000300004&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 15 out. 2018.

GÓMEZ, F. A.; LONDOÑO, J. C. M. **¿Cuándo Pinzar El Cordón Umbilical?** Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, v. 55, n. 2, p. 136-145, 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/1952/19521436006/>> Acesso em: 21 set. 2018

GYORKOS, T. W.; MAHEU-GIROUX, M.; BLOUIN, B.; CREED-KANASHIRO, H.; CASAPÍA, M.; AGUILAR, E.; SILVA, H.; JOSEPH, S. A.; PENNY, M. E. **A Hospital Policy Change Toward Delayed Cord Clamping is Effective in Improving Hemoglobin Levels and Anemia Status of 8-month-old Peruvian Infants.** Journal Of Tropical Pediatrics, v. 58, n. 6, p. 435-440, dezembro, 2012. Disponível em: <<https://academic.oup.com/tropej/article/58/6/435/1676833>> Acesso em: 08 nov. 2018.

KRUEGER, M. S.; EYAL, F. G.; PEEVY, K. J.; HAMM, C. R.; WHITEHURST, R. M.; LEWIS, D. F. **Delayed cord clamping with and without cord stripping: a prospective randomized trial of preterm neonates.** American Journal of Obstetrics and Gynecology, n. 212, p. 394.e1-394.e 5, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15516873/>> Acesso em: 08 nov. 2018

LOPES, L. A.; BERNARDINO, E.; CROZETA, K.; GUIMARÃES, P. R. B. **Good practices in collecting umbilical cord and placental blood.** Revista Latino-Americana Enfermagem, n. 24, p. 1-7, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/15188345.0781.2770>> Acesso em: 15 out. 2018

MONDINI, L.; LEVY, R. B.; SOUZA, J. M. P.; ALVES, M. C. G. P.; SALDIVA, S. R. D. M.; TANAKA, L. F.; VENANCIO, S. I. **Efeito do Clampeamento Tardio do Cordão Umbilical nos Níveis de Hemoglobina em Crianças Nascidas de Mães Anêmicas e não Anêmicas.** Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano, n. 20, p. 282-290, 2010. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/265467893_Efeito_do_clampeamento_tardio_do_cordao_umbilical_nos_niveis_de_hemoglobina_em_crianças_nascidas_de_maes_anemicas_e_nao_anemicas> Acesso em: 08 nov. 2018.

OLIVEIRA, F. C. C.; ASSIS, K. F.; MARTINS, M. C.; PRADO, M. R. M. C.; RIBEIRO, A. Q.; SANT'ANA, L. F. R.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHINI, S. C. C. **Tempo de clampeamento e fatores associados à reserva de ferro de neonatos a termo.** Revista Saúde Pública, v. 48, n. 2, p. 10-18, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-891020140001000010&script=sci_abstract&lng=pt> Acesso em: 15 out. 2018.

PEANO, N. A.; COLLINO, C. J. G.; MERCADO, L. G.; VETTORAZZI, L. **Eficacia del cordón umbilical humano como sustrato para detección de anticuerpos.** Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana, v. 46, n. 3, p. 353-357, set, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/262711988_eficacia_del_cordon_umbilical_humano_como_sustrato_para_deteccion_de_anticuerpos_anti_endomisio> Acesso em: 21 set. 2018

RANGEL-CALVILHLO, M. N. **Monitoreo sobre el tiempo de pinzado y corte de cordón umbilical. Vigilancia de nuevas estrategias para la atención del parto.** *Pernatología y Reproducción Humana*, v. 28, n. 3, p. 134-138, 2014. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/inper>> Acesso em: 21 set. 2018.

SARLI, Y. O. D. **Associação entre tempo de clameamento do cordão umbilical e icterícia neonatal precoce em recém-nascidos a termo.** São Paulo, 2018. 72 f. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. Universidade Santo Amaro – UNISA, São Paulo, 2018. Disponível em: <<http://dspace.unisa.br/bitstream/handle/123456789/183/Ci%C3%AAncias%20da%20Saude%20Yone%20Ciencias%20da%20Saude%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 08 nov. 2018.

SIBOV, T. T.; MIYAKI, L. A. M.; MAMANI, J. B.; MARTI, L. C.; SARDINHA, L. R.; PAVON, L. F.; OLIVEIRA, D. M.; CARDENAS, W. H.; GAMARRA, L. F. **Evaluation of umbilical cord mesenchymal stem cell labeling with superparamagnetic iron oxide nanoparticles coated with dextran and complexed with Poly-L-lysine.** *Einstein*, v. 10, n. 2, p. 180-188, abr/jun, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/23052453/>> Acesso em: 16 out. 2018

SINAVSZKI, M.; SOSA, N.; SILVERA, F.; DIAZ ROSSELLO, J. L. **Clampeo tardío de cordón umbilical: saturación de oxígeno en recién nacidos.** *Arch. Pediatr. Urug.*, vol.82, n.3, p.141-146, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S168812492011000300003&lng=pt&nrm=isso> Acesso em: 16 out 2018

SUÁREZ-CORTÉS, M.; ARMERO-BARRANCO, D.; CANTERAS-JORDANA, M.; MARTÍNEZ-ROCHE, M. E. **Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado.** *Revista Latino-Americana Enfermagem*, p. 1-3, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-00672583.pdf> Acesso em: 08 nov. 2018.

VENÂNCIO, S. I.; LEVY, R. B.; SALDIVA, S. R. D. M.; MONDINI, L.; ALVES, M. C. G. P.; LEUNG, S. L. **Efeitos do clameamento tardio do cordão umbilical sobre os níveis de hemoglobina e ferritina em lactentes aos três meses de vida.** *Cad Saúde Pública*, v. 24, n. 2, p. S323-S331, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2008001400017&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 08 nov. 2018.

OMS. **O Clameamento Tardio do Cordão Umbilical Reduz a Anemia Infantil.** *RHR*. 14.19. 2012. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/delay-ed-cord-clamping/pt/> Acesso em: 21 set. 2018.

CLASSIFICAÇÃO, TRATAMENTO E OS IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES PORTADORES DE LESÕES PROVENIENTES DA INSUFICIÊNCIA VENOSA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 30/08/2020

Thainara Araújo Franklin

Faculdade Irecê - FAI
Irecê, BA

<https://orcid.org/0000-0003-2065-5090>

Samara de Souza Almeida Balmant

Faculdade Irecê - FAI
Irecê, BA

<https://orcid.org/0000-0002-3764-848X>

Sinara Teles Santos

Faculdade Irecê - FAI
Irecê, BA

<https://orcid.org/0000-0002-3940-2694>

RESUMO: A Insuficiência Venosa Crônica é definida como uma disfunção do sistema venoso que é causada pela incompetência valvular, o que pode resultar no bloqueio do fluxo sanguíneo e/ou disfunção dos músculos da perna, sendo esta, a principal causa do surgimento da úlcera venosa (UV). Na atualidade a UV é um problema de saúde pública que atingi 1% da população adulta, 6% de idosos com mais de 65 anos e aproximadamente 5% de idosos com idade superior a 80 anos. Esse estudo tem como objetivo descrever a classificação, tratamento e os impactos na qualidade de vida dos pacientes portadores de lesões provenientes de Insuficiência Venosa. Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo descritiva, de abordagem qualitativa. Através dos métodos *Clinical Etiologic*

Anatomic Pathophysiology (CEAP), *Venous Clinical Severity Score* (VCSS) e exame Doppler é possível classificar a patologia e sua gravidade. Dentre os tratamentos disponíveis, destaca-se a terapia compressiva, fundamental para evitar a recidiva da patologia, o acometimento dessa lesão interfere diretamente na qualidade de vida do paciente trazendo diversos impactos para vida dos mesmos, desde físicos, psicológicos e econômicos. Os profissionais de enfermagem precisam ser capacitados para o cuidado com pacientes portadores de UV, visto que grande parcela da população idosa tem uma predisposição a desenvolvê-las. O estudo visa contribuir com a formação dos futuros profissionais enfermeiros, visto que não existem muitas publicações sobre a temática em língua portuguesa e o enfermeiro tem papel fundamental na promoção, prevenção e tratamento dessa lesão.

PALAVRAS-CHAVE: Úlcera varicosa. Cicatrização. Enfermagem.

CLASSIFICATION, TREATMENT AND IMPACTS ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH INJURIES FROM VENOUS INSUFFICIENCY

ABSTRACT: Chronic Venous Insufficiency is defined as a dysfunction of the venous system that is caused by valve incompetence, which can result in the blockage of blood flow and / or dysfunction of the leg muscles, which is the main cause of the onset of venous ulcers (UV). Currently, UV is a public health problem that affects 1% of the adult population, 6% of elderly people over 65 years old and approximately 5% of elderly people over 80 years old. This study aims

to describe the classification, treatment and impacts on the quality of life of patients with injuries from Venous Insufficiency. This is a descriptive literature review with a qualitative approach. Through the Clinical Etiologic Anatomic Pathophysiology (CEAP), Venous Clinical Severity Score (VCSS) and Doppler methods, it is possible to classify the pathology and its severity. Among the available treatments, compression therapy stands out, fundamental to prevent the recurrence of the pathology, the involvement of this lesion directly interferes in the patient's quality of life, bringing several impacts to their lives, from physical, psychological and economic. Nursing professionals need to be trained to care for patients with UV, since a large portion of the elderly population has a predisposition to develop them. The study aims to contribute to the training of future professional nurses, since there are not many publications on the subject in Portuguese and nurses have a fundamental role in the promotion, prevention and treatment of this injury.

KEYWORDS: Varicose ulcer. Healing. Nursing.

INTRODUÇÃO

A insuficiência venosa crônica é caracterizada como disfunção do sistema venoso, causado por incompetência valvular podendo está relacionada ao bloqueio do fluxo sanguíneo e/ou disfunção dos músculos da perna. Esta é a principal causa do surgimento da úlcera venosa (NICOLOSI *et al.*, 2015). As úlceras crônicas atingem 1% da população adulta, atingem 3,6% de idosos com mais de 65 anos e aproximadamente 5% de idosos com idade superior a 80 anos (LURIE; BITTAR; KASPER, 2018).

O tratamento das úlceras venosas (UV) requer acompanhamento com especialistas e despesas com recursos terapêuticos e na atualidade esses serviços não são disponibilizados de forma gratuita, interferindo diretamente na qualidade de vida da população acometida e se tornando um grave problema de saúde pública, aumentando o número de acometidos por essa patologia (PONTE *et al.*, 2019).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Angioplastia e Cirurgia Vascular (SBACV) (2015) através do método C (sinais clínicos) E (etiologia) A (anatomia) P (fisiopatologia), CEAP é possível classificar a gravidade patologia de acordo com os dados avaliados no exame físico e anamnese, envolve: sinais apresentados, as causas, as alterações anatômicas e a fisiopatologia. Outro método de classificação é o *Venous Clinical Severity Score (VCSS)*, sendo realizado através dos sintomas do paciente e avaliação do profissional.

Devido às úlceras acometerem os membros inferiores, os pacientes enfrentam muitas dificuldades, podendo interferir na qualidade de vida do mesmo, estando associada à diminuição da mobilidade, vergonha, afastamento social, depressão, instabilidade laboral, discriminação, consultas de rotina, e muitas vezes não tem apoio familiar (AGUIAR *et al.*, 2016).

Dessa forma, é sabível que o tratamento é prolongado e de alto custo, requer acompanhamento de profissionais capacitados, pois além dos cuidados clínicos, o paciente deve ser avaliado de forma holística, visto que a patologia não envolve somente cuidados clínicos, como também psicológicos, com a finalidade de devolver ao mesmo sua autonomia para realização de atividades.

De modo geral, diante da desinformação e dificuldade dos profissionais sobre o tema encontra-se no interesse de abordar a problemática de pesquisa, quais os principais tratamentos voltados à úlcera venosa, sua classificação e os impactos na vida do paciente?

Considerando que o enfermeiro desempenha atribuições assistenciais prestados para a população, dentre elas está o tratamento de feridas, no qual muitos profissionais apresentam dificuldades na classificação e o tipo de tratamento a utilizar nos clientes portadores de úlceras venosas (UV), além disso, a falta e as condições socioeconômicas se tornam barreiras para garantir um tratamento adequado.

Diante desses desafios na prestação de cuidados para os pacientes com IV, os enfermeiros, devem realizar qualificação profissional na área, além de buscar inserir recursos terapêuticos atualizados, avaliando o paciente de forma integral (físico, psicológico, social), com o propósito de favorecer o retorno venoso efetivo, cicatrização da UV devolvendo ao paciente sua integridade.

A compreensão do enfermeiro sobre o processo patológico e os impactos sociais causados pelo acometimento desta patologia são pontos fundamentais para adquirir autonomia sabendo identificar a IV, como classificar e tratar conforme os métodos existentes garantindo ao paciente uma melhor assistência.

O estudo busca contribuir com informações pertinentes através de um levantamento bibliográfico, para equipe de enfermagem e para a sociedade no aprimoramento de novas técnicas sobre como classificar, identificar o tratamento ao paciente portador de Insuficiência venosa, incentivando na busca científica para os profissionais que atuam nesta área. O presente estudo tem como objetivo: Identificar os tratamentos voltados às úlceras venosas e o impacto da úlcera na vida dos pacientes.

METODOLOGIA

Estudo do tipo revisão bibliográfica descritiva, de abordagem qualitativa. O levantamento bibliográfico foi realizado entre os meses de setembro de 2019 a maio 2020, através das bases de dados: *Web of Science Eletronic Library Online (SciELO)*, *Sciencedirect*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS)*. Foi incluída também a Biblioteca Virtual em Saúde em Medicinas

Tradicionais, Complementares e Integrativas (BVS-MTCI). Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Úlcera varicosa”, “Cicatrização”, “Enfermagem”, utilizando o operador booleano AND.

Adotaram-se como critérios de inclusão: publicações com recorte temporal de 2015 a 2020 disponíveis eletronicamente de forma gratuita e na íntegra e redigidos em língua inglesa e portuguesa, e manual sobre o tema disponibilizado por entidades reconhecidas no meio científico. Como critérios de exclusão: artigos que não possuíam informações sobre o tema, publicações anteriores ao ano de 2015, dissertações, teses, resumos, anais e trabalhos incompletos.

A combinação dos descritores identificou uma amostra no total de 34 produções. Os artigos inicialmente foram selecionados por meio do título e pelo resumo. Nesta etapa foram escolhidos 30 artigos que abordavam conceitos relevantes para o estudo. Após a leitura integral dos textos, foram escolhidos 20 artigos que contemplavam o objetivo e a questão norteadora desse trabalho. A análise dos dados foi pautada na literatura pertinente à temática.

No que se refere aos aspectos éticos e legais foram utilizadas publicações de periódicos nacionais e internacionais, cujos autores foram citados em todos os momentos em que os artigos foram mencionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura e análise detalhada optou-se por agrupar as informações encontrados em 3 (três) categorias nomeadas da seguinte forma: Tratamentos para as úlceras venosas; Acompanhamento do profissional enfermeiro no tratamento da úlcera venosa; Impactos da IV na qualidade de vida do paciente.

Tratamentos para a Insuficiência Venosa Crônica

O método terapêutico varia de acordo com a gravidade da IVC, os tratamentos podem incluir o método operatório ou não, incluindo: repouso, mudanças no estilo de vida juntamente com a terapia medicamentosa, exercício físico, terapia compressiva e os curativos (se a úlcera estiver aberta). A terapia compressiva consiste no uso de compressão elástica dos membros inferiores (MMII), na qual fazendo de forma correta resulta em uma ótima cicatrização da úlcera variando de 50 a 60% (MENDES; MOTTA, 2018).

A compressão é um dos tratamentos mais eficazes, com o intuito de promover o retorno venoso e a utilização de coberturas especiais conforme o estágio da lesão. Para isto, um dos resolutivos mais comuns na insuficiência venosa é a terapia compressiva e quando o paciente apresenta a UV o tratamento deverá ser em conjunto com curativos realizados ambulatorialmente, Mendes e

Motta (2018) dizem em seu estudo que quando o paciente possui diversas veias alteradas o tratamento deve ser realizado através da Escleroterapia que é a injeção endovenosa de polidocanol ou a cirurgia convencional com exérese da veia safena e veias colaterais que possui insuficiência.

Dessa forma Nicolosi *et al* (2015) afirmam que o tratamento compressivo é considerado o padrão ouro para tratar a IVC e consequentemente na cicatrização da UV, visto que sua eficácia é comprovada em diversos estudos. A mesma é utilizada com o objetivo de controlar a hipertensão venosa, melhorar a microcirculação favorecendo a cicatrização da lesão. Dentre os produtos disponíveis existem as meias elásticas, bota de Unna, ataduras compressivas e compressão pneumática. As compressões são prescritas conforme análise clínica do profissional, sendo classificadas em suave <20 mmHg, média ≥20–40mmHg, forte ≥40 e muito forte ≥60mmHg. É recomendado para tratar as UV a pressão ≥40 mmHg, porém é contraindicado em pacientes com insuficiência renal, neuropatias e problemas cardíacos.

Nesse sentido a compressão é indispensável e fundamental em qualquer tratamento da IV, pois a mesma força o fluído do edema do interstício no vaso, aumentando assim a atividade do músculo gastrocnêmico (panturrilha). Bertochi, Gomes e Martins (2019), em seu estudo trás que o tratamento para pacientes portadores de IVC é limitado, onde muitas vezes o paciente faça fisioterapia após o procedimento cirúrgico. Aqueles que precisam de fisioterapia e não fazem, acabam ficando cronicamente debilitado como resultado dos sintomas da IVC.

A bota de Unna (curativo de gaze especial) é um método compressivo inelástico, um dos tratamentos mais utilizados nos últimos anos, a mesma possui uma compressão de 18-24 mmHg, isso dependerá muito da sua forma artesanal. Sua composição contém 10% de óxido de zinco, goma acácia, óleo de rícino, glicerol, e água deionizada. A troca da seguinte meia deve ser de 3 a 7 dias, podendo ser trocada apenas pelo médico ou enfermeiro, isso varia bastante da consistência da lesão (CARDOSO, GODOY, GODOY, CYZORN, 2018). A terapia precisa ser aplicada de forma correta, caso não seja, o tratamento torna-se ineficaz, fazendo com que o paciente tenha recidiva da doença, causando maiores complicações.

Conforme Cardoso *et al* (2017) o uso da bota Unna envolve toda a perna, a panturrilha e o pé, se não for aplicada de forma correta, a mesma se torna ineficaz no tratamento, podendo ter recidiva da doença. A bota Unna favorece um melhor retorno venoso do músculo gastrocnêmico, melhorando a reabsorção do edema e o retorno dos fluídos nos espaços intersticiais ao interior do sistema vascular e linfático, o qual irá promover a cicatrização da lesão. Este tratamento tem se tornado eficaz aos portadores de IVC.

Em um estudo realizado por Silva *et al* (2017) mostrou-se que ao longo

do tratamento os participantes observaram melhora significativa. Segundo os participantes do estudo uma das dificuldades para realização desta terapia é a falta de estrutura nas instituições responsáveis pelo tratamento o que interfere diretamente na recuperação do mesmo.

Em concordância com Silva *et al* (2017) vale ressaltar que os produtos terapêuticos discutidos não são disponibilizados na rede SUS, o que resulta em altas despesas para o paciente, que muitas vezes não tem condições de manter o tratamento até recuperação da lesão, assim sendo o paciente desisti do tratamento, nesse sentido mostra-se evidente a falta de estrutura da rede frente ao atendimento a esse público.

A Safectomia é um procedimento cirúrgico que consiste na retirada parcial ou total da veia safena, entretanto esse procedimento não é indicado para alguns pacientes devido idade, doenças associadas, entre outros. A escleroterapia é um tratamento alternativo para a safectomia apresentando ser menos invasiva (SBACV, 2015).

Dessa forma nos últimos anos a Escleroterapia de polidocanol vem sendo bastante utilizado também na insuficiência venosa crônica (IVC). Polidocanol é uma substância usada para esse tipo de tratamento, em forma de espuma ou líquida possui pouca ocorrência de reações alérgica e bastante indolor é um procedimento que possui pouca invasão, fácil de executar e vem sendo feito em ambulatórios de hospitais, onde o paciente pode retornar para casa horas depois, podendo assim realizar suas atividades normais do cotidiano (SILVA *et al.*, 2017).

Vale ressaltar que esse método pode resultar em diversas complicações para o paciente tais como: hiperpigmentação, necrose de pele, alergias, cefaleia, trombose venosa profunda, embolia pulmonar ou cerebral e morte. Considerando os efeitos colaterais descritos, o procedimento deve ser realizado por um médico capacitado para evitar e lidar com os possíveis riscos que o tratamento pode causar (SBACV, 2015).

A oxigenoterapia hiperbárica (OHB) surgiu em 1622, no século XIX utilizada para tratar: tuberculose, cólera, surdez, anemias e hemorragias. E em 1965 foi possível constatar a utilização da OHB em lesões cutâneas e em 1995 foi aprovada no Brasil pelo Conselho de Medicina com a resolução 1.457/95 com finalidade terapêutica. A OHB é uma alternativa de tratamento pouco conhecida pelos profissionais, no qual demonstra eficiência no processo de cicatrização de úlcera venosa, úlcera diabética, queimaduras de forma rápida e com baixo custo. O tratamento é realizado através de uma câmara fechada no qual o paciente é inserido e inspira 100% de O² com uma pressão superior à pressão atmosférica ao nível do mar (ANDRADE; SANTOS, 2016).

De acordo com o estudo de Andrade e Santos (2016), a *Underseaand*

Hyperbaric Medical Society a OHB é indicado para: úlcera do pé diabético, lesão de tecido por radiação, cistite, osteomielite crônica refratária, condições de isquemia aguda, envenenamento agudo por monóxido de carbono, grave infecções dos tecidos moles, embolia gasosa, perda auditiva neurosensorial idiopática súbita, oclusão aguda da artéria central da retina, doença aguda descompressiva, barotrauma pulmonar, anemia grave, zigosomicoses refratárias e queimaduras.

Para Martinelli *et al.*, (2019) o tratamento da OHB, demonstra resultados significativos diminuindo o tempo de internação e os custos hospitalares, entretanto oferece alguns efeitos colaterais tais como: barotrauma de ouvido médio e a embolia gasosa, que é a complicação mais grave além de alterações cardiorrespiratórias elevando a saturação periférica de oxigênio e bradicardia. Os autores defendem ainda que através da exposição do paciente em uma única sessão de OHB, resulta em elevação da saturação periférica e diminuição da frequência cardíaca em pacientes com desordens vasculares, cirúrgicos e inflamatórios.

De acordo com Ponte *et al.*, (2019), o alto índice de pacientes com UV nos Estados Unidos resultam em gastos aproximados a bilhões de dólares no sistema de saúde do país, gastos estes associados a tempo prolongado de cicatrização e recidiva. O que resultou a desenvolver estudos com o uso do ultrassom em úlceras venosas, no qual apresentou resultados significativos, alívio da dor, diminuição na contagem bacteriana, citocinas inflamatórias e redução na área da lesão.

Em um estudo realizado nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) no estado do Ceará-Brasil, com cinco pacientes com úlceras venosas, utilizando como tratamento o ultrassom de baixa frequência em aproximadamente 15 dias, foi constatado que após este período os mesmos apresentaram melhora do quadro, demonstrando alívio das dores e diminuição da área lesionada. O método é utilizado por alguns fisioterapeutas em feridas, entretanto é pouco utilizado por profissionais de enfermagem e pouco conhecida pelos usuários. Sendo importante a divulgação para maior aceitação e uso dessa tecnologia nas UV's (PONTE *et al.*, 2019).

Dessa forma, as úlceras venosas vêm sendo um grande fenômeno a ser enfrentado pelos enfermeiros, principalmente aos que se dedicam a esta área. Nesse contexto faz-se necessário que os profissionais se especializem cada vez mais, aperfeiçoando e atualizando as técnicas de cuidado frente a este paciente, a fim de adquirir mais conhecimento e habilidade nessa área de atuação (SOUSA, 2015).

Acompanhamento do profissional enfermeiro no tratamento da úlcera venosa

A ferida está relacionada ao sofrimento, e pode acarretar ao paciente uma baixa estima, diante disso, o enfermeiro possui um papel de suma importância para

lidar no dia a dia do portador de úlcera venosa. Todavia, a equipe de saúde deve estar preparada e além do conhecimento técnico- científico deve buscar compreender os aspectos que esta patologia causa AGUIAR *et al.*, 2016, mas infelizmente essa não é a realidade, pois, na maioria das vezes a equipe acaba não sabendo lidar de forma correta com o paciente com úlcera venosa.

O enfermeiro que se especializa na área de estomaterapia tem um papel de grande importância no tratamento e cuidado dos pacientes com UV's. O mesmo tem a responsabilidade buscar o tratamento mais eficaz para cada tipo de lesão, conscientizando o paciente e o cuidador sobre todos os cuidados a serem realizados durante a terapêutica. Além de todas estas informações, o mesmo deverá se aprofundar ainda mais em conhecimentos técnicos científicos, onde competirá à realização de consulta de enfermagem, prescrever e orientar o melhor tratamento, solicitação de exames e a realização de curativos (SOUSA, 2015).

Diante disso, um fator de grande importância é compreender o processo fisiopatológico uma vez que estes pacientes podem ter outras doenças adjacentes, devendo ser acompanhado após cicatrização da lesão, onde o foco não é apenas a cicatrização da ferida, mas também evitar a recidiva, promovendo medidas preventivas nas quais visam diminuir a incidência e recorrência da doença (TEIXEIRA; SILVA. 2015).

JOAQUIM *et al* (2017) diz que há diversos atendimentos onde muitas vezes o profissional de enfermagem durante as consultas não buscam fazer um levantamento das preocupações que os paciente traz consigo, e isso acaba negligenciando as queixas dos mesmos e não discutem sobre a patologia, havendo, ao final do processo de escuta, alteração no processo de cuidado.

Dessa forma faz-se necessário avaliar o paciente de forma integral, a fim de perceber suas fragilidades, realizar ausculta qualificada, estabelecendo vínculos com o mesmo e seus familiares e assim entender suas necessidades físicas como também psicológicas para que através disso seja possível realizar uma assistência de qualidade, possibilitando sua reabilitação, devolvendo ao paciente sua independência para realização de suas atividades (TEIXEIRA; SILVA. 2015).

Impactos da lesão na qualidade de vida do paciente

As UV's resultam nas pessoas acometidas vários impactos, as dores que ocorrem no membro afetado resultam na incapacidade de realizar atividades de rotina e laborais, resultando em dependência de outras pessoas para executá-las e afastamento do trabalho e conseqüentemente aposentadorias precoces, perda da autoestima, isolamento social, impossibilidade de realizar atividades laborais, depressão, hospitalização, reclusão social, vergonha, discriminação, falta de apoio de amigos e familiares. Nesse processo faz-se necessário o acompanhamento de

uma equipe multiprofissional, com o intuito de minimizar os impactos na vida do paciente, buscando proporcionar uma melhor qualidade de vida (AGUIAR *et al.*, 2016).

Segundo estudos, os pacientes que possuem úlceras venosas crônicas apresentam dificuldades ou ficam impossibilitadas de realizar as tarefas do dia a dia, tanto em casa, quanto em outros ambientes. As feridas trazem essas dificuldades, acarretando assim múltiplas limitações no cotidiano do portador, chegando a se sentirem dependentes de outras pessoas, devido sua etiologia, como a dor, o tempo início e gravidade da patologia (AGUIAR *et al.*, 2017).

UV impõe ao paciente uma maior necessidade de se cuidar, a fim de que ele consiga se reinserir socialmente, mas, de antemão, por ser uma doença crônica e necessitar de um tratamento complexo, a mesma exige várias questões social e financeiro isto acaba dificultando o paciente em seu autocuidado. Portanto, é possível afirmar que as úlceras venosas afetam sim a qualidade de vida de seus pacientes, com destaque para os aspectos físicos, emocionais e a capacidade funcional (SILVA *et al.*, 2019).

Vale ressaltar que a falta de materiais para serem realizados curativos na atenção básica, se torna mais uma barreira para o profissional e para o paciente, pois, nem sempre a população acometida tem condições para arcar com os altos gastos para compra de coberturas, soluções que não são disponibilizados na rede SUS, o que resulta em impactos econômicos ou cicatrização mais lenta associada falta de insumos.

Portanto, é visto que, o enfermeiro possui papel fundamental na qualidade de vida destes pacientes, fazendo com que o mesmo se sintam seguros, otimizando assim a qualidade de vida terapêutica de cada um, esclarecendo todas as dúvidas que surgirem, promovendo bem-estar e maior autonomia aos pacientes, proporcionando atividades que aliviem os medos, angústias e tensões (JOAQUIM *et al.*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das pesquisas realizadas, foi possível perceber que os profissionais devem estar capacitados para cuidar e acompanhar o paciente com úlcera venosa, sendo necessário ter um olhar mais amplo, pois os cuidados vão além da ferida, envolvendo aspectos físicos, sociais, econômicos, psicológicos, Além disso, possui também uma responsabilidade e dedicação conjunta, tanto do profissional quanto do paciente, fazendo com que a patologia venha a ter resultados positivos.

O tratamento eficaz da úlcera venosa é de difícil acesso, devido à falta de recursos e disponibilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) se tornando uma barreira. Devido ao tratamento possuir um alto custo, isso acaba limitando o acesso

para muitos pacientes, pois não tem como arcar com as altas despesas o que leva o mesmo a não iniciar o tratamento adequando ou desistência a do mesmo, delongando o processo de cicatrização da lesão.

Para que obtenha resultados positivos, a equipe de enfermagem precisa estabelecer vínculos com o paciente e seus familiares, orientando e explicando a importância do processo de cicatrização e seus devidos cuidados. Por este motivo, percebe-se que o enfermeiro possui grande importância no processo de tratamento da úlcera venosa, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida para essas pessoas.

O estudo fará com que futuramente obtenhamos políticas públicas voltadas a área da assistência de enfermagem, a fim de dar um apoio maior aos seus clientes, principalmente os que necessitam deste tipo de tratamento, de antemão, observa-se que o principal objetivo do estudo é analisar os principais tratamentos das úlceras venosas e quais impactos a doença causa na vida do paciente, fazendo com que possamos buscar uma melhor solução em si tratando do caso.

O estudo contribuirá para elucidação da importância do aprimoramento da equipe de enfermagem frente à área da estomatoterapia, buscando se qualificar para atender os pacientes com lesões na pele, em especial a úlcera venosa. Tendo uma melhor eficácia na identificação, classificação e tratamento das lesões. Incentivando os estudantes e profissionais pela busca da qualificação no tratamento de feridas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.C.S. A; SADIGURSKY, D; MARTINS L. A; MENEZES, T.M. O; SANTOS, A. L. S; REIS. L.A. Repercussões sociais vivenciadas pela pessoa idosa com úlcera venosa. **Rev Gaúcha Enferm.** 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472016000300417&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 08 de novembro de 2019.

ANDRADE, S. M; SANTOS, I. C. R. Oxigenoterapia hiperbárica para tratamento de feridas. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 37. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200418&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 de março de 2020.

BENEVIDES, J.L; COUTINHO, J.F.V; PASCOAL. L.C; JOVENTINO, E.S, MARTIN, M.C; GUBERT, F.A; ALVES, A. L. Construção e validação de tecnologia educativa sobre cuidados com úlcera venosa. **Rev. Esc. Enferm.USP**,v. 50, p.309-316.2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0309.pdf. Acesso em: 13 de novembro de 2019.

BERTOCHI, T; GOMES, R.Z; MARTINS M. Mobilidade da articulação talocrural como fator preditor no prognóstico de cicatrização em portadores de insuficiência venosa crônica com úlcera venosa. **J. Vasc. Bras**, v. 18. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1677-5449.180133>. Acesso em: 08 de novembro de 2019.

BORGES, E. L.; CALIRI, M. H. L.; HAAS, V. J.; FERRAZ, A. F.; SPIRA, J. O.; TYRONE, A. C. Utilização do Modelo Difusão da Inovação em úlceras venosas por profissionais especializados. **Rev. Bras. Enferm**, vol.70.2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672017000300610&lng=en&tng=en. Acesso em: 12 de novembro de 2019.

CARDOSO, L.V.; GODOY, J.M.P.; GODOY, M.F.G.; CZORNY, R.C.N. Terapia compressiva: bota de Unna aplicada a lesões venosas: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.52. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342018000100808&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 23 de novembro de 2019.

DANTAS, D.V.; TORRES, G.V.; SALVETTI, M.G.; COSTA, I.K.F.; DANTAS, R.A.N.; ARAÚJO, R.O. Validação clínica de protocolo para úlceras venosas na alta complexidade. **Rev. Gaúcha. Enferm**, v. 37. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400408. Acesso em: 20 de novembro de 2019.

JOAQUIM, F.L. SILVA, R. M. C.R.A. GARCIA-CARO, M.P. CRUZ- QUINTANA, F. PEREIRA, E.R. Impacto das úlceras venosas na qualidade de vida dos pacientes: revisão integrativa. **Ver. Bras.Enferm**. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n4/pt_0034-7167-reben-71-04-2021.pdf. Acesso em: 18 de novembro de 2019.

JÚNIOR, E.M.; BLANES, L.; SHIMIDT, C.S.S.; FERREIRA, L.M. **Manual sobre técnica de aplicação da bota de unna em pacientes com úlceras venosas**. 1ª edição. São Paulo, 2019. KREINDL, C.; BASFI-FER, K.; ROJAS, P.; CARRASCO, G.; Tratamiento nutricional en úlceras por presión y úlceras venosas. *Rev. chil. Nutr*, v.46. 2019. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182019000200197. Acesso em: 12 de novembro de 2019.

LURIE, F.; BITTAR, S.; KASPER, G. Optimal Compression Therapy and Wound Care for Venous Ulcers. **Rev. Surgical clinics of North America**, v.98, p.349-360.2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29502776>. Acesso em: 12 NOV. 2019.

MARTINELLI, B.; NORONHA, J. M.; SETTE, M. F. M.; SANTOS, I. P.; BARRILE, S. R.; SIMÃO, J. C. Alterações cardiorrespiratórias de pacientes submetidos à oxigenoterapia hiperbárica. **Rev. Esc.Enferm. USP**, v.53. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100471. Acesso em 9 de fevereiro de 2020.

MENDES, C.A.; MOTTA, J.B. Tratamento das úlceras crônicas de membros inferiores: estado da arte e perspectivas futuras. **Rev. Hegemonia**, p. 137-149. 2018. Disponível em: [http://www.unieuro.edu.br/sitenovo/revistas/revista_hegemonia_25/Cynthia%20Mendes%20\(7\).pdf](http://www.unieuro.edu.br/sitenovo/revistas/revista_hegemonia_25/Cynthia%20Mendes%20(7).pdf). Acesso em: 10 de novembro de 2019.

NEVES, A. P.; MIRANDA, A.; MARTINS, H.; BARRADAS, R. Pentoxifilina no tratamento da úlcera venosa: uma revisão baseada na evidência. **RevPortMedGeraIFam**, vol.32. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgfv32n3/v32n3a06.pdf>. Acesso em: 23 novembro de 2019.

NICOLOSI; J.T, ALTRAN; S.C, BARRAGAM; J.P, DE CARVALHO; V. F, ISAAC; C. Terapias compressivas no tratamento de úlcera venosa estudo bibliométrico. **Rev. Aquichan**, v. 15, p. 283-295. 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972015000200011&script=sci_abstract&tng=pt. Acesso em: 29 de outubro de 2019.

PONTE, V. A.; SILVA, A. S. J.; MORORÓ, D. G. A.; VERAS, V. S.; ARAÚJO, T. M. Avaliação dos Efeitos da Irradiação Ultrassônica de Baixa Frequência no Tratamento de Úlcera Venosa. **Rev. Fund. Care. Online**. 2019. Disponível em: <http://www.repositorio.unilab.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/584>. Acesso em: 9 de fevereiro de 2020.

SILVA, M. A. M.; ARAÚJO, A. Z. P.; AMARAL, J. F.; SILVA, S. G. J.; CARDOSO, R. S.; JÚNIOR, F. M. Impacto da escleroterapia com espuma de polidocanol guiada por ultrassom em pacientes com úlcera venosa. **J. Vasc. Bras**, p.239-243. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v16n3/1677-5449-jvb-16-3-239.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2019.

SILVA, M.H.; JESUS, M. C. P.; TAVARES, R. E.; CALDEIRA, E. A. C.; OLIVEIRA, D. M.; MERIGHI M. A. B. Experiência de pessoas adultas e idosas frente à adesão aos cuidados com a úlcera varicosa. **Rev. Gaúcha Enferm**. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100410. Acesso em: 13 de fevereiro de 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOPLASTIA E CIRURGIA VASCULAR. **Projeto diretrizes SBAVC: Insuficiência venosa crônica, diagnóstico e tratamento**. 2015. Disponível em: <https://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/insuficiencia-venosa-cronica.pdf>. Acesso em 12 NOV. 2019.

SOUSA, H. F.; ARAÚJO, A. M.; NELSON, I. C. A. S. R.; SILVA, K. R. F. O enfermeiro no manejo clínico de pacientes com úlcera venosa: revisão integrativa de literatura. **Rev. Humano Ser – UNIFACEX**, v.1, p. 32-51. 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/view/623/142>. Acesso em: 13 de março de 2020.

TEIXEIRA, A. K. S.; SILVA, L. F.; Reflexão sobre o cuidado clínico de enfermagem à pessoa com úlcera venosa segundo a Teoria de Imogene King. **Rev. Associa. Bras. Estomato**, v.13. 2015. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/107#:~:text=TEORIA%20IMOGENE%20KING%20E%20A,profissional%20enfermeira%20e%20o%20paciente>. Acesso em 15 de março de 2020.

CAPÍTULO 6

COMPLICAÇÕES MATERNAS ASSOCIADAS AO TIPO DE PARTO: UM OLHAR A LUZ DAS EVIDÊNCIAS

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 27/07/2020

Sofia Isis de Oliveira Ibiapina

Cristo Faculdade do Piauí- CHRISFAPI
Piripiri- PI
<http://lattes.cnpq.br/2671912907747819>

Manoel Messias Rodrigues da Silva

Cristo Faculdade do Piauí- CHRISFAPI
Piripiri- PI
<http://lattes.cnpq.br/1915578676800144>

Carliane Maria de Araújo Souza

Universidade Estadual do Piauí-UESPI
Piripiri – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/2427943336702866>

Maria Eduarda Marques Silva

Cristo Faculdade do Piauí- CHRISFAPI
Piripiri- PI
<http://lattes.cnpq.br/3744143319620915>

Eduardo Batista Macedo de Castro

Cristo Faculdade do Piauí- CHRISFAPI
Piripiri- PI
<http://lattes.cnpq.br/2551575681198771>

Jefferson Carreiro Mourão

Cristo Faculdade do Piauí- CHRISFAPI
Piripiri- PI
<http://lattes.cnpq.br/1395631632755567>

Gabrielle dos Santos Alves Pereira

Cristo Faculdade do Piauí - CHRISFAPI
Piripiri – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/8952541005774171>

José Luis da Costa Silva

Cristo Faculdade do Piauí- CHRISFAPI
Piripiri- PI
<http://lattes.cnpq.br/2725467065516529>

Geovane Soares Mendes

Cristo Faculdade do Piauí- CHRISFAPI
Piripiri- PI
<http://lattes.cnpq.br/9431884641768838>

Teogenes Bonfin Silva

Cristo Faculdade do Piauí - CHRISFAPI
Piripiri – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/1950342331729797>

Vanessa Rayanne de Souza Ferreira

Cristo Faculdade do Piauí - CHRISFAPI
Piripiri – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/5653130622300378>

Francisco Izanne Pereira Santos

Cristo Faculdade do Piauí - CHRISFAPI
Piripiri – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/8328322118848046>

RESUMO: INTRODUÇÃO: Apesar de ser um fenômeno natural, o parto está cercado de tabus e mitos que são passados de geração em geração e estimulados nos meios de comunicação. Isso gera nas mulheres muitas dúvidas e medos. O tipo de parto deve ser avaliado com cautela por gestantes e profissionais de saúde e seus benefícios devem superar seus potenciais riscos. Conhecer esses riscos à luz das melhores evidências disponíveis na atualidade torna-se imprescindível para a tomada de decisão realmente esclarecida, por parte das

gestantes e profissionais. **METODOLOGIA:** Realizou-se como metodologia uma revisão integrativa na qual foram encontrados 50 artigos, sendo eles acessados em bases de dados da saúde (Public Medline, Scientific Electronic Library Online e Biblioteca Virtual em Saúde). No entanto, levando em consideração os critérios de seleção (artigos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa, com ano de publicação de 2014 a 2019 e com temas que se adequassem ao assunto a ser explorado) e critérios de exclusão (artigos duplicados em bases de dados e que fugissem dos critérios de seleção) tais artigos foram reduzidos a 8. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** verificou-se que dentre os fatores que influenciam a escolha da via de parto, está principalmente o conhecimento prévio, sendo o parto vaginal escolhido geralmente devido a recuperação mais rápida e o parto cesárea escolhido devido ao medo da dor do parto, sendo a principal escolha no setor privado. Verificou-se ainda que as presenças de doenças associadas na gestação geralmente evoluem para parto cesárea e que mulheres com antecedentes de pré-eclâmpsia e hipertensão arterial tiveram mais chance de ter parto cesáreo. Dentre os estudos analisados, constatou-se que mulheres que são submetidas a parto cesárea possuem maior chance de morte materna e infecção pós-parto e, em contrapartida, o parto vaginal planejado foi associado a menos desfechos adversos em comparação ao parto cesáreo planejado. Logo, o parto cesáreo possui maior risco de desenvolver infecção pós-parto, infecção urinária, dor, complicações anestésicas, complicações precoces, maior risco de transfusão de sangue, internação em unidade de terapia intensiva (UTI), histerectomia e outros do que comparados ao parto normal. **CONCLUSÃO:** Tal estudo proporcionou avaliar como o parto cesáreo é eficaz, quando existem doenças, que podem estar associadas a complicação materna, neste caso, tem como principal indicação o parto cesáreo para controle de sinais vitais da mãe durante o parto, levando em consideração a evolução da gravidez. Apesar do parto normal trazer muitos benefícios para a mãe e para o feto, existem ocasiões, em que tal tipo de parto não é a primeira escolha, pois pode estar atrelado a uma possível complicação materna, que pode agravar por conta da doença que estava previamente instalada. Ademais, o conhecimento sobre os tipos de parto influencia muito na escolha das gestantes, reduzindo assim, possíveis complicações. **PALAVRAS-CHAVE:** Complicações maternas. Tipos de parto. Cesárea. Normal. Vaginal.

MATERNAL COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH THE TYPE OF CHILDBIRTH: A GLANCE IN THE LIGHT OF EVIDENCE

ABSTRACT: INTRODUCTION: Despite being a natural phenomenon, childbirth is surrounded by taboos and myths that are passed on from generation to generation and stimulated in the media. This generates many doubts and fears in women. The type of childbirth must be carefully evaluated by pregnant women and health professionals and its benefits must outweigh its potential risks. Knowing these risks in the light of the best evidence available today is essential for truly informed decision making by pregnant women and professionals. **METHODOLOGY:** An integrative review was carried out as a methodology in which 50 articles were found, which were accessed in health

databases (Public Medline, Scientific Electronic Library Online and Virtual Health Library). However, taking into account the selection criteria (articles in Portuguese, Spanish or English, with year of publication from 2014 to 2019 and with themes that suit the subject to be explored) and exclusion criteria (articles duplicated in databases). data and that were outside the selection criteria) such articles were reduced to 8.

RESULTS AND DISCUSSIONS: it was found that among the factors that influence the choice of the mode of childbirth, there is mainly prior knowledge, with vaginal delivery being chosen generally due to faster recovery and cesarean childbirth chosen due to fear of labor pain, being the main choice in the private sector. It was also found that the presence of associated diseases during pregnancy generally evolves to cesarean delivery and that women with a history of pre-eclampsia and arterial hypertension were more likely to have a cesarean childbirth. Among the studies analyzed, it was found that women who are submitted to cesarean delivery have a greater chance of maternal death and postpartum infection and, in contrast, planned vaginal childbirth was associated with fewer adverse outcomes compared to planned cesarean delivery. Therefore, cesarean delivery has a higher risk of developing postpartum infection, urinary tract infection, pain, anesthetic complications, early complications, greater risk of blood transfusion, admission to the intensive care unit (ICU), hysterectomy and others than compared to normal birth. **CONCLUSION:** This study provided an assessment of how effective cesarean delivery is, when there are diseases, which may be associated with maternal complications, in this case, the main indication is cesarean childbirth for controlling the mother's vital signs during delivery, taking into account the evolution of pregnancy. Although normal childbirth brings many benefits to the mother and the fetus, there are occasions when such a delivery is not the first choice, as it may be linked to a possible maternal complication, which may worsen due to the disease that was previously installed. Furthermore, knowledge about the types of childbirth has a great influence on the choice of pregnant women, thus reducing possible complications.

KEYWORDS: Maternal complications. Types of delivery. Cesarean section. Normal. Vaginal.

11 INTRODUÇÃO

O parto é o momento em que o bebê nasce após cerca de 40 semanas de gestação. Se acontecer de forma prematura, isso pode representar riscos para a vida da mãe e do bebê. Toda gestante deve fazer o pré-natal, para acompanhar o desenvolvimento do seu bebê através de diversos exames, podendo detectar qualquer anormalidade e garantir um trabalho de parto tranquilo. Durante a gestação, os exames do pré-natal orientam os médicos e as parturientes sobre o desenvolvimento do bebê. São realizadas ultrassonografias em cada trimestre da gravidez para saber peso e tamanho do feto e identificar malformações, ademais, são feitos exames de sangue e outros específicos para gestantes. Além disso, são nas consultas do pré-natal, que são repassadas todas as informações relativas a

parto, seus tipos, riscos, benefícios e principais complicações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019).

O parto é um momento muito importante na vida de qualquer pessoa, o nascimento de um novo ser marca o início de muitas responsabilidades para os pais e de muita felicidade para toda família. Apesar de ser um fenômeno natural, o parto está cercado de tabus e mitos que são passados de geração em geração e estimulados nos meios de comunicação. Isso gera nas mulheres muitas dúvidas e medos: medo da dor, medo de que o bebê morra, medo de não conseguir, principalmente, em relação ao tipo de parto e suas complicações. Existem vários tipos de parto, sendo os principais: normal, de cócoras, na água, cesárea, induzido, com uso de fórceps, entre outros (GIBBONS *et al.*, 2010).

O parto normal, como o próprio nome indica, acontece naturalmente respeitando o processo fisiológico. Não há necessidade de medicação, mas muitas mulheres recebem anestesia para controlar a dor, relaxar e ter dilatação mais rapidamente. O trabalho de parto começa com contrações e o colo do útero se dilata até que permita a passagem do feto através do canal vaginal, depois é expelida a placenta. Outro tipo de parto, é cesariana, que é um procedimento cirúrgico no qual o feto é retirado por um corte abdominal. É indicado para situações onde há risco de vida para a mãe ou o bebê. Isso se aplica em situações graves como, por exemplo: a eclâmpsia que provoca convulsões na mãe, placenta prévia que impede a passagem do bebê ou ainda quando o bebê dá sinais de sofrimento fetal. No entanto, ainda existe muita cesariana sendo feita sem nenhuma indicação prévia (BRASIL, 2006).

As melhoras nas técnicas cirúrgicas e de anestesia, bem como a relativa raridade de complicações graves e morte, trouxeram a gestantes e profissionais de saúde a falsa percepção de que a cesariana é um procedimento livre de riscos. Suas taxas aumentaram significativamente nas últimas décadas no Brasil e em diversos países do mundo. Estimativas de 1970 indicavam que a taxa de partos cesarianas no Brasil era de cerca de 15%, subindo para 38% em 2001 e para 48,8% em 2008, representando 35% dos partos do Sistema Único de Saúde (SUS) e 80% dos partos do setor privado. As taxas de cesáreas no Brasil aumentam significativamente e são fortemente associadas à escolaridade materna e maiores nas classes sociais mais favorecidas, sendo provavelmente realizadas sem indicação clínica (BRASIL, 2011).

Entretanto, o aumento das cesarianas sem indicação médica pode elevar o risco de complicações maternas, muitas delas inerentes a qualquer procedimento cirúrgico. Portanto, o uso dessa tecnologia deve ser avaliado com cautela por gestantes e profissionais de saúde e seus benefícios devem superar seus potenciais riscos. Conhecer esses riscos à luz das melhores evidências disponíveis

na atualidade torna-se imprescindível para a tomada de decisão

realmente esclarecida, por parte das gestantes e profissionais. Assim, este estudo teve por objetivo avaliar as complicações maternas associadas ao tipo de parto.

2 | DESENVOLVIMENTO

2.1 Métodos

Realizou-se como metodologia uma revisão integrativa na qual foram encontrados 50 artigos, sendo eles acessados em bases de dados da saúde (Public Medline, Scientific Electronic Library Online e Biblioteca Virtual em Saúde). No entanto, levando em consideração os critérios de seleção (artigos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa, com ano de publicação de 2014 a 2019 e com temas que se adequassem ao assunto a ser explorado) e critérios de exclusão (artigos duplicados em bases de dados e que fugissem dos critérios de seleção) tais artigos foram reduzidos a 8.

2.2 Resultados e discussão

2.2.1 Fatores que influenciam o tipo de parto

| Título | Autores | Ano | Principais Achados |
|---|--|------|--|
| Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto fina | MADEIRA, R. M. C, et al | 2014 | A preferência inicial pela cesariana foi de 27,6%, variando de 15,4% (primíparas no setor público) a 73,2% (múltiparas com cesariana anterior no setor privado). O principal motivo para a escolha do parto vaginal foi a melhor recuperação desse tipo de parto e para a cesariana o medo da dor do parto. Mulheres do setor privado apresentaram 87,5% de cesariana, com aumento da decisão pelo parto cesáreo no final da gestação, independentemente do diagnóstico de complicações. Em ambos os setores, a proporção de cesariana foi muito superior ao desejado pelas mulheres |
| Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto | SANTANA, F. A.; LAHM, J. V.; SANTOS, R. P. | 2015 | A escolha do tipo de parto tem relação com o conhecimento que as gestantes recebem sobre o assunto. Das gestantes entrevistadas, 80% relataram que o melhor tipo de parto é o normal, sendo esta percepção influenciada por fatores relacionados a experiências anteriores, compreensão acerca da recuperação pós-parto, orientação médica e desejo de fazer laqueadura tubária. Diante disso, entende-se que os déficits de conhecimento bem como a falta de informações consistentes apresentam-se como fatores determinantes perante o processo de tomada de decisão. |

Quadro 1- Estudos baseados nos fatores que influenciam o tipo de parto

Fonte: Próprio autor, 2019.

A mulher e o bebê são os protagonistas no momento do parto, e para tanto, merecem um tratamento humanizado e pautado no respeito. É imprescindível que a mulher seja empoderada, tendo o direito de participar das decisões sobre sua saúde e seu próprio corpo, inclusive na escolha do tipo de parto ao qual será submetida. De acordo com LEGUIZAMON, J *et al* (2013) a cesárea e o parto normal são as alternativas disponíveis e, dessa forma, espera-se que a gestante possua o direito de averiguar os riscos e benefícios para livremente escolher o tipo de parto que deseja, se não houver nenhum impedimento para quaisquer que seja o tipo de parto.

No que tange aos fatores que influenciam o tipo de parto, a pesquisa realizada por MADEIRA, R. M. C, *et al* (2014) traz consigo um comparativo de fator de escolha para cada tipo de parto, sendo o parto vaginal escolhido devido a recuperação mais rápida e o parto cesárea escolhido devido ao medo da dor do parto, o trabalho relata ainda que no setor privado o número de cesarianas são a principal escolha, independente do diagnóstico de complicações, representando assim mais da metade do número de partos vaginais.

SANTANA, F. A; LAHM, J. V; SANTOS, R. P (2015) relatam em seus trabalhos que a maioria das mulheres acreditam que o parto normal é o melhor tipo de parto, devido a experiências e conhecimento prévio. No estudo, observa-se que o principal fator de influência na escolha do tipo de parto é o conhecimento, provando assim que a falta de conhecimento está intimamente ligada as decisões da mulher no parto. Diante disso, tem-se a importância de empoderar a mulher com o conhecimento prévio sobre benefícios e complicações de cada tipo de parto.

2.2.2 Doenças associadas a complicação materna

| Título | Autores | Ano | Principais Achados |
|---|----------------------|------------|---|
| Fatores associados à via de parto em mulheres com pré-eclâmpsia | LINHARES, J.J. et al | 2014 | No estudo realizado, observou-se que 78,4% dos partos foram cesáreas. Pacientes com antecedentes de pré-eclâmpsia tiveram mais chance de ter parto cesáreo. As gestantes com pré-eclâmpsia grave tiveram 3,3 vezes mais chance de evoluir para parto cesáreo do que as com pré-eclâmpsia leve. Neste estudo, gestantes com histórico de pré-eclâmpsia ou hipertensão arterial tiveram 2,5 vezes mais chance de evoluir para parto cesáreo, quando comparadas às pacientes que não tinham esses antecedentes. A presença de hipertensão arterial associada à gravidez está ligada ao maior risco de cesariana. O risco de cesárea nas pacientes com pré-eclâmpsia foi o dobro daquelas sem hipertensão arterial. |

| | | | |
|---|---|------|---|
| Validação do score de risco para complicações cardíacas maternas em mulheres com doença cardíaca na gravidez: um estudo retrospectivo | SHEELA, C. N; VENI, N; VINOTHA, P; SUMITHRA, S. | 2019 | A doença cardíaca na gravidez é uma das causas importantes morbidade materna e neonatal, embora a mortalidade agora reduzida. A doença cardíaca complica aproximadamente 1 a 3% das gestações e é responsável por 10 a 15% de mortalidade materna. Nosso sistema de pontuação também incorpora hipertensão arterial pulmonar, que é um importante fator de risco e determina a mortalidade e morbidade. A causa mais comum de hipertensão pulmonar em nosso estudo foi obstrução cardíaca esquerda. |
|---|---|------|---|

Quadro 2 - Artigos relacionados a doenças associadas a complicação materna

Fonte: Próprio autor, 2019.

Dentre os estudos analisados, a grande maioria concluiu que as presenças de doenças associadas na gestação geralmente evoluem para parto cesárea, devido ao aumento de risco para a mãe e o bebê. No estudo de LINHARES, J.J et al (2014) constatou-se que mulheres com antecedentes de pré-eclâmpsia e hipertensão arterial tiveram mais chance de ter parto cesáreo.

De acordo com SHEELA, C. N; VENI, N; VINOTHA, P; SUMITHRA, S (2019) as doenças cardíacas são responsáveis por contribuírem com a morbidade materna, tendo como principal indicação o parto cesáreo para controle de sinais vitais da mãe durante o parto, levando em consideração a evolução da gravidez.

2.2.3 Complicações maternas em relação tipo de parto

| Título | Autores | Ano | Principais Achados |
|---|--|------|--|
| Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise | MASCARELLO, K. C; HORTAI, B. L; SILVEIRA, M. F | 2016 | Os resultados obtidos nas meta-análises indicam que mulheres de parto cesárea tem maior chance de morte materna e infecção pós-parto, mas possuem menor chance de hemorragia. No ano de 2008, 6.2 milhões de cesáreas desnecessárias foram realizadas no mundo; dessas, China e Brasil representaram quase 50% do total de cesarianas sem indicação médica. A maioria dos estudos avaliou a presença de complicações puerperais graves, como hemorragia grave e transfusão de sangue, internação em unidade de terapia intensiva, histerectomia, infecção, internação por mais de sete dias e morte. Os estudos encontraram maior risco de infecção puerperal, e complicações da ferida cirúrgica entre as mulheres de cesárea comparadas as de parto vaginal. Estudo avaliou a presença de trauma obstétrico, incluindo laceração perineal e vaginal, outras lesões de órgãos pélvicos e danos a articulações pélvicas e ligamentos, mostrando que mulheres de parto vaginal eram mais propensas a experimentarem essa complicação quando comparadas às mulheres de cesárea |

| | | | |
|---|---|------|---|
| Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura | AZEVEDO, W. F.; DINIZ, M. B.; VALÉRIO, E. S.; FONSECA, B.; AZEVEDO, L. M. R.; EVANGELISTA, C. B | 2015 | Do ponto de vista biológico, dentre as consequências da gravidez para a adolescente, citam-se maiores incidências de síndrome hipertensiva da gravidez (SHG), anemia, diabetes gestacional, complicações no parto, determinando aumento da mortalidade materna e infantil. A complicação materna que apresentou um maior destaque foi a ruptura prolongada da membrana, seguida de pré-eclâmpsia, doenças na tireoide, doenças cardíacas e infecções no trato urinário. Sugerem-se como principais complicações maternas a doença hipertensiva específica da gestação, o abortamento, a infecção urinária e a ruptura prematura das membranas ovulares. |
| Cesariana planejada ou parto vaginal planejado para gêmeos: uma análise secundária de um estudo controlado randomizado. | ZAFARMAND, M.H. et at. | 2019 | Parto vaginal planejado foi associada a menos desfechos adversos em comparação ao parto cesáreo planejado. Os resultados neonatais de gestações gemelares com o primeiro gêmeo em posição cefálica podem diferir dependendo da idade gestacional e do modo de parto planejado. De 32 a 37 semanas, um parto vaginal planejado parece favorável, enquanto, a partir das 37 semanas um cesáreo planejado pode ser mais seguro. |
| Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil | MASCARELLO, K. C.; MATIJASEVICH, A; SANTOS, I. S; SILVEIRA, M. F. | 2018 | O parto cesárea foi associado a um risco 56% maior de complicações precoces, 2,98 vezes maior de infecção pós-parto, 79% mais risco de infecção urinária, 2,40 vezes maior de dor, 6,16 vezes maior de cefaleia e mais de 12 vezes maior de complicações anestésicas, quando comparado ao parto vaginal. Em relação ao risco de infecção pós-parto, outros estudos encontraram resultados semelhantes, apontando cesariana como fator de risco. As mulheres submetidas à cesariana também apresentaram 2,40 vezes mais relatos de dor em comparação às mulheres que tiveram parto vaginal |

Quadro 3 - Estudos correspondentes as complicações em relação ao tipo de parto

Fonte: Próprio autor, 2019.

Dentre os estudos analisados, observou-se que mulheres que são submetidas a parto cesárea possuem maior chance de morte materna e infecção pós-parto. De acordo com ZAFARMAND, M.H. *et at* (2019) em seu trabalho, o parto vaginal planejado foi associado a menos desfechos adversos em comparação ao parto cesáreo planejado.

No tocante de complicações maternas, o parto cesarea ganhou destaque na última década, sendo realizada desenfreadamente sem indicação medica e sem análise das complicações maternas associadas a este tipo de parto. MASCARELLO, K. C; HORTAI, B. L; SILVEIRA, M. F (2016) trazem em seu estudo que em 2008, 6.2 milhões de cesáreas desnecessárias foram realizadas no mundo, e dentre essas, a China e Brasil representaram quase 50% do total de cesarianas sem

indicação médica. São números alarmantes quando se coloca em questão a falta de preocupação com as complicações associadas ao tipo de parto.

Dentre os estudos analisados, descritos por MASCARELLO, K. C; HORTAL, B. L; SILVEIRA, M. F (2016) e MASCARELLO, K. C; MATIJASEVICH, A; SANTOS, I. S; SILVEIRA, M. F (2018) o parto cesáreo possui maior risco de desenvolver infecção pós-parto, infecção urinária, dor, complicações anestésicas, complicações precoces, maior risco de transfusão de sangue, internação em unidade de terapia intensiva (UTI), histerectomia e outros do que comparados ao parto normal.

AZEVEDO, W. F; DINIZ, M. B; VALÉRIO, E. S; FONSECA, B; AZEVEDO, L. M. R; EVANGELISTA, C. B (2015) traz em seu estudo as complicações maternas nos tipos de parto na gravidez na adolescência, que tem como a idade outro fator para complicação materna. No estudo, a complicação materna que apresentou um maior destaque foi a ruptura prolongada da membrana, seguida de pré-eclâmpsia, doenças na tireoide, doenças cardíacas e infecções no trato urinário. Sugerem-se como principais complicações maternas a doença hipertensiva específica da gestação, o abortamento, a infecção urinária e a ruptura prematura das membranas ovulares.

ZAFARMAND, M.H. *et al* (2019) traz em seu estudo uma análise sobre o melhor tipo de parto em caso de gestação gemelar, comparando com as complicações maternas que o tipo de gestação traz consigo, e diante disso, observou-se que de 32 a 37 semanas, um parto vaginal planejado parece favorável, enquanto, a partir das 37 semanas seguintes, um cesáreo planejado pode ser mais seguro. Os riscos absolutos no prazo são baixos e devem ser comparados aos riscos maternos aumentados associados ao parto cesáreo planejado.

3 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo verificou-se que as práticas profissionais, em relação à orientação das gestantes no que se refere a tipos de parto, principalmente no pré-natal, não se mostram efetivas em termos de conhecimento. Observou-se que ainda existe muita dúvida, por parte das gestantes, no momento da escolha do tipo de parto, que muitas vezes acabam optando por cesariana, sem saber os benefícios do parto normal e fisiológicos e suas indicações.

Tal estudo proporcionou avaliar como o parto cesáreo é eficaz, quando existem doenças, que podem estar associadas a complicação materna, neste caso, tem como principal indicação o parto cesáreo para controle de sinais vitais da mãe durante o parto, levando em consideração a evolução da gravidez. Apesar do parto normal trazer muitos benefícios para a mãe e para o feto, existem ocasiões, em que tal tipo de parto não é a primeira escolha, pois pode estar atrelado a uma

possível complicação materna, que pode agravar por conta da doença que estava previamente instalada.

Por fim, dentre os estudos analisados, observou-se que mulheres que são submetidas a parto cesárea possuem maior chance de morte materna e infecção pós-parto, principalmente nos casos de cesariana sem indicação médica, que aumentaram demasiadamente nos últimos anos. No entanto, o parto normal também pode trazer algumas complicações, por exemplo, um estudo avaliou a presença de trauma obstétrico, incluindo laceração perineal e vaginal, outras lesões de órgãos pélvicos e danos a articulações pélvicas e ligamentos, mostrando que mulheres de parto vaginal eram mais propensas a experimentar essa complicação quando comparadas às mulheres de cesárea.

Conclui-se que o conhecimento sobre os tipos de parto, além de saber acerca dos benefícios ou mesmo prejuízos, que estes podem causar, influencia muito na escolha das gestantes, reduzindo assim, possíveis complicações relacionadas a cada tipo. Logo, torna-se necessário maior conhecimento das gestantes, como forma de auxiliá-las no momento da escolha e de modo a reduzir as possíveis complicações relativas a cada tipo de parto.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, W. F.; DINIZ, M. B.; VALÉRIO, E. S.; FONSECA, B.; AZEVEDO, L. M. R.; EVANGELISTA, C. B. **Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082015005053127&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 29 de nov.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico pré-natal e puerpério - atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. **Portaria n.º 1.459/GM/MS**, de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 2011.

GIBBONS, L. et al. **The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Overuse as a barrier to universal coverage**. World Health Report. 2010.

LEGUIZAMON, J. T. STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L. **Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras**. Rev Bioét. 2013;21(3):509-17

LINHARES, J.J. *etal*. **Fatores associados à via de parto em mulheres com pré-eclâmpsia**. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Juvenal_Linhares/publication/273671595_Fatores_associados_a_via_de_parto_em_mulheres_com_pre-eclampsia/links/56b9ee7708ae9d9ac67f3daa.pdf. Acesso em 29 de nov.2019.

MADEIRA, R. M. C, et al. **Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final.** Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2014000700017&script=sci_arttext. Acesso em 29 de nov.2019.

MASCARELLO, K. C; MATIJASEVICH, A; SANTOS, I. S; SILVEIRA, M. F. **Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil.** Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2018.v21/e180010/pt/>. Acesso em 29 de nov.2019.

MASCARELLO, K. C; HORTAI, B. L; SILVEIRA, M. F. **Complicações maternas e cesárea sem indicação: revisão sistemática e meta-análise.** Disponível em: http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000389/0034-8910-rsp-S1518-87872017051000389-pt.x63890.pdf. Acesso em 29 de nov.2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Gravidez e Parto.** Disponível em: <http://www.todamateria.com.br/gravidez-e-parto/>. Acesso em 02 dez. 2020.

SANTANA, F. A; LAHM, J. V; SANTOS, R. P. **Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto.** Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/21337>. Acesso em: 29 de nov.2019

SHEELA, C. N; VENI, N; VINOTHA, P; SUMITHRA, S. **Validação do escore de risco para complicações cardíacas maternas em mulheres com doença cardíaca na gravidez: um estudo retrospectivo.** Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31598041>. Acesso em 29 de nov.2019.

ZAFARMAND, M.H. *et al.* **Cesariana planejada ou parto vaginal planejado para gêmeos: uma análise secundária de um estudo controlado randomizado.** Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31674091>>Acesso em 29 de nov.2019

CAPÍTULO 7

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO PACIENTE COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 01/09/2020

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM
Timon-MA
<http://lattes.cnpq.br/5883408075990521>

Francisca Maria Pereira da Cruz

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM
Timon-MA
<http://lattes.cnpq.br/5343894061869778>

Thayane Silva Vieira Aragão Soares

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM
Timon-MA
<http://lattes.cnpq.br/4721245811351185>

Nielson Valério Ribeiro Pinto

Centro de Ensino Unificado de Teresina –
CEUT
TERESINA-PI
<http://lattes.cnpq.br/8328987109165788>

Cyane Fabiele Silva Pinto

Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/9530661566258015>

Elton Filipe Pinheiro de Oliveira

Faculdade Integral Diferencial-FACID DeVry
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/2829054084850625>

Dallyane Cristhefane Carvalho Pinto

Centro Universitário UNINOVAFAPI
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/2547288253506603>

Illana Silva Nascimento

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/3449158798150141>

Ana Tereza Oliveira Santos

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/6941450289978482>

Pollyana Rocha de Araújo

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/2103032950479476>

Julyana da Costa Lima Cavalcante

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/3821889145991765>

Leonardo Teles Martins Mascarenhas

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/6625700032925771>

RESUMO: **Objetivo:** Refletir acerca da assistência integral no cuidado ao paciente vítima de traumatismo crânioencefálico. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo reflexivo para subsidiar a compreensão acerca da assistência integral no cuidado ao paciente vítima de traumatismo crânioencefálico, com ênfase nos cuidados de enfermagem durante o atendimento pré-hospitalar e intra-hospitalar, fundamentado na análise e interpretação da literatura existente sobre a temática nas bases de dados: LILACS - Literatura Latino-

Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, SciELO – Scientific Electronic Library Online e BDEF - Base de Dados de Enfermagem. **Resultados:** De modo geral, pode-se inferir que as condutas gerais durante o atendimento às vítimas de TCE são: suporte ventilatório, hemodinâmico, nutricional, analgesia, sedação, e controle glicêmico. Em relação aos cuidados específicos podemos destacar: avaliação inicial da pressão intracraniana e da pressão de perfusão cerebral. Quanto aos diagnósticos de enfermagem, pode-se destacar: confusão aguda, ventilação espontânea, padrão respiratório ineficaz, Integridade da pele prejudicada e risco de perfusão tissular cerebral ineficaz relacionado a lesão cerebral. **Conclusão:** Diante disso, observa-se que a enfermagem tem um importante papel, destacando-se a realização de programas de prevenção de acidentes e promoção de saúde aos acidentados para, assim, minimizar o número de sua ocorrência e as repercussões para os indivíduos e para a sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de enfermagem; diagnósticos de enfermagem, traumatismos craniocerebrais.

NURSING CARE IN CARING FOR PATIENTS WITH CRANIOENCEPHALIC TRAUMATISM

ABSTRACT: Objective: To reflect on comprehensive care in the care of patients who are victims of traumatic brain injury. **Methodology:** This is a descriptive, reflective study to support the understanding of comprehensive care in the care of traumatic brain injury patients, with an emphasis on nursing care during pre-hospital and in-hospital care, based on the analysis and interpretation of existing literature on the subject in the databases: LILACS - Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, SciELO - Scientific Electronic Library Online and BDEF - Nursing Database. **Results:** In general, it can be inferred that the general conducts during the care for victims of TBI are: ventilatory, hemodynamic, nutritional support, analgesia, sedation, and glycemic control. Regarding specific care, we can highlight: initial assessment of intracranial pressure and cerebral perfusion pressure. As for the nursing diagnoses, the following can be highlighted: acute confusion, spontaneous ventilation, ineffective breathing pattern, impaired skin integrity and risk of ineffective cerebral tissue perfusion related to brain injury. **Conclusion:** Given this, it is observed that nursing has an important role, highlighting the implementation of accident prevention programs and health promotion for the injured, in order to minimize the number of its occurrence and the repercussions for individuals and for the society.

KEYWORDS: Nursing care; nursing diagnoses, craniocerebral trauma.

1 | INTRODUÇÃO

O Brasil vive hoje uma epidemia de acidentes de trânsito, especialmente de motocicletas e, por conta disso houve um aumento no número de atendimentos a vítimas desse tipo de acidente. Em 2010, foram realizadas 145.920 internações de vítimas dos acidentes no trânsito financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS),

com um custo de aproximadamente R\$ 187 milhões. A dinâmica desse fenômeno, multicausal em sua gênese, atinge suas vítimas com diferentes graus de severidade segundo tipo de acidente e atributos demográficos (ALMEIDA et al., 2013).

No cenário mundial, o Brasil ocupa o quinto lugar entre os recordistas em mortes no trânsito, atrás da Índia, China, Estados Unidos e Rússia. Atualmente, o trauma constitui um dos mais importantes e significativos problemas de toda a área social. Enquanto a morte por afecções cardíacas ou câncer diminui em média 10 a 15 anos de vida de um cidadão, a decorrente do trauma chega a tirar 30 a 40 anos de uma vida altamente produtiva, já que o problema incide prioritariamente sobre indivíduos jovens (GOLIAS; CAETANO, 2013).

O trauma é uma lesão de extensão, intensidade e gravidade variável, que pode ser produzida por agentes físicos, químicos, psíquicos e outros, de forma acidental ou intencional, instantânea ou prolongada, em que o poder do agente agressor supera a resistência encontrada (REZENDE et al., 2012).

Uma das lesões neurológicas mais frequentes decorrentes dos acidentes de trânsito é o traumatismo cranioencefálico (TCE), de grande importância devido à gravidade das sequelas que provocam. O TCE faz 1,5 milhões de vítimas fatais no mundo, anualmente. Nos Estados Unidos esse número é de 500 mil, entre eles, 50 mil não conseguem sobreviver e até 20 mil morrem dentro do hospital (SIMÕES; AMORIM, 2015). No Brasil, ocorre meio milhão de hospitalizações por ano devido ao TCE (SILVA et al., 2017).

Sendo assim, o enfermeiro tem papel fundamental na assistência à vítima TCE e, para que haja uma sistematização dos conhecimentos da enfermagem, desenvolveu-se o Processo de Enfermagem, que se trata de uma dinâmica visando à assistência integral e humanizada que atenda às necessidades humanas básicas. Tal processo é dividido em seis etapas complementares: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano de Assistência, Prescrição, Evolução e Prognóstico (CARITÁ; NINI; MELO, 2010).

Para a aplicação deste Processo no cotidiano das instituições de saúde, há necessidade de uma constante atualização, desenvolvimento de novas sistemáticas, conhecimento da população alvo, entre outros fatores relevantes que facilitem e potencializem esta assistência, sendo importante aprofundar o conhecimento do fenômeno a partir de estudos anteriores (CAVALCANTI; ILHA; BERTONCELLO, 2013).

Lesões incapacitantes como TCE, requerem um processo longo de reabilitação, definida como um processo educativo que visa reduzir a incapacidade experimentada como resultado de uma doença ou lesão (LIZ; ARENT; NAZÁRIO, 2012).

Portanto, considerando a magnitude das consequências desse tipo de

trauma, tanto no âmbito pessoal como no social, resolveu-se realizar uma busca na literatura existente sobre a temática com o objetivo de refletir acerca da assistência integral no cuidado ao paciente vítima de TCE, com ênfase nos cuidados de enfermagem durante o atendimento pré-hospitalar (APH) e intra-hospitalar.

2 | METODOLOGIA

O percurso metodológico seguido foi de um estudo descritivo, tipo reflexivo para subsidiar a compreensão acerca da assistência integral no cuidado ao paciente vítima de TCE, com ênfase nos cuidados de enfermagem durante o atendimento pré-hospitalar (APH) e intra-hospitalar, fundamentado na análise e interpretação da literatura existente sobre a temática nas bases de dados: LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, SciELO - Scientific Electronic Library Online e BDEF - Base de Dados de Enfermagem, utilizando os descritores: cuidados de enfermagem, diagnóstico de enfermagem e traumatismos craniocerebrais.

Os critérios de inclusão foram os artigos publicados dentro do recorte temporal de 2015 a 2017, que estavam disponíveis na íntegra e em português nas bases de dados citadas. Já o critério de exclusão foram os artigos que após a leitura minuciosa de seus resumos não atendiam ao foco da pesquisa.

3 | DESENVOLVIMENTO

O TCE tem grande impacto na saúde da população em geral, tendo notória importância tanto na morbidade quanto na mortalidade, representando aproximadamente 15% a 20% das mortes em pessoas com idade entre 5 e 35 anos e é responsável por 1% de todas as mortes em adultos. Esse tipo de trauma surge não só como a principal causa de mortes e sequelas nos países industrializados, como já esboça índices elevados nos países não industrializados (DOMINGO et al., 2014).

De acordo com as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico, as lesões podem se caracterizar entre difusas, focais e lesão dos envoltórios cranianos (PASCHE et al., 2015).

A partir dos diferentes tipos de lesões, podemos avaliar e classificar a gravidade do TCE. Nesse contexto, é importante usar a Escala de Coma de Glasgow (ECG), instrumento que verifica as respostas motora, verbal e abertura ocular. Com esses parâmetros verificamos o grau de comprometimento neurológico e dependendo da pontuação classifica-se o TCE em: leve (14 ou 15 pontos com amnesia transitória), moderado (9 a 13 pontos com perda e déficit neurológico focal) e grave (3 a 8) (SILVA et al., 2017; LESUR; NISHIDA; RODRIGUES, 2017).

Aproximadamente 60% dos pacientes que sobrevivem a traumas cranianos

tem sequelas significativas como déficit motor e cognitivo, trazendo grande impacto socioeconômico e emocional aos pacientes e seus familiares. Os elevados coeficientes de sequelas motoras, psicológicas, comportamentais e cognitivas decorrentes do TCE, quando não são advindas do próprio mecanismo traumático, surgem a partir de diversos fatores secundários que estão envolvidos na evolução do quadro (GENTILE et al., 2011).

Os traumas cranianos são situações comuns, que se apresentam de formas variadas e que devem ser reconhecidas precocemente durante atendimento primário com o exame clínico e neurológico, assim como deve ser precoce o início dos procedimentos avançados de suporte a vida e condutas específicas que tem como objetivo diminuir a incidência de lesões neuronais secundárias ao trauma. As condutas nos pacientes com esse tipo de trauma, principalmente em casos graves, são complexas e exigem atenção da equipe multiprofissional durante o tratamento do paciente (ABREU et al., 2012).

Apesar do objetivo central do tratamento do TCE ser evitar lesões secundárias por meio do controle rigoroso da hipotensão e da hipóxia cerebral com monitoramento da pressão intracraniana (PIC) e do fluxo sanguíneo cerebral (FSC), devem ser considerar outras condutas, que apresentam altos índices de recomendação por inúmeros estudos e protocolos para o paciente traumatizado, com a finalidade de reduzir ao máximo as sequelas do trauma craniano, melhorando a sobrevivência e a qualidade de vida dos pacientes (RODRIGUES et al., 2010).

O tempo decorrido entre o acidente e o atendimento hospitalar é um fator decisivo para reduzir a mortalidade e a ocorrência de sequelas, uma vez que 40% dos óbitos ocorrem na fase pré-hospitalar (MOURA et al. 2011).

Durante a avaliação inicial deve ser observada a história clínica do paciente e deve ser realizado o exame físico geral e a avaliação. A avaliação do paciente com trauma craniano deve enfatizar a procura de lesões secundárias ao trauma. O primeiro passo é a obtenção e manutenção das vias aéreas pérvias, por meio das manobras de desobstrução das vias aéreas e avaliação da respiração e da ventilação por meio da ausculta pulmonar (SANTOS; CASAGRANDA; LANGE, 2013).

Deve-se tentar normalizar os parâmetros hemodinâmicos dos pacientes por meio da infusão de solução cristalóide, sangue ou mesmo fármacos vasopressores, em casos específicos, e realizar a retirada de amostra de sangue para realização de exames laboratoriais de emergência como tipo sanguíneo, hemoglobina e hematócrito em todos os pacientes e teste de gravidez em mulheres. A avaliação neurológica no paciente com trauma craniano deve receber uma atenção especial, principalmente na avaliação secundária, após se realizar o ABCDE (VIEIRA et al., 2011).

Na avaliação primária, deve-se avaliar a ECG, avaliação dos padrões

pupilares, avaliação de déficit motor e dos reflexos. Após a avaliação neurológica deve-se realizar a exposição do paciente, despindo-o e fazendo a avaliação de todo o paciente, lembrando-se de prevenir a hipotermia (CAMPOS; MACHADO, 2012).

Os pacientes que se apresentam assintomáticos, alerta e neurologicamente normal, devem ser observado por algumas horas, e feita uma reavaliação do quadro, e se ainda estiver normal pode receber alta. Os que receberem alta após a reavaliação devem ficar aos cuidados de um acompanhante por no mínimo 24h. Esses pacientes com ECG de 15 e assintomáticos não tem indicação de realizar tomografia computadorizada (TC), podendo ser indicado apenas a realização de radiografia simples de crânio para avaliação de fraturas de face ou lesões sem comprometimento de estruturas neurológicas (RAMOS et al., 2010).

Em todos os pacientes com ECG menor do que 15 faz-se necessário a realização de um exame de imagem do crânio como TC, a fim de se descartar lesões ou fazer diagnóstico considerando-se o fato de parte dos pacientes com TCE no momento inicial da avaliação não apresentarem manifestações clínicas evidentes de TCE. Já nos pacientes com ECG menor de 14, além da realização da TC, um neurocirurgião deve ser consultado para avaliação de necessidade de intervenção cirúrgica. Recomenda-se realizar TC de controle após 12h da primeira e 24h após, a fim de descartar lesões cerebrais secundárias (ELOIÁ et al., 2011).

Todos os pacientes com nível de consciência na ECG menor que 8 pontos devem ser submetidos a uma via aérea definitiva e mantidos em ventilação mecânica até que seja viável a ventilação sem aparelhos, subsequente a melhora do quadro neurológico. Entretanto, não se devem adiar os procedimentos e condutas iniciais para realizar exames de imagem, devendo inicialmente ser feito o suporte avançado de vida e as terapêuticas adequadas já descritas, e após a estabilização do quadro clínico geral e neurológico, realizar exames de imagem subsidiários como método de diagnóstico (DANTAS; OLIVEIRA; NETO, 2014).

De modo geral, pode se inferir que as condutas gerais durante o atendimento às vítimas de TCE são: suporte ventilatório, hemodinâmico, nutricional, analgesia, sedação e controle glicêmico. Em relação aos cuidados específicos podemos destacar: avaliação inicial da PIC e da Pressão de Perfusão cerebral (PPC), hiperventilação induzida, terapia hiperosmolar, balanço de água e sal, hipotermia, barbitúricos e anticonvulsivantes (ZICARELLI et al., 2012).

É importante ressaltar que a assistência de enfermagem no âmbito hospitalar não deve se restringir apenas à manutenção das funções biológicas, pois as alterações neuropsicológicas pós-traumáticas determinam o futuro do usuário, condicionando tanto o grau de independência funcional alcançado e retorno ao trabalho, como também o estabelecimento de relações sociais satisfatórias (CAVALCANTI et al., 2011).

4 I SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

Considerando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), como um instrumento que assegura ao enfermeiro em sua prática uma melhor observação do quadro clínico de forma organizada e documentada, e assim determinar as prioridades e necessidades de forma criteriosa e individualizada, percebe-se a necessidade de sua aplicação SAE em vítimas de TCE, caracterizando-se com a realização da avaliação geral do estado da vítima, avaliando assim as vias aéreas, ventilação, oxigenação, controle da hemorragia, perfusão e a função neurológica (LINS, et al., 2013).

Enfatiza-se que o atendimento de enfermagem quando embasado cientificamente, pode determinar a melhor resposta terapêutica, sendo um fator determinante no atendimento inicial as vítimas, estabelecendo a SAE como ferramentas que potencializa o cuidado qualificado (MARINELLI; SILVA; SILVA, 2015).

A SAE na prática clínica compõe o campo de ação da enfermagem científica, baseada nas evidências e na construção de um saber legítimo da profissão. Assim, identificar diagnósticos de enfermagem das vítimas de trauma, no APH avançado móvel, possibilita aos enfermeiros que atuam neste cenário detectar e controlar os riscos precocemente e planejar individualmente o cuidado prestado a esses pacientes por meio de intervenções específicas, fundamentadas cientificamente, capazes de proporcionar ações eficazes e imediatas (SALLUM; SOUSA, 2012).

Nesse contexto destacam-se alguns diagnósticos segundo NANDA (2018) e intervenções de enfermagem segundo NIC(2016), que estão descritas nos quadros 1 e 2, respectivamente.

| DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM |
|--|
| Confusão aguda evidenciada por alteração do nível de consciência; |
| Ventilação espontânea prejudicada evidenciada por dispneia; |
| Dor aguda evidenciada por expressão facial de dor relacionada à agente lesivo físico; |
| Padrão respiratório ineficaz evidenciado por dispneia relacionado a dano neurológico; |
| Memória prejudicada evidenciada por esquecimento relacionada à prejuízo neurológico; |
| Integridade da pele prejudicada evidenciada por alteração na integridade da pele relacionada à fator mecânico; |
| Risco de aspiração relacionado a nível de consciência reduzido; |
| Risco de lesão por pressão (LP) relacionada à alteração na função cognitiva e/ou imobilização física; |
| Risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos; |
| Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz relacionado a lesão cerebral; |

Quadro 1 – Diagnósticos de enfermagem evidenciados segundo NANDA I (2018).

| PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM |
|---|
| Monitorar o nível de consciência; |
| Monitorar a pressão intracraniana; |
| Monitorar os sinais vitais; |
| Monitorar a temperatura com frequência adequada; |
| Monitorar a ocorrência de dispneia e eventos que a melhorem ou piorem. |
| Auscultar os sons pulmonares após os tratamentos para registrar os resultados; |
| Monitorar sinais de infecção; |
| Monitorar o estado respiratório e oxigenação, conforme apropriado. |
| Administrar líquidos endovenosos, conforme apropriado; |
| Administrar analgésicos em horários fixos para prevenir picos e depressões da analgesia, especialmente em casos de dor intensa; |
| Administrar oxigênio suplementar, quando necessário; |
| Manter a via aérea desobstruída; |
| Determinar a necessidade de realização de aspiração das vias aéreas; |

Quadro 2 – Prescrições de enfermagem evidenciadas segundo NIC (2016).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TCE pode ocasionar inúmeras consequências e tomar proporções desastrosas para o indivíduo acometido, sua família e sociedade em geral. A evolução desses pacientes depende de uma longa fase de reabilitação para a reintegração do indivíduo à sociedade. A melhor conduta, portanto, continua sendo a prevenção.

Diante disso, observa-se que a enfermagem tem um importante papel, destacando-se a realização de programas de prevenção de acidentes e promoção de saúde aos acidentados para, assim, minimizar o número de sua ocorrência e as repercussões para os indivíduos e para a sociedade.

REFERÊNCIAS

ABREU, A. M. M, et al. **Impacto da Lei Seca na mortalidade por acidentes de trânsito**. Rev enferm UERJ, v. 20, n. 1, p. 21-26, 2012.

ALMEIDA, R. L. F. et al. **Via, homem e veículo: fatores de risco associados a gravidade dos acidentes de trânsito**. Rev. Saúde Pública, v. 47, n. 4, p. 718-731, 2013.

CAMPOS, B. B; MACHADO; F. S. **Terapia nutricional no traumatismo cranioencefálico grave**. Rev Bras Ter Intensiva, v. 24, n. 1, p. 97-105, 2012.

CARITÁ, E. C.; NINI R. A.; MELO A. S. **Sistema de auxílio aos diagnósticos de enfermagem para vítimas de trauma no atendimento avançado pré-hospitalar móvel utilizando as Taxonomias NANDA e NIC**. J. Health Inform. v. 2, n. 4, p. 87-94, 2010.

CAVALCANTI, C. D. K.; ILHA, P.; BERTONCELLO, K. C. G. **O cuidado de enfermagem a vítimas de traumas múltiplos: uma revisão integrativa.** UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde, v. 15, n. 1, p. 81-88, 2013.

DANTAS, I. E. F; OLIVEIRA, T. T; NETO, C. D M. **Epidemiologia do traumatismo crânio encefálico (TCE) no Nordeste no Ano de 2012.** Rev Bras Educ Saude REBES, v. 4, n. 1, p. 18-23, 2014.

DOMINGO, J. B. C et al. **Uso de álcool e condições de saúde de motoristas de caminhão.** Rev enferm UERJ, v.22, p. 886-892, 2014.

ELOIÁ, S. C. et al. **Análise epidemiológica das hospitalizações por trauma cranioencefálico em um hospital de Ensino.** Rev Políticas Públicas SANARE Sobral, v. 10, n. 2, p. 34-39, 2011.

GENTILE, J. K. A. et I. **Condutas no paciente com trauma cranioencefálico.** Rev Bras Clin Med, v. 9, n. 1, p. 74-82, 2011.

GOLIAS, A. R. C.; CAETANO, R. **Acidentes entre motocicletas: análise dos casos ocorridos no estado do Paraná entre julho de 2010 e junho de 2011.** Ciênc saúde coletiva, v. 18, n. 5, p. 1235-1246, 2013.

LESUR, G. R.; NISHIDA, M. B.; RODRIGUES, J. M. S. **Necessidade de tomografia computadorizada em pacientes com trauma cranioencefálico de grau leve.** Rev. Faculdade Ciências Médicas Sorocaba, v. 19, n. 2, p. 76-80, 2017.

LINS, T. H. et al. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante o atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. v. 15, N. 1, P. 34-43, 2013.

LIZ, N. A; ARENT, A; NAZÁRIO, N. O. **Características clínicas e análise dos fatores preditivos de letalidade em pacientes com Traumatismo Cranioencefálico (TCE) admitidos em Unidade de Tratamento Intensivo.** Arq Catar Med, v. 41, n. 1, p. 10-15, 2012.

MARINELLI, M. P.; SILVA, A. R. A.; SILVA, D. N. O. **Sistematização da assistência de enfermagem: desafios para a implantação.** Revista Enfermagem Contemporânea. V. 4, n. 2, p. 254 – 263, 2015.

MOURA, J. C. et al. **Perfil clínico-epidemiológico de traumatismo cranioencefálico do Hospital de Urgências e Traumas no município de Petrolina, estado de Pernambuco.** Arq Bras Neurocir, v. 30, n. 3, p. 99-104, 2011.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020.** 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NIC – INTERNATIONAL. **Classificação das intervenções de enfermagem – NIC.** 6.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

PASCHE, D. F. et al. **Diretrizes de atenção a reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF, p. 28-30, 2015.

RAMOS, E. M. S. et al. **Aspectos epidemiológicos dos traumatismos cranioencefálicos atendidos no Hospital Regional do Agreste de Pernambuco de 2006 a 2007.** Rev Bras Promoção Saúde RBPS Fortaleza, v. 23, n. 4, p. 4-10, 2010.

REZENDE, N. D. S. et al. **Perfil das ocorrências de politrauma em condutores motociclísticos atendidos pelo SAMU de Teresina-PI.** Rev bras enferm, v. 65, p. 936-941, 2012.

RODRIGUES, N. B. et al. **Mortes, lesões e padrão das vítimas em acidentes de trânsito com ciclomotores no município de Sorocaba, São Paulo, Brasil.** Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba, v. 12, n. 3, p. 21-25, 2010.

SALLUM, A. M. C; SOUSA, R. M. C. **Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras seis horas após o evento.** Acta Paul Enferm, v. 25, n. 2, p. 256-262, 2012.

SANTOS, F; CASAGRANDA, L. P; LANGE. **Traumatismo cranioencefálico: causas e perfil das vítimas atendidas no Pronto Socorro de Pelotas/Rio Grande do Sul, Brasil.** Rev Min Enfer, v. 17, n. 4, p. 882-887, 2013.

SILVA, J. A. et al. **Traumatismo cranioencefálico no município de fortaleza.** Rev. Enferm. Foco, v. 8, n. 1, p. 22-26, 2017.

VIEIRA, R. C. A. et al. **Levantamento epidemiológico dos acidentes motociclísticos atendidos em um Centro de Referência ao Trauma de Sergipe.** Rev Esc Enferm USP, v. 45, n. 6, p. 1359-1363, 2011.

ZICARELLI, C. A. M. O. et al. **Papel do tratamento medicamentoso no traumatismo crânio-encefálico: um novo conceito.** J Bras Neurocir, v. 3, n. 23, p. 222-225, 2012.

CAPÍTULO 8

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA À VÍTIMA DE QUEIMADURA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 19/08/2020

Michelle Kerin Lopes

Faculdade Estácio de Sa
Belo Horizonte, MG

<http://lattes.cnpq.br/2325617617172329>

Eullâyne Kassyanne Cardoso Ribeiro

Instituto de Ensino Superior Múltiplo
Timon-MA

<http://lattes.cnpq.br/1473684984564162>

Juliana Maria de Oliveira Leite

Faculdade de Ensino Superior de Floriano
Floriano- Piauí

<http://lattes.cnpq.br/0443280131140993>

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro

Instituto de Ensino Superior Múltiplo
Timon-MA

<http://lattes.cnpq.br/5883408075990521>

Maria Tamires Alves Ferreira

Universidade Federal do Piauí
Teresina-PI

<http://lattes.cnpq.br/4183905820785710>

Gabriela Oliveira Parentes da Costa

Instituto de Ensino Superior Múltiplo
Timon-MA

<http://lattes.cnpq.br/4864615706921276>

Lília Regina de Lima Cardoso Nascimento

Instituto de Ciências Jurídicas e Sociais
Professor Camillo Filho
Teresina, PI

<http://lattes.cnpq.br/3917289731231569>

Alexsniellie Santana dos Santos

Faculdade Maurício de Nassau – Aliança
Teresina- PI

<http://lattes.cnpq.br/1892559188869997>

Ricardo Clayton Silva Jansen

Universidade Federal do Maranhão-UFMA
São Luís-MA

<http://lattes.cnpq.br/9233151414276990>

RESUMO: Objetivo: identificar na literatura os cuidados de enfermagem durante o atendimento de emergência ao paciente queimado.

Metodologia: revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE da *National Library of Medicine*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Banco de Dados de Enfermagem, com recorte temporal de 2012 a 2017. **Resultados:** Foram identificados 10 artigos que evidenciaram como cuidados de enfermagem ao paciente queimado: avaliação do nível de comprometimento cutâneo e sistêmico, dar prosseguimento com o uso do protocolo de suporte avançado de vida no trauma e avaliar quaisquer lesões concomitantes. A conduta do enfermeiro na assistência ao paciente vítima de queimadura tem como principal objetivo minimizar quaisquer complicações advindas do trauma sofrido. **Considerações finais:** o enfermeiro precisa realizar atualizações científicas e técnicas para realização de condutas adequadas no atendimento ao paciente vítima de queimadura. Também é necessária uma maior padronização no cuidado de enfermagem ao paciente queimado. Para isso, é importante a

realização de mais estudo sobre a temática para que se produzam mais evidências científicas.

PALAVRAS-CHAVE: Paciente. Queimaduras. Enfermagem em emergência. Assistência de enfermagem.

NURSING CARE IN THE EMERGENCY CARE OF THE PATIENT VICTIM OF BURNING

ABSTRACT: Objective: to identify in the literature the nursing care during the emergency care of the burned patient. **Methodology:** Integrative literature review conducted in the PubMed / MEDLINE databases of the National Library of Medicine, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and Nursing Database. 10 articles were selected. **Results:** the nursing care evidenced related to the burned patient were: evaluation of the level of cutaneous and systemic impairment, follow up with the use of the protocol of advanced life support in the trauma and evaluate any concomitant lesions. The nurse's role in assisting the burn victim patient has as main objective to minimize any complications arising from the trauma suffered. **Final considerations:** nurses need to carry out scientific and technical updates to perform appropriate procedures in the care of patients who are victims of burns. There is also a need for greater standardization in nursing care for the burned patient. For this, it is important to carry out more study on the subject in order to produce more scientific evidence.

KEYWORDS: Patients. Burns. Emergency nursing. Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

As queimaduras são lesões causadas por agentes de origem elétrica, térmica ou química, capazes de danificar o tecido corporal e provocar a morte celular. Tal agravo pode ser classificado quanto à profundidade 1^a, 2^o e 3^o grau; quanto à extensão, levando em consideração a área corporal queimada – SCQ (Superfície Corporal Queimada) – cujo o método mais utilizado em situações de urgência é a Regra dos Nove. É classificado também de acordo com a gravidade em pequeno, médio e grande queimado, considerando aspectos como idade, profundidade, localização e doenças preexistentes (ROSA et al., 2018).

Vale destacar que, é considerado grande queimado os pacientes que apresentam mais de 26% da SCQ com queimaduras de 1^o e 2^o grau ou 10% de SCQ com queimadura de 3^o grau ou queimaduras na região do períneo ou queimadura de qualquer extensão associada as decorrentes de corrente elétrica, lesões inalatórias, politrauma, síndrome compartimental, entre outros(ROSA et al., 2018).

Pressupõe-se que ocorram em torno de 1.000.000/ano acidentes com queimaduras no Brasil, desses, 100.000 pacientes buscam atendimento hospitalar e estimasse que cerca de 2.500 poderão vir a falecer, em decorrência das lesões

(LIMA et al., 2013).

As queimaduras são uma das principais causas de atendimentos em hospitais de urgência e emergência, devido ao trauma térmico que deixa lesões irreversíveis e, muitas vezes, pode levar à morte. Segundo estudos epidemiológicos, as queimaduras correspondem à segunda causa de mortalidade por trauma em crianças de até 4 anos e a terceira acima dessa idade (BRITO et al., 2010).

Geralmente, as vítimas podem apresentar lesões de vias aéreas causadas pela inalação de fumaça, a qual é apontada como uma das principais causas de mortalidade, tanto pela ação térmica direta quanto pela inalação de substâncias tóxicas e presença de toxinas locais (MONTES; BARBOSA; NETO, 2011).

Nesse contexto, a equipe de enfermagem deve estar preparada para prestar assistência adequada, realizando curativos das lesões, atentando para o controle da dor, administrando sedativos e analgésicos, além de providenciar conforto físico e suporte emocional para o paciente. Devido à complexidade da assistência ao grande queimado, há a necessidade de vasto conhecimento técnico e científico da equipe de enfermagem, necessitando assim, de habilidades para lidar com as respostas emocionais do paciente, além de seus familiares, o que poderá contribuir para a reabilitação precoce

Pelo exposto, objetivou-se com o estudo identificar na literatura os cuidados de enfermagem durante o atendimento de emergência ao paciente queimado.

2 | METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura e para orientá-lo, elaborou-se a seguinte questão não-clínica: Quais são as evidências disponíveis na literatura acerca dos cuidados de enfermagem no atendimento de emergência ao paciente vítima de queimadura? A questão norteadora foi elaborada de acordo com a estratégia PICo (P – paciente; I – interesse; Co – contexto). Assim, considerou-se: P – vítima de queimadura; I – cuidados de enfermagem; Co – atendimento de emergência.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de fevereiro e março de 2018 e as bases de dados utilizadas foram: PubMed/MEDLINE da *National Library of Medicine*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Banco de Dados de Enfermagem (BDENF).

Os descritores utilizados para a busca na PubMed/MEDLINE fornecidos pelo *Medical Subject Headings – (MeSH)* foram: *patients; burns; emergency nursing* e nas bases de dados LILACS e BDENF, fornecidos pelos Descritores de Ciências em Saúde – (DeCS), foram: *pacientes; queimaduras e assistência de enfermagem*. Para sistematizar a coleta da amostra foi utilizado o operador *booleano “OR”* entre

descritores sinônimos e após essa operação utilizou-se “AND” entre os históricos obtidos.

Os critérios de inclusão foram: artigos nas bases de dados citadas publicados na íntegra em periódicos nacionais e internacionais, que abordavam a temática no período de 2012 a 2017. Excluíram-se estudos de revisão de literatura e aqueles que após leitura minuciosa de títulos e resumos não foram pertinentes à pergunta norteadora.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 90 artigos na base de dados PubMed/MEDLINE, 28 artigos na base de dados LILACS e 22 na base de dados BDENF. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, selecionaram-se ao todo 10 artigos que atendiam aos critérios estabelecidos (Quadro 1).

| N | AUTORES | TÍTULO DO ARTIGO | ANO |
|----|--|--|------|
| 01 | BRITO, J.G.; MARTINS, C. B. G | Queimaduras domésticas na população infanto juvenil: Atendimentos de urgência e emergência | 2016 |
| 02 | CUNHA, I. L. R.; FERREIRA, L. A.; CUNHA | Cuidados realizados pela equipe de enfermagem aos pacientes que sofreram queimaduras | 2017 |
| 03 | DUARTE, M. L. C. et al. | Percepções da equipe de enfermagem sobre seu trabalho em uma unidade de queimados | 2012 |
| 04 | PINHO, F. M. et al. | Guideline das ações no cuidado de enfermagem ao paciente adulto queimado | 2016 |
| 05 | MARTINS, J. T. et al. | Sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem de um centro de tratamento de queimado | 2014 |
| 06 | LIMA, D. F. et al | Perfil dos pacientes internados em uma unidade de tratamento de queimados | 2016 |
| 07 | CHAGAS, D. C.; LEAL, C. N. S.; TEIXEIRA, F. S. | Assistência de enfermagem ao paciente com grandes queimaduras | 2014 |
| 08 | MUSTAFA, C. H. M. D. et al. | General characteristics of paint thinner burns: Single center experience | 2017 |
| 09 | ALLGAIER, R.L.; LAFLAMME, L.; WALLIS, L. A. | Operational demands on pre-hospital emergency care for burn injuries in a middle-income setting: a study in the Western Cape, South Africa | 2018 |
| 10 | OLSZEWSKI A.; et al. | Development and implementation of an innovative burn nursing handbook for quality improvement | 2016 |

Quadro 1 – Síntese de artigos identificados segundo autor, título e ano.

Quanto ao delineamento da pesquisa, identificou-se: um (10%) estudo descritivo, de coorte transversal e retrospectivo, um (10%) estudo retrospectivo, um

(10%) retrospectivo e transversal, 5 (50%) estudos exploratórios e descritivos e 2 (20%) exploratórios. Em relação ao nível de evidência, 9 (90%) artigos apresentam nível de evidência 4 e apenas um (10%) possui nível de evidência 2B (Quadro 2).

| N | CUIDADOS DE ENFERMAGEM | TIPO DE ESTUDO | NE |
|----------|---|--|-----------|
| 01 | Remoção imediata da fonte de calor e afastamento da vítima do agente causador; resfriamento da área queimada com água limpa e corrente; aquecimento da vítima e encaminhamento para serviço de emergência | Estudo descritivo, de coorte transversal e retrospectivo | 2B |
| 02 | Reposição volêmica; balanço hídrico; acesso venoso calibroso; prevenção de infecção; analgesia e/ou sedação; realização de curativo e suporte emocional | Estudo exploratório e descritivo | 4 |
| 03 | Apoio psicológico e tratamento da dor | Estudo exploratório e descritivo | 4 |
| 04 | Verificação e controle da saturação de oxigênio, suporte nutricional, cuidado com as lesões, retirada de roupas e acessórios, verificação de controlar sinais vitais e glicemia capilar, realização de balanço hídrico, promoção de acesso venoso e administração de analgésicos. | Estudo exploratório | 4 |
| 05 | Promoção de conforto e tratamento da dor | Estudo exploratório e descritivo | 4 |
| 06 | Tratamento correto e precoce das lesões | Estudo exploratório e descritivo | 4 |
| 07 | Manutenção adequada da ventilação; exposição da vítima; reposição de líquidos; promoção de acesso venoso calibroso; controle da diurese; verificação de sinais vitais; realização de curativos; controle da dor e prevenção de infecção | Estudo exploratório e descritivo | 4 |
| 08 | Tratamento rápido e cuidadoso | Estudo Retrospectivo | 4 |
| 09 | Classificação de risco do paciente com queimadura de acordo com o grau de acometimento | Estudo retrospectivo e transversal | 4 |
| 10 | Manutenção de fluidos; cálculo da superfície corporal queimada, promover boa ventilação e procedimentos de desinfecção | Estudo exploratório | 4 |

Quadro 2 – Síntese de artigos identificados segundo os cuidados de enfermagem, tipo de estudo e nível de evidência-NE.

O atendimento de emergência deve seguir o protocolo de suporte avançado de vida no trauma e avaliar quaisquer lesões concomitantes. Depois da avaliação inicial e estabilização, deve-se verificar quanto à necessidade de hospitalização ou transferência para um centro especializado em queimadura (NISHI; COSTA, 2013; CUNHA; FERREIRA; CUNHA, 2017).

Segundo o manual do suporte avançado de vida, no trauma por queimadura, as principais condutas devem ser: afastar o paciente do agente causador; realizar avaliação primária, que consiste na avaliação da responsividade, permeabilidade das vias áreas, ventilação, circulação e estado neurológico e avaliação secundária

que é considerada uma avaliação complementar. No politraumatizado grave, tratar primeiro o trauma e os efeitos sistêmicos da queimadura e depois a queimadura; monitorizar a oximetria de pulso e administrar oxigênio em alto fluxo (BRASIL, 2016).

Nas queimaduras que abrangem mais de 20% da superfície corpórea, deve-se instalar acesso venoso periférico, repor volemia com ringer lactato e realizar analgesia sempre que possível e sedação se necessário. Além de expor a área queimada, retirando as roupas e objetos que não estejam aderidas, irrigar com SF em abundância, objetivando o resfriamento da área queimada, estimar a área queimada (CUNHA; FERREIRA; CUNHA, 2017; BRASIL, 2016).

Autores ratificam que o tratamento correto e precoce das lesões ajuda a diminuir os danos e as sequelas tardias das queimaduras, uma vez que o prognóstico final dessas lesões depende de um pronto e adequado primeiro atendimento. Trata-se, portanto, de um problema de saúde que deve ser solucionado o mais rápido possível (BRITO; MARTINS, 2016; MUSTAFA et al., 2017; ALLGAIER; LAFLAMME; WALLIS, 2018; OLIVEIRA; MOREIRA; GONÇALVES, 2012).

Nesse sentido, é importante ressaltar que o tipo de lesão ocasionada pela queimadura determina, portanto, um trauma físico e emocional de grande impacto para a vítima, principalmente pela dor que gera e pelo tratamento prolongado. Aliado ao sofrimento físico e emocional no momento do acidente, muitas vezes a vítima ainda fica com sequelas definitivas, especialmente, quando crianças ou adolescentes, que causam deformidades físicas na face e no corpo, incapacidade funcional, danos neurológicos e desordens psicossociais devido ao trauma do acidente, sendo necessário apoio psicológico (DUARTE, et al., 2012; CUNHA; FERREIRA; CUNHA, 2017; BRITO; MARTINS, 2016).

A forma de cuidado e o tratamento ao queimado devem ser estabelecidos de acordo com a gravidade das lesões decorrentes da exposição, tipo e grau de comprometimento, levando em conta a real necessidade do paciente, com a finalidade da estabilização, melhora e, por fim, diminuir seu tempo de internação (LIMA, et al., 2016; GOMES, L. K. S. et al. 2015). A permeabilidade das vias aéreas deve ser garantida desde o primeiro atendimento, sendo obrigatório o exame das vias respiratórias, verificar se há lesão por inalação e ofertar oxigênio quando necessário (CUNHA; FERREIRA; CUNHA, 2017; GOMES, L. K. S. et al. 2015; CHAGAS; LEAL; TEIXEIRA, 2014).

A literatura de enfermagem sobre queimaduras baseada em evidências é extremamente limitada. Como resultado, há uma falta de padronização no cuidado de enfermagem por queimadura (SANTOS; SANTOS, 2017). Porém, são apontadas algumas medidas gerais no tratamento das feridas, como a limpeza com água e clorexidina degermante a 2%, curativo com sulfadiazina de prata a 1% como antimicrobiano tópico, prevenção da ocorrência de infecções, cuidados

com volemia, entre outros (CUNHA; FERREIRA; CUNHA, 2017; PINHO et al., 2016; BRASIL, 2012).

Diante disso, é necessário que o enfermeiro possua um pensamento crítico que promova a decisão clínica e ajude a identificar as necessidades do paciente e quais as melhores medidas a serem tomadas para atendê-lo, tenha alto nível de conhecimento científico sobre as alterações fisiológicas que ocorrem no sistema orgânico após uma queimadura e se atualize em relação às novidades disponíveis no mercado, que representam avanço tecnológico, com intuito de reduzir a taxa de mortalidade e também as complicações (CHAGAS; LEAL; TEIXEIRA, 2014; BRASIL, 2012; OLSZEWSKI, et al., 2016; ALMEIDA; SANTOS, 2013).

Somado a isso, verifica-se que algumas considerações são fundamentais para ações governamentais e posteriores estudos como o planejamento de ações de educação em saúde voltadas para a prevenção e promoção da saúde, com o objetivo de evitar acidentes com queimaduras na comunidade em geral, além da criação de centros especializados para a assistência de pacientes queimados nas diversas regiões Brasileiras (DUARTE, et al., 2012; CUNHA; FERREIRA; CUNHA, 2017; BRITO; MARTINS; 2016; MARTINS et al., 2014; SANTANA; SOUZA; SANTOS, 2018).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conduta do enfermeiro na assistência ao paciente vítima de queimadura tem como principal objetivo minimizar quaisquer complicações advindas do trauma sofrido. Por conta disso, o enfermeiro precisa realizar atualizações científicas e técnicas para ter conhecimento técnico e teórico e para desenvolver habilidades e competências na assistência aos pacientes queimados, assim como para planejamento do atendimento e tratamento da vítima de forma integral e controle eficaz nas condutas a serem tomadas.

O estudo permitiu identificar os principais cuidados de enfermagem a vítimas de queimaduras que consistem na avaliação do nível de comprometimento cutâneo e sistêmico, dar prosseguimento com o uso do protocolo de suporte avançado de vida no trauma, avaliar quaisquer lesões concomitantes, cuidados com curativos, analgesia, volemia e apoio emocional e psicológico às vítimas. Entretanto, ainda percebe-se a necessidade de uma maior padronização no cuidado de enfermagem ao paciente queimado. Para isso, é importante a realização de mais estudos sobre a temática para que se produzam mais evidências científicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. W. F.; SANTOS, J. N. **Assistência de enfermagem em grupos de riscos a queimaduras**. Revista Brasileira de Queimaduras. V.12, n.2, p.71–76. 2013.

ALLGAIER, R.L.; LAFLAMME, L.; WALLIS, L. A. **Operational demands on pre-hospital emergency care for burn injuries in a middle-income setting: a study in the Western Cape, South Africa**. International Journal of Emergency Medicine. V.7, n.2. 2018.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_tratamento_emergencia_queimaduras.pdf. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de atenção à saúde. Protocolo de suporte avançado de vida para o SAMU 192 – Serviço de atendimento móvel de urgência**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/26/livro-avancado-2016.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRITO, J.G.; MARTINS, C. B. G. **Queimaduras domésticas na população infanto-juvenil: atendimentos de urgência e emergência**. Revista Eletronica de Enfermagem. V. 18, p.1139-11351.2016.

BRITO, M. E. M., et al. **A cultura familiar à criança vítima de queimaduras**. Revista Eletronica de Enfermagem.v. 12, n. 2, p.321-325. 2010.

CHAGAS, D. C.; LEAL, C. N. S.; TEIXEIRA, F. S. **Assistência de enfermagem ao paciente com grandes queimaduras**. Revista Interdimensional. V. 7. N.4, p,50–60. 2014.

CUNHA, I. L. R.; FERREIRA, L. A.; CUNHA, J. H. S. **Cuidados realizados pela equipe de enfermagem aos pacientes que sofreram queimaduras**. REFACS. V.5, N.3, p.381-389. 2017.

DUARTE, M. L. C. et al. **Percepções da equipe de enfermagem sobre seu trabalho em uma unidade de queimados**. Revista Gaucha de Enfermagem. V. 33,n.1, p.77-84. 2012.

GOMES, L. K. S. et al. **O conhecimento da equipe de enfermagem acerca do cuidado em pacientes vítimas de queimadura**. JCBS. V.1, n.1, p.40–47. 2015.

LIMA, O. B. A. et al. **A enfermagem e o cuidado a vítimas de queimaduras: revisão integrativa**. Revista de Enfermagem da UFPE.v. 7, p. 4944–4950. 2013.

LIMA, D. F. et al. **Perfil dos pacientes internados em uma unidade de tratamento de queimados**. Revista de enfermagem da UFPE. V.10, n.3, p.1423-1431. 2016.

MARTINS, J. T. et al. **Sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem de um centro de tratamento de queimados**. Escola Anna Nery. V.18, n.3, p.522–526. 2014.

MONTES, S. F.; BARBOSA, M. H.; NETO, A. L. S. **Aspecto clínico e epidemiológico de pacientes queimados internados em um hospital de ensino**. Revista Escola de Enfermagem da USP. V.45, n.2, p.369- 373.2011.

MUSTAFA, C. H. M. D. et al. **General characteristics of paint thinner burns: Single center experience.** Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. V.23, n.1, p.51–55. 2017.

NISHI, P. K.; COSTA, E. C. N. F. **Cuidados de enfermagem a pacientes vítimas de queimaduras: identificação e características clínicas.** Revista Uninga. V.36,p.181–192. 2013.

OLIVEIRA, T. S.; MOREIRA, K. F. A.; GONÇALVES, T. A. **Assistência de enfermagem com pacientes queimados.** Revista Brasileira de Queimaduras.V11, n.1, p.31–37. 2012.

OLSZEWSKI A.; et al. **Development and Implementation of an Innovative Burn Nursing Handbook for Quality Improvement.** J Burn Care Res. V.37, n.1, p. 20–24. 2016.

PINHO, F. M.et al. **Guideline das ações no cuidado de enfermagem ao paciente adulto queimado.** Revista Brasileira de Queimaduras. v. 15, n.1, p.13–23.2016.

ROSA, P. H. et al. **Tratamento de queimaduras o no serviço de emergência: o enfermeiro inserido nesse contexto.** Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde. v.19, n.3, p.525-536. 2018.

SANTANA, M. E.; SOUZA, M. W. O.; SANTOS, F. C. **Perfil clínico e epidemiológico de crianças com queimaduras em um hospital de referência.** Revista de Enfermagem da UFPI. V.4, n.1, p.97-105. 2018.

SANTOS, C. A.; SANTOS, A. A. **Assistência de enfermagem no atendimento pré-hospitalar ao paciente queimado: uma revisão da literatura.** Revista Brasileira de Queimaduras. V. 6, n.1, p.28-33. 2017.

CAPÍTULO 9

CUIDADOS PALIATIVOS PRESTADOS AO IDOSO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ENFOQUE NO PAPEL DO ENFERMEIRO

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 25/06/2020

Ediane Gonçalves

Faculdade Estácio de Alagoas
Maceió-AL

<http://lattes.cnpq.br/0081240174135374>

Rosane Pereira dos Reis

Faculdade Estácio de Alagoas
Maceió-AL

<http://lattes.cnpq.br/4630342234335477>

Sidlayne dos Santos

Faculdade Estácio de Alagoas
Maceió-AL

<http://lattes.cnpq.br/9301826841142469>

Marcelle Perdigão Gomes

Faculdade Estácio de Alagoas Maceió-
AL

<http://lattes.cnpq.br/4771039120428172>

Daniele Gonçalves Bezerra

Universidade Federal de Alagoas
Maceió-AL

<http://lattes.cnpq.br/2015987707013099>

Douglas Ferreira Rocha Barbosa

Faculdade Estácio de Alagoas Maceió-
AL

<http://lattes.cnpq.br/5833708923128607>

Layanne Ramalho Jacob

Universidade Estadual de Ciências da Saúde
de Alagoas – UNCISAL
Maceió-AL

<http://lattes.cnpq.br/0613217365513719>

Kleytonn Giann Silva de Santana

Instituto de Medicina Integral Professor
Fernando Figueira – IMIP
Recife-PE

<http://lattes.cnpq.br/9316717396024220>

Caio César da Silva Barros

Asaph - Cursos e Treinamentos
Maceió-AL

<http://lattes.cnpq.br/0054423356016630>

RESUMO: Introdução: Os cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva dão suporte aos idosos e familiares presentes, dando-lhe um ambiente confortável, propício para um resultado eficaz para que obtenha uma resposta rápida para a cura, tendo a total compreensão e respeito ao seu estado de saúde e/ou término de vida. **Objetivo:** Descrever os cuidados paliativos prestados ao idoso na unidade de terapia intensiva, tendo como enfoque o papel do enfermeiro. **Material e Métodos** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada entre abril a outubro de 2019, fazendo uso de publicações indexadas na base de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF). **Resultados e Discussão:** No total foram encontrados 13 artigos de atenderam aos critérios de inclusão deste trabalho. Desta forma, entende-se que o enfermeiro como profissional mais próximo do idoso necessita refletir sobre as possibilidades de cuidado e ser capaz de identificar alternativas para proporcionar a melhor qualidade de vida possível para os idosos

terminais. **Conclusão:** Percebe-se que o enfermeiro precisa proporcionar um cuidado humanizado e singular ao idoso, a fim de minimizar desconfortos físicos e problemas sociais, psíquicos e emocionais que podem ser ocasionados por essa doença. Tais ações permeiam a filosofia dos cuidados paliativos, caracterizados por alívio dos sintomas, promoção da comodidade e de bem-estar.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Idoso. Cuidados Paliativos. Unidade Terapia Intensiva.

PALLIATIVE CARE PROVIDED TO THE ELDERLY IN THE INTENSIVE CARE UNIT: FOCUS ON THE ROLE OF NURSES

ABSTRACT: Introduction: Palliative care in the intensive care unit supports the patients and family members present, giving it a comfortable environment, conducive to an effective result so that it obtains a rapid response to healing, having full understanding and respect for their health status and/or termination of life. **Objective:** Describe the palliative care provided to the elderly in the intensive care unit, focusing on the role of the nurse. **Material and Methods:** This is an integrative review of the literature, conducted between April and October 2019, making use of publications indexed in the electronic database: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Nursing Database (BDENF). **Results and Discussion:** In total, 13 articles were found to meet the inclusion criteria of this study. Thus, it is understood that nurses as a professional closest to the patient need to reflect on the possibilities of care and be able to identify alternatives to provide the best possible quality of life for terminal patients. **Conclusion:** It is perceived that nurses need to provide a humanized and singular care to the elderly, in order to minimize physical discomforts and social, psychological and emotional problems that can be caused by this disease. Such actions permeate the philosophy of palliative care, characterized by relief of symptoms, promotion of convenience and well-being.

KEYWORDS: Nursing. Old. Palliative Care. Intensive Care Unit.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), define o idoso como uma pessoa com idade igual a 65 anos ou mais nos países desenvolvidos, já nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, a terceira idade é definida como a pessoa que tenha mais de 60 anos. O processo de envelhecimento é definido como contínuo e progressivo, que começa no nascimento e vai por todas as etapas da vida (BRASIL, 2010).

Segundo Silveira *et al.* (2011), o envelhecimento é um processo natural que submete o organismo a diferentes mudanças físicas e funcionais. Essas alterações são progressivas e causam efetivas reduções na capacidade funcional do organismo. Embora existam mudanças caracteristicamente relacionadas ao envelhecimento,

nem todos os órgãos sofrem seus efeitos da mesma forma; elas acontecem em velocidade diversa e com extensões irregulares.

Com base no aumento da expectativa de vida nos países em desenvolvimento, estima-se que, no mundo, em 2050, 22% da população seja composta por idosos. No Brasil, estima-se, que em 2020, devido ao aumento da expectativa de vida chegará a 15% população, ou seja, a expectativa de vida excederá os setenta e cinco anos. Neste âmbito, o Brasil ficará na sexta posição no mundo com pessoas idosas, tendo deste modo um aumento das enfermidades crônico-degenerativas (POLTRONIERE; CECCHETTO; SOUZA, 2011).

No Brasil existe uma modalidade emergente de assistência em terminalidade de cura. Neste caso os cuidados paliativos (CP) que consiste em práticas, direcionadas aos idosos excluindo a ideia curativista. Os CP são intervenções designadas aos idosos que estão numa situação de terminalidade de vida (SANTANA *et al.*, 2012).

Os CP na UTI dão suporte aos idosos e familiares presentes, dando-lhe um ambiente confortável, propício para um resultado eficaz para que obtenha uma resposta rápida para a cura, tendo a total compreensão e respeito ao seu estado de saúde e/ou término de vida. Incumbe salientar que a intersecção em meio os CP e a UTI precisam ser entendidas à luz das alterações no padrão das enfermidades e na longevidade da comunidade. À medida que a idade avança, alterações na fisiologia ao longo da vida interferem na dinâmica estrutural do organismo, podendo levar a inaptidão funcional e dependência em graus variados. A susceptibilidade às enfermidades crônicas nas pessoas idosas, por conta das características apontadas, é um fato, e os CP podem ser um instrumento benéfico para a atenção a esses idosos (SILVEIRA *et al.*, 2016).

O emprego dos progressos tecnológicos na manutenção da vida do idoso internado na UTI precisa de um repensar por parte do grupo que atua nesse setor. Necessita ser levado em conta, até que ponto estes avanços tecnológicos são úteis para o idoso e seus familiares. Não se trata de separar a tecnologia no processo assistencial nas UTIs, mas o que merece ser focalizado é à maneira do emprego desses recursos de forma mais ética, humana e paliativista, entendendo o idoso em todas as suas dimensões, respeitando os limites de intervenções terapêuticas e a autonomia do idoso (FREITAS; PEREIRA, 2013).

É importante destacar que muitos dos profissionais, ficam um pouco dispersos em plena as situações críticas de cada idoso, muitas das vezes as intervenções não são fidedignas mesmo eles sabendo que é um diagnóstico incurável, mas a equipe sempre trabalhando, para o bem-estar físico e psicológico tentando intervir no processo do adoecimento ou até mesmo na terminalidade precoce (SOUSA; ALVES, 2015).

Os cuidados oferecidos à idosos sem possibilidades de cura terapêutica

integram uma sugestão de assistência humanizada. Neste sentido, o idoso precisará ter sua dor suavizada, seu conforto priorizado e suas crenças atendidas, para que ele possa aceitar sua condição como um processo adequado da finitude. Para tanto, é imprescindível que todas as ações terapêuticas sejam esquematizadas com a participação do idoso, família e da equipe de saúde (FREITAS; PEREIRA, 2013).

A partir desse contexto e diante do conhecimento produzido sobre o assunto pretende-se realizar um estudo de revisão integrativa da literatura, levantando a seguinte questão norteadora: Quais as evidências científicas a respeito dos cuidados paliativos prestados ao idoso na unidade de terapia intensiva, tendo como enfoque o papel do enfermeiro? Sendo assim, o objetivo do presente estudo é descrever os cuidados paliativos prestados ao idoso na unidade de terapia intensiva, tendo como enfoque o papel do enfermeiro.

Portanto, diante desse contexto acredita-se que este estudo se torna proeminente, pois almeja elencar as ações do enfermeiro que visam minimizar a dor e o sofrimento humano na Terapia Intensiva, bem como apresentar reflexões sobre os cuidados paliativos aos idosos internados nessas unidades.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, que seguiu as etapas de uma revisão integrativa. A pesquisa será realizada no período de Abril a Outubro de 2019, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Bases de dados de enfermagem (BDENF). Para a seleção dos artigos, serão utilizados os descritores contemplados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e suas combinações, utilizando o operador booleano AND, são eles: Enfermagem, idoso, Cuidados Paliativos, Unidade Terapia Intensiva.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol; artigos na íntegra que retratem a temática pesquisa e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos 6 anos (2014-2019). Também foram utilizadas referências encontradas nos artigos selecionados, devido à importância de seu conteúdo para o presente estudo. Foram excluídos artigos que não respondam a questão de pesquisa e os estudos duplicados. Os estudos encontrados em mais de uma base de dados foram considerados somente uma vez.

Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderem aos critérios de inclusão foi desenvolvido um formulário de coleta de dados preenchido com cada artigo da amostra final do estudo. O formulário contempla informações sobre base de dados, título do artigo, periódico, ano de publicação e estado. Estes formulários

foram apresentados na forma de tabela e a discussão feita com base na literatura.

RESULTADOS

Esta pesquisa se propôs a realizar um levantamento de estudos sobre assistência de enfermagem em cuidados paliativos na unidade terapia intensiva. Para facilitar a análise e apresentação dos resultados, elaborou-se o Quadro 2 com dados sobre base de dados, título do artigo, periódico, ano de publicação e estado.

| N | BASES DE DADOS | Título do artigo | Periódico/ Ano/ Estado |
|----|----------------|--|--|
| 1 | BDENF | Validação de protocolo assistencial de enfermagem para idosos em cuidados paliativos | Acta Paulista de Enfermagem/2016/São Paulo |
| 2 | | Terminalidade e cuidados paliativos em uti: discurso dos técnicos de enfermagem. | Revista enfermagem UFPE/2014/Pernambuco |
| 3 | | Cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva: percepções dos profissionais de enfermagem. | Revista enfermagem UFPE/2017/Pernambuco |
| 4 | | Significado de cuidados paliativos pela equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva. | Revista enfermagem UFPE/2017/Pernambuco |
| 5 | | Sofrimento moral dos enfermeiros, em situações de final de vida, em Unidades de Terapia Intensiva. | Revista enfermagem UFPE/2017/Pernambuco |
| 6 | SCIELO | Profissionais de enfermagem: compreensão sobre cuidados paliativos pediátricos. | Revista enfermagem UFPE/2019/Pernambuco |
| 7 | | Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: sentimentos que ficam. | Revista Brasileira de Enfermagem/2019/Brasília |
| 8 | | Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. | Revista Brasileira de Enfermagem/2015/Brasília |
| 9 | | Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros. | Revista Bioética/2015/Brasília |
| 10 | | Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional | Revista Bioética/2016/Brasília |
| 11 | LILACS | Planejamento da assistência ao idoso em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica | Acta Paulista de Enfermagem/2017/São Paulo |
| 12 | | A atenção do enfermeiro ao idoso em cuidado paliativo | Revista de Ciências Médicas/2018/São Paulo |
| 13 | | Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso em UTI: uma revisão integrativa. | Revista online de pesquisa: Cuidado é fundamental/2018/ Rio de Janeiro |

Quadro 2: Descrição dos artigos analisados de 2014 e 2019 – Maceió/AL, 2019.

Fonte: Dados coletados pelos autores (2019).

DISCUSSÃO

De acordo com os artigos analisados entende-se que os CP são um conjunto de medidas de intervenção, independente das causas de admissão, que garantem conforto ao idoso e que podem ser executadas respectivamente através das atividades intervencionistas e “curativas” da UTI. Silveira *et al.* (2016) relata em sua pesquisa que os cuidados paliativos são reconhecidos como uma importante questão de saúde pública, pois trabalha com a aflição, a compostura, o cuidado das necessidades humanas e qualidade de vida das pessoas afetadas por uma enfermidade crônica e degenerativa ou em fase final da sua vida. Com isso, a preocupação não se restringe ao idoso que está sob os cuidados, mas também com seus familiares e amigos.

Cuidar do idoso que encontra-se na UTI não é uma tarefa simples, pois os mesmos precisam de práticas assistenciais especiais, seguras e contínuas. O cuidado de enfermagem é um conjunto de ações técnicas, atribuindo importância a essa dimensão ao considerarem o cuidado em terapia intensiva difícil, em virtude dos diversos métodos técnicos, indispensáveis nesse ambiente, embora também entendam a complexidade do cuidar em fase de diversidade de manifestações da pessoa humana (CARVALHO *et al.*, 2013; CAMELO, 2012). O profissional de enfermagem que acompanha e participa diretamente no cuidado necessitam desenvolver estratégias de orientação e acompanhamento que permitam minimizar as complicações.

Os CP representam uma filosofia de cuidar que envolve o lidar com o sofrimento, a hombridade da pessoa, a atenção às necessidades humanas e a qualidade de vida dos portadores de enfermidades crônico-degenerativas ou em fase terminal de vida (ARAÚJO; LINCH, 2011), os enfermeiros precisam colaborar e educar para a ampliação e transformação das atitudes frente à morte e ao processo de luto, pois essas atitudes são imprescindíveis para promover o enfrentamento desses processos.

De acordo Kübler-Ross (2008), o idoso em terminalidade passa por um processo de finitude chamado “processo de morte e morrer”, que foi descrito em cinco estágios: 1 - negação e isolamento; 2- raiva; 3- barganha; 4- depressão e 5- aceitação, sendo que estes estágios não ocorrem de forma linear e apresentar duração variável. Entretanto, é importante salientar que a esperança acompanha todos os estágios.

Cabe salientar que no âmbito da saúde, os CP surgem, em diversos países, inclusive no Brasil, como a condição fundamental para recuperar o respeito e a dignidade daquele que tem enfermidade avançada, sendo os cuidados paliativos um modo de assistência humanizada que deve ser construído (MUTTI *et al.*, 2012).

O processo dos CP hoje avaliados como um acontecimento de origem complexa e multifatorial envolve aspectos neurológicos, orgânicos e psicossociais (TAVARES; NUNES, 2015). Vale destacar que os cuidados paliativos precisam estar voltados para à reabilitação física, mental e ao apoio profissional perante as limitações psicológicas, sociais e espirituais do cliente.

No contexto da terapia intensiva, a enfermagem assume papel importante quanto à avaliação da dor, já que esta assiste continuamente DO. Os procedimentos para identificar a dor são por meio de escalas para mensurar a sua intensidade, registro em prontuário e notificação à equipe médica, podendo usar como intervenções de enfermagem para alívio da dor medidas não-farmacológicas e/ou administrar analgesia conforme protocolos e prescrição médica, considerando a condição clínica de cada idoso (LUIZ *et al.*, 2018).

Menin e Pettenon (2015) salientam que o sentimento de inoperante apresentado pelos enfermeiros em face da terminalidade da vida reflete sua falta de preparo para seguir esse período. Diariamente, a equipe de enfermagem de uma UTI encara circunstâncias de assistência a idosos em processo de morrer. Para responder a essas condições de modo eficaz, sem ocasionar sofrimento demasiado ao profissional, é imprescindível sólida preparação do enfermeiro intensivista. Esse preparo é essencial não apenas para que o enfermeiro possa operar com eficácia nas atividades técnicas, gerenciais e assistenciais aos idosos, mas, principalmente, para garantir sua própria integridade física e psicossocial, sem o que, indiscutivelmente, acabará por falhar como profissional (VICENSI, 2016).

Quanto aos CP desenvolvidos na UTIs, Costa *et al.* (2014), enfatizaram que é necessário haver uma convicção ética fundamentada no pressuposto em que a vida não pode ser abreviada, muito menos prolongada inutilmente, por isso se devem evitar procedimentos invasivo doloroso e exames desnecessários. Os profissionais envolvidos nesse cuidado necessitam dar aos idosos apoio emocional, psicológico e espiritual, porquanto essa é uma forma de amenizar a dor e o sofrimento, respeitando-se sempre a pessoa vulnerabilizada pela iminência de se despedir da vida.

Nessa mesma perspectiva Faria *et al.* (2017) destacam o foco da atenção não será a enfermidade a ser curada ou controlada, mas o indivíduo, entendido como um ser ativo, com direito à informação e com autonomia, quando possível, para decidir a respeito de sua terapêutica. Nesse sentido, a prática desejável de cuidados paliativos leva em conta a atenção particular ao idoso e sua família, ambicionando excelência da assistência e prevenção do sofrimento.

No entanto, Santos *et al.* (2017) constataram que apesar dos profissionais reconhecerem a importância dos CP, identificou-se um entendimento fragilizado, correlacionando-os apenas aos idosos em franca terminalidade de vida. Não sobressaiu a preocupação em proporcionar CP para continuidade do cuidado nos

casos de alta da UTI, por exemplo, e teve enfoque no cuidado físico. Além disso, as dificuldades para triar, prognosticar, reconhecer o idoso em cuidados paliativos, compartilhar o processo de tomada de decisão entre equipe, esquematizar o cuidado de forma holística, ligadas aos temores de repercussões éticas e legais, em especial, recaídos sobre a classe médica, foram fatores intervenientes do ponto de vista negativo para realização dos cuidados paliativos na UTI.

Assim, Verri *et al.* (2019) destacam que os CP não irão trazer a cura para o doente, mas poderão proporcionar melhor qualidade de vida e, provavelmente, uma morte honrada. Torna-se tal prática cada vez mais indispensável, já que, mesmo sem a possibilidade de cura, os idosos continuam precisando de cuidados para aliviar o seu sofrimento e o de sua família. Deve-se propiciar, pelos enfermeiros, comodidade, tornando a vida que resta ao idoso a mais suportável e significativa possível, sem antecipar a morte.

Em um estudo realizado numa UTI de um hospital de ensino em Salvador - BA por Silva, Pereira e Mussi (2015) foi visto que com a finalidade de promover o conforto à pessoa em processo de terminalidade, o profissional não necessita ter como parâmetro o que deseja para si, mas respeitar o que a pessoa precisa e deseja o que julga melhor para si, ouvindo inclusive a família quando ela não puder se expressar. É necessário lembrar que uma pessoa nunca é igual à outra, ainda que a manifestação da doença possa ser. Compreender a singularidade de cada um é o que guia para a promoção do conforto da pessoa de quem se cuida. Não se pode perder de vista, que as práticas de cuidar devem ser desenvolvidas com vistas à fiança a integralidade da pessoa, respeitando a sua autonomia e individualidade.

Segundo Santos *et al.* (2017) a atividade paliativa requer uma equipe interdisciplinar habilitada para esse tipo de clientela. É necessária uma visão complexa do idoso, levando em conta suas fragilidades e necessidades sociais, orgânicas, psíquicas e sentimentais, as quais devem ser analisadas e atendidas por todos os membros da equipe. Por meio da prática do *round* disciplinar, esses profissionais procuram debater cada caso, considerando todas as fragilidades proporcionadas pelo idoso e sua família, à luz de suas diferentes visões. Entende-se que as discussões entre os profissionais, antes das tomadas de decisão, consigam um resultado mais adequado, contemplando as reais necessidades do idoso (PICOLLO; FACHINI, 2018).

No entanto, Santos, Oliveira e Feijão (2016), ressaltaram que o enfermeiro como profissional mais próximo do idoso necessita refletir sobre as possibilidades de cuidado e ser capaz de reconhecer alternativas para promover a melhor qualidade de vida possível para os idosos terminais, procurando propiciar a estabilização física, mental e emocional do idoso, e a comodidade do mesmo.

Souza, Lacerda e Lira (2017), observaram em seu estudo que entre as

dificuldades elencadas pelos participantes na implementação desses CP estão: o trabalho não compartilhado em equipe; o pouco tempo de atuação em terapia intensiva; o perfil da UTI; conflitos éticos e ausência de um protocolo específico.

Já Silva, Campos e Pereira (2011), diz que as práticas de enfermagem abrangendo cuidados técnicos como limpeza, hidratação, administração de medicamentos entre outros, tornam-se rotineiras, mantendo-se semelhantes por diversos dias, sem mudanças significantes em seu conteúdo. Isso caracteriza um cuidar sucessivo, no qual há uma predominância do cuidado mecanicista, embora toda discussão em torno de uma assistência de enfermagem que respeite a individualidade do idoso, pois cuidar do idoso terminal exige capacidades e conhecimentos que permitam analisar os principais sintomas e necessidades presentes nessa etapa, visto que abrange mais do que a dimensão física, mas especialmente a emocional e espiritual, sendo o foco da enfermagem o idoso e não a enfermidade.

Os resultados desta revisão indicaram que os temas abordados são diversos, todavia, o enfermeiro é profissional de saúde adequado para identificar alternativas para propiciar a melhor qualidade de vida possíveis para os doentes em fase terminais, assim como a realização dos cuidados paliativos na terapia intensiva. É necessária a inserção da família dentro das UTIs, principalmente junto à equipe de saúde, medidas de controle que suavizam a aflição e o uso de sedação de forma adequada (COSTA *et al.*, 2017).

Portanto, os cuidados prestados pela equipe de enfermagem precisam ser holísticos e humanizados em prol da qualidade de vida do cliente. É importante ressaltar que os familiares cuidadores merecem uma atenção exclusiva da equipe de saúde, tendo em vista amenizar o sofrimento que as diversas interfaces do cuidado ao idoso impõem. Além disso, há necessidade do desenvolvimento de táticas que reduzam a sobrecarga causada pela vivência do processo de adoecimento de um membro familiar. Dessa forma, entende-se que o enfermeiro é o que está mais próximo do paciente e de sua família, por isso eles precisam ser habilitados e capazes de prestar a assistência de forma humanizada e eficaz.

CONCLUSÃO

Com base nos artigos selecionados, foi possível verificar a importância dos cuidados paliativos ao idoso fora de possibilidades terapêuticas de cura, onde o processo de cuidar é prioritário ao processo de tratar. Observou-se também que nos cuidados paliativos a abordagem está centrada no indivíduo e na família, com o intuito de controlar e aliviar o sofrimento físico, psicossocial e espiritual, para que dessa forma possa alcançar um cuidado adequado.

Nesse contexto, ressalta-se que os estudos que compõem essa revisão destacam que o enfermeiro precisa proporcionar um cuidado humanizado e singular ao idoso, a fim de minimizar desconfortos físicos e problemas sociais, psíquicos e emocionais que podem ser ocasionados por essa doença. Tais ações permeiam a filosofia dos cuidados paliativos, caracterizados por alívio dos sintomas, promoção da comodidade e de bem-estar.

Portanto, o enfermeiro precisa estar informado de que a sua assistência é de fundamental importância para estas pacientes, essa consciência precisa permitir a usuária uma reabilitação apropriada e estável, uma vez que, os cuidados paliativos não é uma tarefa simples, mas requer atenção a pequenos detalhes, conhecimento específico para cada acolhimento, visto que o paciente necessita de cuidados de forma integral, apoio psicológico e familiar. Todos os pacientes têm direito a qualidade de vida e a prestação da assistência à saúde. Entretanto, para a aquisição de um cuidado adequado, percebe-se a necessidade de formação de profissionais de cuidados paliativos que atendam à necessidade não só dos pacientes, mas que possibilitem um suporte à família e ao cuidador desse doente.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, D.; LINCH, G. F. C. Cuidados paliativos oncológicos: tendências da produção científica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 1, n. 2, p. 238-245, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010.
- CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2012.
- CARVALHO, M. L. *et al.* Assistência de enfermagem na UTI a pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev. Interdisciplinar*, v. 6, n. 4, p. 60-67, 2013.
- COSTA, T. F. *et al.* Terminalidade e cuidados paliativos em UTI: discurso dos técnicos de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 5, p.1157-63, maio., 2014.
- COSTA, M. R. *et al.* Sofrimento moral dos enfermeiros, em situações de final de vida, em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. supl. 9, p. 3607-16, 2017.
- FARIA, T. N. T. *et al.* Cuidados paliativos em Unidade de Terapia Intensiva: percepções dos profissionais de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. supl. 5, p. 1996-2002, 2017.
- FREITAS, N. O.; PEREIRA, M. V. G. Percepção dos enfermeiros sobre cuidados paliativos e o manejo da dor na UTI. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 450-457, 2013.

LUIZ, M. M. *et al.* Cuidados paliativos em enfermagem ao idoso em UTI: uma revisão integrativa. **Revista online de pesquisa: cuidado é fundamental**, v. 10, n. 2, p. 585-92, 2018.

MENIN, G. E.; PETTENON, M. K. Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 23, n. 3, p. 608-14, 2015.

MUTTI, C. F. *et al.* Cuidado de enfermagem à criança que tem doença oncológica avançada: ser-com no cotidiano assistencial. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 113-120, 2012.

PICOLLO, D.P.; FACHINI, M. A atenção do enfermeiro ao idoso em cuidado paliativo. **Rev. Ciênc. Méd.**, v. 27, n. 2, p. 85-92, 2018.

POLTRONIERE, S.; CECCHETTO, F. H.; SOUZA, E. N. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 270-8, jun. 2011.

SANTANA, J. C. B. *et al.* Cuidados paliativos nas unidades de terapia intensiva: implicações na assistência de enfermagem. **Enfermagem Revista**, Minas Gerais, v. 16, n. 3, Set/Dez. 2012.

SANTOS, E. C.; OLIVEIRA, I. C. M.; FEIJÃO, A. R. Validação de protocolo assistencial de enfermagem para idosos em cuidados paliativos. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 363-73, 2016.

SANTOS, D. C. L. *et al.* Planejamento da assistência ao idoso em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 295-300, 2017.

SOUSA, J. M.; ALVES, E. D. Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 264-9, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n3/1982-0194-ape-28-03-0264.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

SILVA, R. S.; CAMPOS, A. R. C.; PEREIRA, A. Caring for the patient in the process of dying at the Intensive Care Unit. **Rev. Esc. Enferm. USP** [on line]., v. 45, n. 3, p. 738-44, 2011.

SILVA, R. S.; PEREIRA, A.; MUSSI, F. C. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. **Esc Anna Nery**, São Paulo, v. 19, n.1, p. 40-46, 2015.

SILVEIRA, M. M. *et al.* Sexualidade e envelhecimento: discussões sobre a AIDS. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 5, p.205-220, dez. 2011.

SILVEIRA, R. N. *et al.* Cuidado paliativo e enfermeiros de terapia intensiva: Sentimentos que ficam. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEn**, Florianópolis– SC, v.69, p 1074-1081, 2016.

SOUZA, R. H.; LACERDA A. L.C.; LIRA, G. G. Significado de cuidados paliativos pela equipe multiprofissional da unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**, Recife–PE, p1-8, 2017.

TAVARES, A. G. S.; NUNES, J. S. S. Cuidados paliativos e melhoria da qualidade de vida dos idosos oncológicos. **Rev. Enfermagem Contemporânea**, Bahia, v. 4, n. 1, p. 39-47, 2015.

VICENSI, M. C. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 24, n. 1, p. 64-72, 2016.

VERRI, E. R. *et al.* Profissionais de enfermagem: compreensão sobre cuidados paliativos pediátricos. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 13, n. 1, p. 126-36, 2019.

DIABETES E HIPERTENSÃO NA MATURIDADE E VELHICE EM UMA COMUNIDADE DE PESCADORES NA FRONTEIRA FRANCO BRASILEIRA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 26/07/2020

Tamilles Alves de Oliveira de Assunção

Universidade Federal do Amapá – UNIFAP
Oiapoque - Amapá
<http://orcid.org/0000-0001-8218-1754>

Jenifer Bárbara Fernandes Costa

Universidade Federal do Amapá – UNIFAP
Oiapoque- Amapá
<http://orcid.org/0000-0002-6002-7139>

Carlos Manuel Dutok Sánchez

Universidade Federal do Amapá
UNIFAP / UNIASSELVI / UNIFAVENI
Oiapoque - Amapá
<http://orcid.org/0000-0001-6712-3185>

Girzia Sammya Tajra Rocha

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina - Piauí
<http://orcid.org/0000-0002-1624-3838>

Fabio Rodrigues Trindade

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina - Piauí
<http://orcid.org/0000-0002-3667-5988>

RESUMO: Introdução: O Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial são doenças crônicas não transmissíveis altamente prevalentes principalmente no idoso, de alto custo social e grande impacto na morbi-mortalidade da população brasileira e do mundo. **Objetivo:** traçar a incidência em pescadores na maturidade

e velhice portadores de diabetes e hipertensão arterial. **Método:** tratou-se de um estudo de investigação observacional, realizado através do questionário de identificação socioeconômica e perguntas de hábitos de vida, utilizando-se para análise a frequência. A amostra foi constituída por 30 entrevistados, entre 41 a 75 anos, sendo 29 do sexo masculino e um do sexo feminino.

Resultados: foi evidenciado que de todos os indivíduos entrevistados, cerca de 13,33% eram diabéticos e não faziam controle do diabetes e cerca de 31,03% destes eram hipertensos com predominância no sexo masculino, ensino fundamental maior completo e renda de zero a um salários mínimos. **Conclusão:** no presente estudo observou-se que a maioria dos idosos avaliados não apresentou comprometimento por doenças crônico-degenerativas e a avaliação ao diabético foi classificada como ótima e não houve diferença significativa na ocorrência de hospitalização.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial; Envelhecimento; Pescadores.

DIABETES AND HYPERTENSION IN MATURITY AND OLD AGE ON A FISHING COMMUNITY IN FRENCH BRAZILIAN FRONTIER

ABSTRACT: Introduction: Diabetes Mellitus and Hypertension are chronic non-communicable diseases highly prevalent mainly in the elderly, with high social cost and great impact on the morbidity and mortality of the Brazilian population and the world. **Objective:** trace the incidence of fishermen at maturity and old age with diabetes

and arterial hypertension. **Method:** this was an observational investigation study, carried out through the socioeconomic identification questionnaire and lifestyle questions, using frequency for analysis. The sample consisted of 30 respondents, between 41 and 75 years old, 29 of whom were male, and one was female. **Results:** it was evidenced that of all the interviewed individuals, about 13.33% were diabetic and did not have diabetes control and about 31.03% of these were hypertensive with predominance in males, complete elementary school and income from zero to a minimum wages. Conclusion: in the present study, it was observed that the majority of the elderly evaluated did not present any impairment due to chronic-degenerative diseases and the diabetic evaluation was classified as excellent and there was no significant difference in the occurrence of hospitalization.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus. Arterial hypertension. Aging. Fishermen.

1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a pirâmide populacional mudou consideravelmente, uma vez que o Brasil tem deixado de ser um país com grande número de jovens, em decorrência do envelhecimento populacional.

Dados do último Censo Demográfico, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010, constatou aumento considerável da população idosa com 65 anos ou mais. Em 1991 quando a população brasileira era de 146.825.475 habitantes, eles representavam 4,8% da população. Em 2000 esse índice subiu para 5,9% no total de 169.799.170 pessoas. E em 2010 chegou a 7,4% da população de 190.755.799 habitantes (IBGE, 2010).

No Brasil, esse fenômeno aconteceu de forma mais rápida, quando comparado a países mais desenvolvidos, trazendo consigo grande impacto social, exigindo mudanças nas políticas públicas. Na saúde, esse cenário demanda a reconfiguração dos serviços, com readequação da oferta e qualificação de recursos humanos, garantindo acesso para atendimento das necessidades de saúde dessa população. (ALMEIDA *et al*, 2020).

Assim diante do crescimento do número de idosos na população brasileira, emerge a necessidade de enfrentar os aspectos sociais e econômicos que afetam a população. Paschoal (2006) cita como problemas decorrentes do envelhecimento da população os custos com aposentadoria, atenção à saúde, socialização e participação social. Além disso, os anos de sobrevida podem representar sofrimentos, perdas e incapacidades.

Observa-se que se por um lado o crescimento da população idosa é visto como triunfo das quedas dos indicadores de natalidade e mortalidade, como também, do avanço tecnológico, por outro, ele passa a ser visualizado como um problema social.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte no mundo. Entre as políticas de enfrentamento das doenças e agravos crônicos, as direcionadas às doenças cardiovasculares são prioridades de saúde pública, por serem as primeiras causas de mortes e de hospitalizações pelo sistema único de saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Historicamente, no Brasil, a organização de serviços voltados à redução da morbimortalidade por essas causas tem se pautado na identificação e no acompanhamento das pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e ou diabetes melito (DM), tendo em vista a alta prevalência desses agravos principalmente no idoso, o alto custo social e grande impacto na população brasileira e do mundo. (MENDES, 2012).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, p.4 e p. 8), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica, diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) pela medida casual. Para a definição diagnóstica de HAS consideram-se os valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. Desta forma o diagnóstico é validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões.

Diante do exposto pode-se descrever a hipertensão arterial como uma doença sistêmica, na maioria das vezes assintomática, e considerada silenciosa. Sendo um fator predisponente para doenças cardíacas, renais e acidente vascular cerebral (AVC), que muitas vezes acaba gerando sequelas irreversíveis.

O diabetes em idosos está relacionado a um risco maior de morte prematura, à maior associação com outras comorbidades e, principalmente, com as grandes síndromes geriátricas, sendo importante destacar os prejuízos em relação à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida, o que a configura como uma doença de alto impacto, com repercussões sobre o sistema de saúde, família e o próprio idoso acometido (SCHAIBER, 2000).

Representa uma doença altamente limitante, tendo como consequências em longo prazo, danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. As pessoas com diabetes têm maior risco de hipertensão arterial, doença coronariana, doença arterial periférica e doença vascular cerebral, podendo, ainda, desenvolver neuropatia, artropatia e disfunção autonômica, inclusive sexual, as quais acometem mais frequentemente os idosos como publicou a Sociedade Brasileira de Diabetes (2014).

Este estudo tem como objetivo, traçar o perfil epidemiológico dos pescadores idosos hipertensos/diabéticos no município de Oiapoque localizado no Estado do Amapá.

O município em referência possui uma população estimada de 27270

habitantes em 2019, encontra-se distante da capital do estado a 590 quilômetros pela BR-156 e possui uma área de 22.625 Km². Faz limites ao norte com o Oceano Atlântico, ao sul com os municípios vizinhos Calçoene, Serra do Navio e Pedra Branca do Amapará ao leste ainda com Calçoene e ao oeste com o município Laranjal do Jari.

Assim sendo, contribui de forma significativa ao enriquecimento teórico sobre aos aspectos epidemiológicos dos pescadores idosos hipertensos/diabéticos no município de Oiapoque, permitindo também fortalecer as medidas para a promoção de mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos mais saudáveis, estas medidas deverão ser sustentáveis em longo prazo e deverão incluir todos os grupos sociais, especialmente aqueles com menores possibilidades de escolha em razão do distanciamento de grandes centros e capitais, e acabam convivendo em um lugar de exclusão social.

2 | MÉTODO

O estudo foi realizado por meio de investigação observacional, com delineamento transversal e abordagem quantitativa. As entrevistas foram realizadas no município de Oiapoque. Foi aplicado um questionário estruturado para identificação socioeconômica. Os critérios de inclusão foram ser pescador como profissão e ter mais de 40 anos. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas com duração de 30 minutos, realizadas pelos pesquisadores no horário e local combinado com o sujeito no município de Oiapoque no estado do Amapá e a amostra contou com a participação de 30 pescadores idosos que obedecerem a todos os critérios. O período para coleta dos dados compreendeu os meses de setembro e outubro 2015. Os dados coletados foram digitados para processamento no programa Microsoft Excel, e assim os resultados em frequências apresentados em tabelas e gráficos. Para sua execução, o trabalho foi previamente submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP, sob CAAE: 41981015.9.0000.0003 com parecer aprovado de N° 1.199.552 de acordo com a determinação da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados os dados do estudo, os quais foram analisados, segundo associação, e questões que visam contemplar os objetivos da pesquisa.

A amostra foi composta por 30 indivíduos que desenvolviam atividades de pesca conforme descrito na Tabela I. Para fazer a caracterização da amostra

estudada, foram levantados dados como: idade, sexo, estado civil, profissão, escolaridade e renda. Para melhor compreensão dos resultados aqui apresentados foram divididos em tabelas.

Dos 30 idosos entrevistados um deles (3,33%) era do sexo feminino. A média de idade foi de 41 e mais de 70 anos, sendo que a maior parte, 18 (60,0%) encontravam-se na faixa etária de 51 a 60 anos com mediana de 60 anos.

Quanto à caracterização socioeconômica a maioria dos idosos 20 (66,7%); solteiro, seis (20,0%); casados, com Ensino Fundamental Maior (incompleto/completo) 12 (40,0%); ganhavam entre um e dois salários mínimos 19 (63,33%); não se observou associação estatisticamente significativa entre as variáveis que representam o perfil da amostra por sexo, para essas variáveis observou que significamente o sexo masculino 29 (96,67%); foi mais elevada quanto comparada a média encontrada no sexo feminino.

Neste estudo 30 idosos compuseram a amostra e este número foi estimado em 100,0%, sendo o menor perfil da amostra por sexo 3,33%.

A pesca artesanal se baseia na organização familiar como um sistema produtivo inscrito em práticas culturais tradicionais. Esta unidade de produção secular está fundada em rede local e durável da produção de pescado, com suas tarefas e divisões do trabalho, modos de solidariedade e cooperação que contém objetivos econômicos de sobrevivência. Diferencia-se do trabalho assalariado em que a família se configura como uma estrutura de consumo, dependente de ganhos não com o que produz, mas com a venda da sua força de trabalho em troca de salário (FRANCISCO et al., 2012). No trabalho do pescador artesanal o modo de produção organiza e mobiliza a força de trabalho contida nas relações familiares, compondo com o processo de reprodução social (SILVA et al., 2006).

A divisão do trabalho familiar é predominantemente social, não técnica, e envolve o trabalho precoce infantil e adolescente ou ainda o tardio, além da divisão sexual do trabalho. Para a mulher, está reservada geralmente a extração de mariscos, adicionada à carga das atividades domésticas, enquanto o homem se insere nas atividades da pesca. Mariscos e peixes são produtos perecíveis que exigem infraestrutura de armazenamento congelado e higienizado, do que o pequeno produtor não dispõe. Com isso, comumente o pescador ou pescadora artesanal retira da sua produção a parte necessária para assegurar a sobrevivência da família e o excedente vende ao atravessador, semelhante ao que ocorre na agricultura família (ROSA e MATTOS 2010; PENA et al., 2011).

O fato de não se reconhecerem as atividades realizadas pelas mulheres nas comunidades pesqueiras, sejam estas por estarem designadas à esfera reprodutiva, logo desvalorizadas (Lima, 2003), sejam por estarem na esfera produtiva, associadas à ideia de complementaridade, constitui o argumento da invisibilidade do trabalho

feminino no setor pesqueiro. No entanto Motta-Maués (1999) também menciona outro tipo de invisibilidade situada no âmbito das políticas públicas, da sociedade em relação à comunidade pesqueira que afeta tanto homens como mulheres. Esta diz respeito à ausência da participação política nas decisões implementadas pelo governo no setor pesqueiro ao longo dos anos.

| VARIÁVEIS | | Nº | % |
|-------------------|--|----|-------|
| SEXO | Masculino | 29 | 96,67 |
| | Feminino | 1 | 3,33 |
| FAIXA – ETÁRIA | 41 a 50 anos | 4 | 13,33 |
| | 51 a 60 anos | 18 | 60,00 |
| | 61 a 70 anos | 6 | 20,00 |
| | Mais de 70 anos | 2 | 6,67 |
| ESTADO CIVIL | Casado | 6 | 20,00 |
| | Solteiro | 20 | 66,67 |
| | União Estável | 4 | 13,33 |
| ESCOLARIDADE | Analfabeto | 3 | 10,00 |
| | Ensino Fundamental Menos (incompleto/completo) | 10 | 33,33 |
| | Ensino Fundamental Maior (incompleto/completo) | 12 | 40,00 |
| | Ensino Médio (incompleto/completo) | 5 | 16,67 |
| RENDA MENSAL | 0 a 1 salário mínimo | 7 | 23,33 |
| | 1 a 2 salários mínimos | 19 | 63,33 |
| | 2 a 3 salários mínimos | 4 | 13,33 |
| TEMPO DE PESCADOR | 10 a 20 anos | 12 | 40,00 |
| | 21 a 30 anos | 5 | 16,67 |
| | 31 a 40 anos | 5 | 16,67 |
| | 41 a 50 anos | 7 | 23,33 |
| | Mais de 50 anos | 1 | 3,33 |

Tabela I-Qualidade de Vida de Pescadores Idosos do Município de Oiapoque - Amapá.

Perfil da Amostra por Sexo, Faixa-Etária, Estado Civil, Escolaridade, Renda Mensal, Tempo de Pescador.Oiapoque (AM), outubro de 2015. Total de participantes 30.

Fonte: Pesquisa Direta.

De acordo com a Tabela II; o estudo mostra que dos entrevistados dez são hipertensos e 20 não hipertensos; sendo nove homens e uma mulher cerca de (31;03%). Destes hipertensos um (25%) entre 41 a 50 anos, quatro (22,22%) dos 51 a 60 anos, três (50%) dos 61 a 70 anos e outros dois (100%) mais de 70 anos.

A variável de idade e sexo neste estudo é muito relativa devido à função

exercida, se sabe que, ainda existem profissões masculinizadas e a pesca é uma delas. No entanto uma comparação, com um outro estudo realizado em uma comunidade quilombola em Vitória da Conquista Bahia, cerca de 59,2 % são mulheres (SILVA, 2016). Contrapondo-se ao estudo atual que em sua grande maioria foram homens, isso implica nas especificidades, pois no referido estudo trata-se de um quilombo, nesse estudo ressalta-se o fator transcultural, na construção histórica da referida identidade abordando a divisão de gênero que se estabelecem no exercício dos processos de pesca entre as regiões do Brasil . Outro destaque é a idade dos participantes do estudo, pois prevaleceu a maturidade, podemos relacionar isso ao fato de que quanto mais idoso, maiores as dificuldades de locomoção corpórea, haja vista que a pesca requer este esforço com o corpo por inteiro, por isso grande parte são jovens ou estão na meia idade.

Outro fator que merece destaque em relação a esse achado, da maioria ser homem, é o fato de no Brasil os homens vivem, em média, sete anos a menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e pressão arterial mais elevada (ALMEIDA *et al*, 2020). O Ministério da Saúde do Brasil lançou a Política Nacional de Saúde do Homem em novembro de 2008, com apoio da OPAS, com o objetivo de facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde. Um dos principais objetivos desta Política é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão (BRASIL, 2009).

Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. A iniciativa é uma resposta à observação de que os agravos do sexo masculino são um problema de saúde pública. A política enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família. Considera essencial que, além dos aspectos educacionais, entre outras ações, os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se parte integrante deles (BRASIL, 2009).

Em relação ao estado civil, observou-se que houve prevalência nos que relataram ser solteiros seis (30%), seguido de dois (50%) união estável e 2 (33,3%) casados. Quanto ao grau de escolaridade nenhum participante hipertenso cursou o nível médio, já o ensino fundamental maior (incompleto/completo) apenas dois (16,6%), os que frequentaram o ensino menor foram seis (60%) entre estes dois (66,6%) eram analfabetos. A renda mensal predominante era de um a dois salários mínimos, representando seis pescadores (31,5%), dois (50%) relataram de dois a

três salários e outros dois (28,5%) de zero a um salário.

Constatando que as variáveis, renda e escolaridade são inerentes as doenças crônicas degenerativas, abrangendo principalmente os participantes com menor nível de instrução e renda. Dessa forma prejudicando o entendimento em relação a doença seus sinais e sintomas, tratamento e riscos de forma mais influente nos idosos. De acordo com o tempo de pesca quatro (57,1%) em sua maioria realizaram o trabalho de pescador a cerca de 41 a 50 anos, dois (40%) exercem a função de 21 a 30 anos, outros dois (16,6%) de 10 a 20 anos, um de 31 a 40 (20%) e um há mais de 50 anos.

| | | HIPERTENSO | | | | Total | |
|-------------------|--|------------|--------|-----|--------|-------|--------|
| | | Sim | | Não | | Nº | % |
| | | Nº | % | Nº | % | | |
| SEXO | Masculino | 9 | 31,03 | 20 | 68,97 | 29 | 100,00 |
| | Feminino | 1 | 100,00 | 0 | ,00 | 1 | 100,00 |
| FAIXA - ETÁRIA | 41 a 50 anos | 1 | 25,00 | 3 | 75,00 | 4 | 100,00 |
| | 51 a 60 anos | 4 | 22,22 | 14 | 77,78 | 18 | 100,00 |
| | 61 a 70 anos | 3 | 50,00 | 3 | 50,00 | 6 | 100,00 |
| | Mais de 70 anos | 2 | 100,00 | 0 | ,00 | 2 | 100,00 |
| ESTADO CIVIL | Casado | 2 | 33,33 | 4 | 66,67 | 6 | 100,00 |
| | Solteiro | 6 | 30,00 | 14 | 70,00 | 20 | 100,00 |
| | União Estável | 2 | 50,00 | 2 | 50,00 | 4 | 100,00 |
| ESCOLARIDADE | Analfabeto | 2 | 66,67 | 1 | 33,33 | 3 | 100,00 |
| | Ensino Fundamental Menos (incompleto/completo) | 6 | 60,00 | 4 | 40,00 | 10 | 100,00 |
| | Ensino Fundamental Maior (incompleto/completo) | 2 | 16,67 | 10 | 83,33 | 12 | 100,00 |
| | Ensino Médio (incompleto/completo) | 0 | ,00 | 5 | 100,00 | 5 | 100,00 |
| RENDA MENSAL | 0 a 1 salário mínimo | 2 | 28,57 | 5 | 71,43 | 7 | 100,00 |
| | 1 a 2 salários mínimos | 6 | 31,58 | 13 | 68,42 | 19 | 100,00 |
| | 2 a 3 salários mínimos | 2 | 50,00 | 2 | 50,00 | 4 | 100,00 |
| TEMPO DE PESCADOR | 10 a 20 anos | 2 | 16,67 | 10 | 83,33 | 12 | 100,00 |
| | 21 a 30 anos | 2 | 40,00 | 3 | 60,00 | 5 | 100,00 |
| | 31 a 40 anos | 1 | 20,00 | 4 | 80,00 | 5 | 100,00 |
| | 41 a 50 anos | 4 | 57,14 | 3 | 42,86 | 7 | 100,00 |
| | Mais de 50 anos | 1 | 100,00 | 0 | ,00 | 1 | 100,00 |
| Total | | 10 | 33,33 | 20 | 66,67 | 30 | 100,00 |

Tabela II- Qualidade de Vida de Pescadores Idosos do Município de Oiapoque - Amapá.

Se é Hipertenso por Sexo, Faixa-Etária, Estado Civil, Escolaridade, Renda Mensal, Tempo de Pescador. Oiapoque (AM), outubro de 2015. Total de participantes 30.

Fonte: Pesquisa Direta.

Pergunta: Hipertenso?

Já a Tabela III está relacionada a dados dos diabéticos, do total quatro possuem Diabetes Mellitus (DM) cerca de 13,7% e 26 não diabéticos. A faixa etária predominante foi entre 51 a 60 anos com 11,1% seguido de 41 a 50 anos com 25% e 61 a 70 anos 16,6%, participantes acima de 70 anos nenhum paciente diabético. Em sua maioria eram solteiros em torno de 15%, analfabetos e sua renda mensal é cerca de zero a dois salários mínimos, já a prevalência do tempo de pesca foi de 41 a 50 anos 42,8%.

Segundo Bähler, 2015 a renda e saúde, refletem de forma a melhorar o bem estar de acordo com uma melhor posição social, pois, os recursos são maiores, no entanto há um declínio quanto ao nível de escolaridade, sendo cada vez mais desigual para aqueles que tem menor escolaridade, e aumento da idade.

Conforme o Ministério da Saúde, 2011, relata que:

“O avanço da idade, tanto para homens quanto para mulheres, representa estar mais exposto à simultaneidade de DCNTs desde a idade adulta. Homens e mulheres possuem um comportamento semelhante nas primeiras décadas de vida, quando ocorre um aumento dessa exposição às DCNTs, até a entrada na faixa etária idosa. Na fase adulta, existe a maior ocorrência de simultaneidade de doenças em homens, ao passo que, entre os idosos, as mulheres são mais atingidas, sugerindo que ainda não foi estabelecido em qual sexo a simultaneidade de doenças permanece mais evidente, independentemente da idade: ora os homens possuem maiores prevalências de simultaneidade de doenças, ora as mulheres. Tal variabilidade, encontrada na literatura, pode ser justificada por características das doenças investigadas, as quais possuem comportamento distinto em homens e mulheres, ao longo do ciclo vital”

Dessa forma, o estudo identificou a maioria dos participantes são homens com pouca escolaridade, em média de 51 a 60 anos, em sua maioria solteiros, outro dado importante é quanto ao tempo de exercício da profissão, que é entre 41 a 50 anos, ou seja, muitos deles iniciaram no ramo muito jovens, alguns até menores de idade, abaixo dos 15 anos, totalizando tantos anos na pesca.

| VARIÁVEIS | | DIABÉTICO | | | | Total | |
|-------------------|--|-----------|-------|-----|--------|-------|--------|
| | | Sim | | Não | | Nº | % |
| | | Nº | % | Nº | % | | |
| SEXO | Masculino | 4 | 13,79 | 25 | 86,21 | 29 | 100,00 |
| | Feminino | 0 | ,00 | 1 | 100,00 | 1 | 100,00 |
| FAIXA - ETÁRIA | 41 a 50 anos | 1 | 25,00 | 3 | 75,00 | 4 | 100,00 |
| | 51 a 60 anos | 2 | 11,11 | 16 | 88,89 | 18 | 100,00 |
| | 61 a 70 anos | 1 | 16,67 | 5 | 83,33 | 6 | 100,00 |
| | Mais de 70 anos | 0 | ,00 | 2 | 100,00 | 2 | 100,00 |
| ESTADO CIVIL | Casado | 1 | 16,67 | 5 | 83,33 | 6 | 100,00 |
| | Solteiro | 3 | 15,00 | 17 | 85,00 | 20 | 100,00 |
| | União Estável | 0 | ,00 | 4 | 100,00 | 4 | 100,00 |
| ESCOLARIDADE | Analfabeto | 2 | 66,67 | 1 | 33,33 | 3 | 100,00 |
| | Ensino Fundamental Menos (incompleto/completo) | 1 | 10,00 | 9 | 90,00 | 10 | 100,00 |
| | Ensino Fundamental Maior (incompleto/completo) | 1 | 8,33 | 11 | 91,67 | 12 | 100,00 |
| | Ensino Médio (incompleto/completo) | 0 | ,00 | 5 | 100,00 | 5 | 100,00 |
| RENDA MENSAL | 0 a 1 salário mínimo | 2 | 28,57 | 5 | 71,43 | 7 | 100,00 |
| | 1 a 2 salários mínimos | 2 | 10,53 | 17 | 89,47 | 19 | 100,00 |
| | 2 a 3 salários mínimos | 0 | ,00 | 4 | 100,00 | 4 | 100,00 |
| TEMPO DE PESCADOR | 10 a 20 anos | 1 | 8,33 | 11 | 91,67 | 12 | 100,00 |
| | 21 a 30 anos | 0 | ,00 | 5 | 100,00 | 5 | 100,00 |
| | 31 a 40 anos | 0 | ,00 | 5 | 100,00 | 5 | 100,00 |
| | 41 a 50 anos | 3 | 42,86 | 4 | 57,14 | 7 | 100,00 |
| | Mais de 50 anos | 0 | ,00 | 1 | 100,00 | 1 | 100,00 |
| Total | | 4 | 13,33 | 26 | 86,67 | 30 | 100,00 |

Tabela III- Qualidade de Vida de Pescadores Idosos do Município de Oiapoque - Amapá.

Se é Diabético por Sexo, Faixa-Etária, Estado Civil, Escolaridade, Renda Mensal, Tempo de Pescador. Oiapoque (AM), outubro de 2015. Total de participantes 30.

Fonte: Pesquisa Direta.

Pergunta: Diabético?

De todos os indivíduos entrevistados cerca de 13,33% eram diabéticos e não faziam controle do diabetes e cerca de 31,03% destes eram hipertensos com predominância no sexo masculino, ensino fundamental maior completo e renda de zero a um salários mínimos.

Nesse estudo observou – se que a maioria dos idosos avaliados não

apresentaram comprometimento por doença crônica – degenerativa. No entanto nota – se a predominância de hipertensão e diabéticos entre os homens haja vista que os mesmos pouco fazem uso dos serviços de saúde e não fazem exames complementares, muito menos o controle das doenças para melhoria da qualidade de vida.

4 | CONCLUSÃO

Por fim o estudo evidenciou que dos entrevistados 10 são hipertensos e 20 não hipertensos, 13,7% diabéticos e 26 não diabéticos, prevalência da média de idade na maturidade, com renda de 1 a 2 salários mínimos, com pouca escolaridade e com 41 a 50 anos de tempo de pesca.

O estudo aponta as fragilidades para que ele fosse realizado, pois, os pescadores permanecem pouco tempo em “terra firme”, na maior parte estão no mar exercendo a profissão, desse modo, as entrevistas eram difíceis de serem realizadas pois, eles viajavam antes de serem entrevistados. Os pescadores da pesquisa tinham naturalidade geralmente do Pará e ficavam por pouco tempo na cidade.

Os resultados apontam a importância do levantamento do perfil dos pescadores, a fim de fornecer informações necessárias para estudos futuros. Com alta relevância para os pescadores da cidade e de outros estados também, pois assim pode ser realizado formas preventivas as doenças crônicas – degenerativas nessa população.

Faz-se necessário o desenvolvimento de novos estudos sobre a temática que considerem as particularidades e especificidades do público idoso, minimizando os vieses e maximizando a veracidade dos resultados encontrados. Desta forma, será possível o desenho de estratégias educativas de intervenção ajustadas e que possibilitem ao idoso diabético/hipertenso maximizar o autocuidado, contribuindo, assim, na promoção da autonomia e melhoria da qualidade de vida.

Assim para que ocorram as ações terapêuticas se fazem importante as ações preventivas no controle da hipertensão arterial. Além de acompanhamento médico e de enfermagem adequado, dieta, exercícios físicos e medicação se necessário. As intervenções preventivas podem ser classificadas e dirigidas a indivíduos ou grupos nas comunidades.

Na sua maioria são homens que apresentam uma escolaridade de forma não positiva com ensino fundamental menor (incompleto) quanto aos fatores associados é importante um novo olhar pois muitos ainda não possuem alimentação saudável e não praticam exercícios, fator que pode estar relacionado com a regionalidade tendo em vista que os recursos são mais escassos e hábitos diferente, ou seja, a pessoa

que passa tempo em alto mar pescando não tem uma alimentação apropriada.

Nesse sentido, a presente pesquisa pôde demonstrar a importância de conhecer o perfil de hipertensos e diabéticos na categoria de pescadores idosos do município de Oiapoque. Para romper com essa realidade em pauta é necessário a efetivação de uma Política pública de Saúde que seja capaz de pensar um acolhimento para a classe de pescadores, para resgatar essa população com intuito de educação, prevenção e saúde a partir da identidade e da realidade no local de estudo do perfil estudado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. P. S. C.; NUNES, B. P.; DURO, S. M. S.; LIMA, R. C. D.; FACCHINI, L. A. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2213-2226, June 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000602213&Ing=en&nrm=iso>. access on 24 July 2020. Epub June 03, 2020. <http://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27792018>.

BÄHLER, C.; HUBER, C.A.; BRÜNGGER, B.; REICH, O. **Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study**. BMC Health Ser Res [Internet]. ano24; v. 15, n. 1, p. 23. Janeiro2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4307623/>. doi: 10.1186/s12913-0150698-2

BRASIL - Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situações de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 92 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

FRANCISCO, P. M. S. B.; BELON, A. P.; BARROS, M. B. A.; CARANDINA, L.; ALVES, M. C. G. P.; GOLDBAUM, M. **Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle**. Cad Saúde Pública. v. 26, n. 1, p. 175-8, 2010.

GORZ A. **Métamorphoses du travail quête du sens: critique de la raison économique**. Paris: Galilée; 1988.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico [Internet]**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado 2011 out 10]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>

LIMA, J. P. (2003). **Pescadoras e donas de casa: a invisibilidade do trabalho das mulheres numa comunidade pesqueira: o caso da Baía do Sol**. (Dissertação de Mestrado), Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-graduação em Sociologia, Belém.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde; 2012.

BRASIL - Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2019 set 24]. 160 p. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

MOTTA-MAUÉS, M. A. **Pesca de homem/peixe de mulher (?): repensando gênero na literatura acadêmica sobre comunidades pesqueiras no Brasil**. Etnográfica, v. 3, n. 2, p. 377-399, 1999. Recuperado a partir de http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_03/N2/Vol_iii_N2_377-400_.pdf

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, Elizabete Viana de, *et. al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.147-153.

PENA, P. G. L.; FREITAS, M. C. S. CARDIM, A. **Trabalho artesanal, cadências infernais e lesões por esforços repetitivos: estudo de caso em uma comunidade de marisqueiras na Ilha de Maré, Bahia**. Cien Saude Colet. v. 16, n. 8, p. 3383-3392, 2011.

ROSA, M. F. M.; MATTOS, U. A. O. **A saúde e os riscos dos pescadores e catadores de caranguejo da Baía de Guanabara**. Cien Saude Colet. v. 15, s. 1, p. 1543-1552, 2010.

SCHAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Necessidades de saúde e atenção primária**. In: SCHAIBER, L.B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 2947. (Saúde em Debate, 96); (Série Didática, 3).

SILVA, T. R.; FELDMAN, C.; LIMA, M. H. A.; NOBRE, M. R. C.; DOMINGUES, R. Z. L. **Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade Básica de saúde**. Saúde Soc. v. 15, n. 3, p. 180-9, 2006.

SILVA, T. S. S.; BOMFIM, C. A.; LEITE, T. C. R.; MOURA, C. S.; BELO, N. O.; TOMAZI, L. **Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil**. Cad. Saúde Colet., 2016, Rio de Janeiro, 24 (3): 376-383

Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivos Brasileira de Cardiologia, v.95, s.1, p.1-51, 2018.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: SBD; 2014.

WOORTMANN, E. F. (1992). **Da complementariedade à dependência: espaço, tempo e gênero em comunidades “pesqueiras” do Nordeste**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 18, 41-61

FATORES ASSOCIADOS À GORDURA TOTAL E ABDOMINAL NA POPULAÇÃO INDÍGENA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 29/08/2020

Maria Augusta Correa Barroso Magno Viana

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa, Paraíba
ORCID - 0000-0002-1122-1197

Cristiane Alvarenga Chagas

Prefeitura de Belo Horizonte
Belo Horizonte, Minas Gerais
ORCID - 0000-0002- 5919-8977

Aline Elizabeth da Silva Miranda

Faculdade Pitágoras Betim
Belo Horizonte, Minas Gerais
ORCID: 0000-0001-9826-1409

Mark Anthony Beinzer

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte, Minas Gerais
ORCID - 0000-0002-0980-8976

Adriano Marçal Pimenta

Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte, Minas Gerais
ORCID - 0000-0001-7049-7575

RESUMO: *Introdução:* A obesidade é considerada um problema de saúde pública mundial, sendo um dos principais fatores de risco associado à ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis. Esse cenário não se difere na população indígena, a qual os estudos apontam para elevadas prevalências de obesidade associada a mudanças nos padrões

culturais, assim como a ocidentalização das suas dietas. *Objetivo:* Analisar os fatores que estão associados com o excesso de peso na população indígena. *Metodologia:* Pesquisa bibliográfica, realizada em bases de dados: Medline/ PubMed e Lilacs. Utilizando descritores em português e inglês conforme a base de dados, sendo estas: “sobrepeso AND população indígena”, “obesidade AND população indígena”. *Resultados:* Foram encontrados 25 artigos, no período de 2010 a 2020. Os achados mostraram maiores prevalências de obesidade generalizada e central entre indígenas do sexo feminino. Sendo o excesso de peso associado com sexo, idade, renda, situação conjugal, medidas antropométricas e indicadores de DCNT. *Conclusão:* A revisão da literatura mostrou que a população indígena enfrenta um processo de transição epidemiológica e nutricional com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis e alterações no padrão nutricional, que estão associadas com modificações econômicas, sociais, demográficas e correlacionadas à saúde. **PALAVRAS-CHAVE:** População indígena. Saúde da população indígena. Obesidade. Sobrepeso.

ASSOCIATED FACTORS WITH TOTAL AND ABDOMINAL FAT IN INDIGENOUS POPULATION: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: *Introduction:* The obesity is considered a worldwide public health problem, being one of the main risk factors associated with occurrence of chronic diseases non-transmissible. This scenario it's not different in the indigenous population, which the studies show high prevalence of obesity associated with changes

in culture pattern, as well as the westernization of their diets. *Objective:* Analyze the factors that are associated with overweight in indigenous population. *Methodology:* bibliographic research, realized in data base: Medline/PubMed and Lilacs. Using descriptors in Portuguese and according to data base, these being: “overweight AND indigenous population”, “obesity AND indigenous population”. *Results:* Were found 25 articles, in the period from 2010 to 2020. The findings show greater relevance of generalized and central obesity among the indigenous women. Being the overweight associated with sex, age, income, marital situation, anthropometrics measures and DCNT’s indicators. *Conclusion:* The literature review show that the indigenous population faces a process of epidemiologic and nutritional transition with the increase in chronic diseases non-transmissible and changes in nutritional pattern, which are associated with economics, social and demographic modification and correlated to health.

KEYWORDS: Indigenous population. Health of the indigenous population. Obesity. Overweight.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, vivem, atualmente, 817,9 mil índios, o que corresponde aproximadamente a 0,4% da população total do país. Somam-se no total 305 povos distribuídos em 505 terras indígenas que compreendem 12,5% do território brasileiro (BRASIL, 2010).

Sabe-se que a saúde dos povos indígenas é caracterizada por intensas modificações em seus perfis epidemiológicos (GARNELO, 2012). Nas últimas décadas, a população indígena tem enfrentado um processo de transição epidemiológica e nutricional, com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com destaque para a obesidade, que se manifesta pela introdução de um novo estilo de vida que inclui o aumento do sedentarismo, a diminuição do consumo de alimentos *in natura* e a inclusão dos industrializados (MCSWEENWY; ARPS, 2005).

A obesidade é definida como uma enfermidade crônica que se caracteriza pelo acúmulo anormal ou excessivo de gordura que pode prejudicar a saúde (OMS, 1998). Além do excesso de gordura corpórea deve ser considerada também a distribuição regional, uma vez que o excesso de tecido adiposo localizado na região abdominal é um fator de risco maior de morbidade que o excesso de gordura corpórea em si (CARVALHO, 2005).

No entanto, pesquisas acerca do perfil nutricional dos indígenas são segmentadas e escassas, sendo necessárias maiores investigações sobre o tema (ALMEIDA et al., 2016; FREITAS et al., 2016; LUCENA et al., 2016). Diante disso, para compreender melhor os fatores que estão associados ao excesso de peso na população indígena, realizou-se uma revisão da literatura de estudos que avaliaram

os fatores associados a gordura total e abdominal dessa população.

2 | MÉTODOS

Trata-se de uma revisão da literatura sobre abordagens que mostram o aumento da adiposidade corporal na população indígena considerando os achados da obesidade total e ou abdominal. A questão norteadora admitida para esta pesquisa foi: quais são os fatores associados com o excesso de peso em populações indígenas.

Para a busca dos artigos foram utilizadas as bases de dados MEDLINE/PUBMED (US National Library of Medicine's – NLM) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), publicados nos últimos 10 anos. A busca bibliográfica foi realizada no mês de março de 2020 por dois revisores. Foram utilizadas palavras chaves em português e inglês, conforme consulta aos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), sendo estas: “overweight AND indigenous population”, “sobrepeso AND população indígena”, “obesity AND indigenous population”, “obesidade AND população indígena”.

A inclusão dos artigos foi definida em três etapas: i) triagem por meio da leitura do título, ii) leitura do resumo, iii) leitura na íntegra. Na fase da triagem foram eliminados pesquisas com as seguintes características: tese/dissertação, revisão da literatura. Na etapa de leitura na íntegra priorizou a inclusão de artigos com indígenas ≥ 18 anos, de ambos os sexos, que apresentaram dados antropométricos e verificaram a associação do excesso de peso com distintas variáveis.

Os dados essenciais dos estudos foram sintetizados e dispostos em quadros contendo: referências, as principais abordagens dos estudos e seus resultados. As análises dos dados foram realizadas de forma descritiva, caracterizadas conforme a extração dos dados selecionados a partir da identificação das variáveis de interesse e conceito-chave.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente revisão, foram selecionados 65 artigos (MEDLINE/PUBMED = 48; LILACS = 17). Após a leitura dos títulos e resumos 27 artigos foram escolhidos para leitura na íntegra. No entanto, dois artigos foram excluídos por tratarem da mesma etnia. Assim, a revisão foi composta por 25 artigos.

As principais características dos estudos encontram-se sumarizados em 2 quadros. O primeiro quadro ilustra as prevalências do índice de massa corporal (IMC) e do perímetro da cintura (PC) em estudos selecionados que utilizaram esses marcadores para identificar a adiposidade corporal em indígenas adultos e idosos.

O segundo quadro expõe alguns fatores associados com o excesso de peso em populações indígenas.

A maioria dos estudos mostraram maiores prevalências de obesidade generalizada e central entre indígenas do sexo feminino (Quadro 1). Esses achados assemelham-se aos resultados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena no Brasil, o qual demonstrou que 30,3% e 15% das mulheres que participaram da pesquisa apresentaram excesso de peso e obesidade, respectivamente, com destaque para as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, as quais apresentaram taxas de prevalência de excesso de peso (22,6%) e obesidade (17,2%) superiores às demais (COIMBRA et al., 2013).

Percebe-se um aumento da adiposidade corporal tanto na população indígena brasileira quanto em populações indígenas de outros países (Quadro 1). Tais resultados apontam para a importância de se investigar os fatores que estão contribuindo para o aumento dessa prevalência, no intuito de proporcionar o entendimento de peculiaridades existentes nos processos de transição epidemiológica e nutricional dessa população (BRESAN et al., 2015).

| Referência | Amostra (Idade anos) | Sexo | Etnia | IMC elevado ¹ (%) | PC elevado ³ (%) |
|---------------------------|----------------------|---------------------|---|------------------------------|-----------------------------|
| Chagas et al., 2020 | 183 (≥18 anos) | Ambos | Krenak (MG) | 74,32 ^{1a,2a} | 33,88 |
| Ortiz et al., 2019 | 3182 (≥19 anos) | Feminino | Quechua e Aymara (Bolívia) | - | 27,75 |
| | | Masculino | | | 25,83 |
| Kufe et al., 2016 | 1921 (≥20 anos) | ambos | Mbororo/Fulbe (Adamawa-Nigéria e Camarões-Afriva) | 3,7% ^{1a} | 9,8 |
| Almeida et al., 2016 | 362 (20 a 59 anos) | Feminino | Guarani e Terena (MS) | 74,0 ^{1a} | 83,7 |
| Freitas et al., 2016 | 385 (18 a 59 anos) | Feminino | Terena e Guarani (MS) | 30,9 ^{1b} | 57,7 |
| Lucena et al., 2016 | 256 (≥18 anos) | Ambos | Xavantes (MT) | 21,8 ^{1b} | — |
| Soares et al., 2015 | 932 (≥20 anos) | Feminino | Xavantes (MT) | 81,9 ^{1a, 2a} | 98,6 ± 11,1 ^{1c} |
| | | Masculino | | 81,2 ^{1a, 2a} | 95,9 ± 10,4 ^{1c} |
| Oliveira et al., 2015 | 1608 (≥18 anos) | Feminino | Jaguapiru, (MS) | 30 ^{1b} | 76,7 |
| | | Masculino | | 15 ^{1b} | 40,3 |
| Boaretto et al., 2015 | 178 (≥18 a 45 anos) | Ambos | Kaingang e Guarani (PR) | 47,9 ^{1a} | - |
| Fávaro et al., 2015 | 794 (≥19 a 59 anos) | Feminino | Xukuru do Ororubá (PE) | 21 ^{1b} | - |
| | | Masculino | | 7,5 ^{1b} | - |
| Bresan et al., 2015 | 355 (≥20 anos) | Feminino | Kaingang (SC) | 41,1 ^{1b} | 87,1 ± 11,8 ^{1c} |
| | | Masculino | | 22,9 ^{1b} | 88,1 ± 11,8 ^{1c} |
| Mazzucchetti et al., 2014 | 78 (≥ 20 anos) | Ambos | Khisêdjê, Xingu, (MT) | 30,4 ^{1a} | 32 |
| Hidalgo et al., 2014 | 232 indígenas | Ambos (Platanillal) | Platanillal, Coromoto (AM/Venezuela) | 44 ^{1a} | - |
| | | Ambos (Coromoto) | | 89 ^{1a} | - |

| | | | | | |
|-----------------------------|----------------------|-----------|---------------------------|--------------------|---------------------------|
| Dal Fabbro et al., 2014 | 948 (≥20 anos) | Feminino | Xavantes (MT) | 50,8 ^{1b} | 98,7 ± 11,1 ^{1c} |
| | | Masculino | | | 95,9 ± 10,3 ^{1c} |
| Kuhn et al., 2014 | 974 (≥18 anos) | Feminino | Xavantes (MT) | 52,4 ^{1b} | 98,5 ± 11,1 ^{1c} |
| | | Masculino | | | 95,5 ± 10,5 ^{1c} |
| Romero et al., 2014 | 76 (≥35 anos) | Feminino | Ashaninka (selva Peruana) | 35 ^{1a} | 87,6 ± 9,7 ^{1c} |
| | | Masculino | | | 86,1 ± 5,6 ^{1c} |
| Tavares et al., 2013 | 251 (≥20 anos) | Feminino | Surui (RO) | 22,0 ^{1b} | 70,1 |
| | | Masculino | | | 27,4 |
| Simões et al., 2013 | 58 (≥20 anos) | Ambos | Xukuru-Kariri (MG) | 32,8 ^{1a} | 21 |
| Coimbra et al., 2013 | 6.692 (14 a 49 anos) | Feminino | Diversas | 15,8 ^{1b} | - |
| Cardona-Arias et al., 2013 | 151 (≥18 anos) | Ambos | Emberá-Chami (Colombia) | 57,6 ^{1a} | 35,1 |
| Herrera-Huerta et al., 2012 | 227 (≥18 anos) | Feminino | Nahua (México) | 36,5 ^{1b} | 87,6 ± 10 ^{1c} |
| | | Masculino | | | 91,5 ± 12 ^{1c} |
| Santos et al., 2012 | 170 (≥20 anos) | Feminino | Khisédjê, (MT) | - | 67,2 |
| | | Masculino | | | 18,2 |
| Oliveira et al., 2011 | 606 (18 a 69 anos) | Feminino | Jaguapiru (MS) | 30,8 ^{1b} | 43,5 |
| | | Masculino | | | 33,3 |

QUADRO 1. Estudos antropométricos realizados com adultos/idosos indígenas.

¹IMC: Índice Massa Corporal dos pontos de corte de WHO (1995). ^{1a}IMC >25 kg/m².

^{1b}IMC > 30 kg/m². ^{1c}Média e ± desvio padrão.

²Ponto de corte de Lipschitz, D.A. (1994). 2a Índice de massa corporal (IMC) ≥27 Kg/m².

³Ponto de corte estabelecido pela OMS (2000), International Diabetes Federation e National

Cholesterol Education Program para perímetro da cintura.

Observa-se que a obesidade teve associação com sexo, idade, renda, situação conjugal, medidas antropométricas e indicadores de doenças crônicas não transmissíveis - DCNT (pressão arterial sistólica e diastólica, triglicerídeos e colesterol). Destaca-se a variável renda, citada em vários estudos (Quadro 2). O *status* econômico está interligado com a inserção de um novo regime econômico, ocasionado pela diminuição dos limites territoriais, que levam a alterações nas economias de subsistência, ocasionando o empobrecimento e carências alimentares (COIMBRA; SANTOS, 2001).

| Referência | Tipo de Estudo | Amostra | Etnia/ Local | Instrumentos | Excesso de peso ¹ (%) | Fatores associados com excesso de peso | p Value |
|-----------------------|----------------|----------------------|-------------------------------|---|----------------------------------|---|---|
| Chagas et al., 2020 | Transversal | 183 (≥18 anos) | Krenak (MG) | Antropometria Questionários Exames: físico e bioquímico | 56,4 ^{2c} | hipertensão | <0,001 |
| Almeida et al., 2016 | Transversal | 362 (20 a 59 anos) | Guarani, Terena (MS) | Antropometria Questionário Exame físico | 59,9 ^{2a,3b} | hipertensão | <0,001 |
| Fávaro et al., 2015 | Transversal | 794 (19,1 a 59 anos) | Xukuru (PE) | Antropometria Bioimpedância Questionários | 7,6 ^{1b,3a} | Idade sexo ISE ⁴ renda per capita | <0,001 |
| | | | | | 21,7 ^{1b,3b} | | 0,02 |
| Oliveira et al., 2015 | Transversal | 1608 (≥18 anos) | Kaiowá, Guarani e Terena (MS) | Antropometria Questionários Exames: físico e bioquímico | 15 ^{1b,3a} | Idade sexo hipertensão arterial renda | <0,001 |
| | | | | | 30 ^{1b,3b} | | <0,001 |
| Lagranja et al., 2015 | Transversal | 275 (≥20 anos) | Toba (Argentina) | Antropometria Exames: físico e bioquímico Questionários | 35 ^{1a,3a} | triglicérides < HDL | <0,001 |
| | | | | | 29 ^{1a,3b} | | < HDL |
| Bresan et al., 2015 | Transversal | 355 (≥20 anos) | Kaingang (SC) | Antropometria Questionário Pressão arterial | 28 ^{1b,3a} | pressão arterial: sistólica pressão arterial: diastólica | 0,05 |
| | | | | | 41 ^{1b,3a} | | pressão arterial: sistólica pressão arterial: diastólica |
| Welch et al., 2010 | Transversal | 123 (20 a 49,9 anos) | Xavantes (MT) | Antropometria Índices socioeconômicos | 25 ^{1b,3a} | Renda | 0,04 |
| | | | | | 22,2 ^{1b,3a} | Renda status de riqueza | 0,01 0,02 |

QUADRO 2. Fatores associados com excesso de peso em diferentes populações indígenas.

Excesso de peso: marcadores índice de massa corporal (IMC) e ou perímetro da cintura (PC).

¹ Pontos de corte para IMC, WHO (1995): ^{1a} Índice de massa corporal (IMC) >25 kg/m.

^{1b} Índice de massa corporal (IMC) > 30 kg/m;

² Pontos de corte para PC: ^{2a}OMS (2000), ^{2b}International Diabetes Federation e

^{2c}National Cholesterol Education Program^{2c}.

³ Diferenciação entre sexo: ^{3a} masculino. ^{3b} feminino. ⁴ ISE: índice de *status* econômico.

O aumento da prevalência do excesso de peso, influenciado por fatores como inatividade física e mudanças alimentares, é responsável por grande parcela dos gastos com a saúde pública (GIGANTE et al., 2009). O complexo quadro da saúde indígena esta relacionado com processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais. Tais processos influenciam nos determinantes de territórios, inviabilização da subsistência, perseguição e morte (BRASIL, 2010).

Após sofrerem a imposição da sociedade não indígena, a comunidade e/ou organização indígena teve que lidar com os desafios de adotar o modelo burocrático de uma organização política e econômica a fim de garantir seus direitos de cidadãos (BRASIL, 2010). Esse processo levou a mudanças irreversíveis nessa população com a inserção de novos bens de consumo, necessidade da utilização de

transportes mecânicos, inovação de técnicas para trabalhos manuais e dependência por produtos comercializados (LEITE et al., 2007).

A revisão da literatura mostrou que a população indígena enfrenta um processo de transição epidemiológica e nutricional com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis e alterações no padrão nutricional, que estão associadas com modificações econômicas, sociais, demográficas e correlacionadas à saúde. Por esse motivo são necessárias mais pesquisas com o propósito de contribuir na construção de políticas e ações de saúde pública direcionada à população indígena.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. B.; KIAN, K. O.; LIMA, R.C.; SOUZA, M. C. **Total and abdominal adiposity and hypertension in indigenous women in Midwest Brazil.** PloS one, v. 11, n. 6, p. 1-12, 2016.
- BOARETTO, J. D.; MOLENA, C. A. F.; PIMENTEL, G. G. A. **Estado nutricional de indígenas Kaingang e Guarani no estado do Paraná, Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 20, n. 8, p. 2323-8, 2015.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico 2010. Características gerais dos Indígenas.** Resultado do universo. Censo demogr., Rio de Janeiro, p.1- 245p, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **A SESAI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas.** Acesso em: 5 março de 2020. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/saudeindigena/asesai/organizacao/dodsei.html>
- BRESAN, D.; BASTOS, J.L.; LEITE, M. S. **Epidemiologia da hipertensão arterial em indígenas Kaingang, Terra Indígena Xaçupé, Santa Catarina, Brasil, 2013.** Caderno de Saúde Pública, v. 31, n. 2, p. 331-44, 2015.
- CARDONA-ARIAS, J. A.; LLANES, O. A. **Hypertension and associated factors in Embera-Chami indigenous.** CES Medicina, v. 27, n. 1, p. 31-43, 2013
- CARVALHO, K. M. B. **Obesidade.** In: Cuppari, L. Guia de nutrição: nutrição no adulto. 2 ed. Barueri, SP: Manole, 2005.
- COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V.; WELCH JR, CARDOSO, A. M.; SOUZA, M. C.; GARNELO, L. et al. **The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results.** BMC Public Health, v. 13, n. 1, p. 13-52, 2013.
- COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R. V. 2001. **Perfil Epidemiológico da População Indígena no Brasil: Considerações Gerais.** Documento de Trabalho no. 3. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia, Universidade Federal de Rondônia.
- CHAGAS, C. A.; CASTRO, T. G.; LEITE, M. S. et al. **Prevalência estimada e fatores associados à hipertensão arterial em indígenas adultos Krenak do Estado de Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, e00206818, 2020 .

DAL FABBRO, A. L.; FRANCO, L. J.; DA SILVA, A. S.; SARTORELLI, D. S.; SOARES, L. P.; FRANCO, L.F. et al. **High prevalence of type 2 diabetes mellitus in Xavante Indians from Mato Grosso, Brazil.** *Ethnicity & disease*, v. 24, n. 1, p. 35-40, 2014.

FÁVARO, T. R.; SANTOS, R.V.; CUNHA, G.M.; LEITE, I. D. A. C.; COIMBRA JR, C. E. **Obesity and overweight in adult Xukuru of Ororubá Indians, Pernambuco State, Brazil: magnitude and associated socioeconomic and demographic factors.** *Caderno de Saúde Pública*, v. 31, n. 8, p. 1685-97, 2015.

FREITAS, G. A.; SOUZA, M. C. C.; LIMA, R. C. **Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em mulheres indígenas do Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 8, p. 1-12, 2016.

GARNELO, L. **Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde.** In: GARNELO, L.; PONTES, A. L (Org.). *Saúde Indígena: uma introdução ao tema.* Brasília: MEC-SECADI., v.1, n. 1, 2012.

GIGANTE, D. P.; MOURA, E. C.; SARDINHA, L. M. V. **Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006.** *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 2, p. 83-9, 2009.

HERRERA-HUERTA, E. V.; MONTALVO, E. A. G.; BOLAINA, E. M.; LOPEZ, J. G.; VALENZUELA, O.L. **Sobrepeso y obesidad en indígenas nahuas de Ixtaczoquitlán, Veracruz, México.** *Revista peruana de medicina experimental y salud publica*, v. 29, n. 3, p. 345-9, 2012.

HIDALGO, G.; MARINI, E.; SANCHEZ, W.; CONTRERAS, M.; ESTRADA, I.; COMANDINI, O.; BUFFA, R. et al. **The nutrition transition in the Venezuelan Amazonia: increased overweight and obesity with transculturation.** *American Journal of Human Biology*, v. 26, n. 5, p. 710-2, 2014.

KUFE, N. C.; NGUFOR, G.; MBEH, G. et al. **Distribution and patterning of non-communicable disease risk factors in indigenous Mbororo and non-autochthonous populations in Cameroon: cross sectional study.** *BMC Public Health*, v. 16, n. 1188, 2016.

KUHN, P. C.; VIEIRA FILHO, J. P.; FRANCO, L.; DAL FABBRO, A.; FRANCO, L. J. et al. **Evaluation of body adiposity index (BAI) to estimate percent body fat in an indigenous population.** *Clinical Nutrition*, v. 33, n. 2, p. 287-90, 2014.

LAGRANJA, E. S.; PHOJANAKONG, P.; NAVARRO, A.; VALEGGIA, C. R. **Indigenous populations in transition: an evaluation of metabolic syndrome and its associated factors among the Toba of northern Argentina.** *Annals of Human Biology*, v. 42, n. 1, p. 84-90, 2015.

LEITE, M. S.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR, C. E. A.; GUGELMIN, A. S. **Alimentação e Nutrição dos Povos Indígenas no Brasil.** In: KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D.P. (Org.) *Epidemiologia Nutricional.* Rio de Janeiro: Fiocruz/ Atheneu, 2007.

LUCENA, J. R. M.; COIMBRA JR, C. E. A.; SILVA, C. M. F. P.; WEILCH JR. **Prevalence of physical inactivity and associated socioeconomic indicators in indigenous Xavante communities in Central Brazil.** *BMC Nutrition*, v. 2, n. 37, p. 1-10, 2016.

MAMANI ORTIZ, Y.; GUSTAFSSON, P. E.; SAN, S. C. M. et al. **Underpinnings of entangled ethnical and gender inequalities in obesity in Cochabamba-Bolivia: an intersectional approach.** *Int J Equity Health*, v. 18, n. 153, 2019.

MAZZUCCHETTI, L.; GALVÃO, P. P. O.; TSUTSUI, M. L. S.; SANTOS, K. M.; RODRIGUES, D. A.; MENDONÇA, S. B.; GIMENO, S. G. A. **Incidência de síndrome metabólica e doenças associadas na população indígena Khisêdjê do Xingu, Brasil Central, no período de 1999-2000 a 2010-2011.** *Caderno de Saúde Pública*, v. 30, n. 11, p. 2357-67, 2014.

MCSWEENWY, K.; ARPS, A. S. **“Demographic Turnaround”: the rapid growth of indigenous populations in “lowland” Latin America.** *Latin American Research Review*, v. 40, n. 1, p. 3-29, 2005.

OLIVEIRA, G. F.; OLIVEIRA, T. R.; IKEJIRI, A. T.; GALVAO, T. F.; SILVA, M. T.; PEREIRA, M. G. **Prevalence of obesity and overweight in an Indigenous Population in Central Brazil: a population-based cross-sectional study.** *Obesity facts*, v. 8, n. 5, p. 302-10, 2015.

OLIVEIRA, G. F.; OLIVEIRA, T. R.; RODRIGUES, F. F.; CORRÊA, L. F.; IKEJIRI, A. T.; CASULARI, L. A. **Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in indigenous people from Aldeia Jaguapiru, Brazil.** *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 29, n. 5, p. 315-21, 2011.

ROMERO, C.; ZAVALETA, C.; CABRERA, L.; GILMAN, R. H.; MIRANDA, J. J. **High blood pressure and obesity in indigenous Ashaninkas of Junin region, Peru.** *Revista peruana de medicina experimental y salud publica*, v. 31, n. 1, p. 78-83, 2014.

SANTOS, K. M.; TSUTSUI, M. L. S.; GALVÃO, P. P. O.; MAZZUCCHETTI, L.; RODRIGUES, D.; GIMENO, S. G. A. **Grau de atividade física e síndrome metabólica: um estudo transversal com indígenas Khisêdjê do Parque Indígena do Xingu, Brasil.** *Caderno de Saúde Pública*, v. 28, n. 12, p. 2327-38, 2012.

SIMÕES, B. S.; MACHADO, G. L. L. M.; PENA, J. L.; FREITAS, S. N. **Perfil nutricional dos indígenas Xukuru-Kariri, Minas Gerais, de acordo com diferentes indicadores antropométricos e de composição corporal.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 2, p. 405-11, 2013.

SOARES, L. P.; FABBRO, A. L.; SILVA, A. S.; SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. F.; KUHN, P.C. et al. **Prevalence of metabolic syndrome in the Brazilian Xavante indigenous population.** *Diabetol Metab Syndr*, v. 7, n. 105, p. 1-8, 2015.

TAVARES, F. G.; COIMBRA JR, C. E. A.; CARDOSO, A. M. **Níveis tensionais de adultos indígenas Suruí, Rondônia, Brasil.** *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 18, n. 5, p. 1399-1409, 2013.

WELCH JR.; FERREIRA, A. A.; SANTOS, R. V.; SILVIA, A. G.; WERNECK, G.; COIMBRA JR, C. E. A. **Nutrition transition, socioeconomic differentiation, and gender among adult Xavante Indians, Brazilian Amazon.** *Hum Ecol.*, v. 37, n. 1, p. 13-26, 2010.

OMS. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic.** Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO: 1998.

CAPÍTULO 12

IMPORTÂNCIA E AS RESPONSABILIDADES DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DAS CIRURGIAS DE CATARATA NO IDOSO

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 27/07/2020

Zenaide de Paulo Silveira

Faculdade Luterana do Brasil-Ulbra
Canoas

Kelly Bueno Sanhudo

Faculdade de desenvolvimento do Rio Grande
do Sul-FADERGS
Viamão

Carina Galvan

Universidade Feevale
Novo Hamburgo
Lattes: 3494003559562742

Claudia Carina Conceição dos Santos

Universidade Federal do RGS
Lattes: 6270556559926937

Daiane Vargas Preuss

Faculdade de desenvolvimento do Rio Grande
do Sul-FADERGS
Lattes: 2114621248497696

Elizete Maria de Souza Bueno

Universidade Luterana do Brasil- Ulbra
Canoas
Lattes: 2656385596052983

Ketlen Mar Maidana Jaques

Faculdade de desenvolvimento do Rio Grande
do Sul-FADERGS
Viamão
Lattes: 2595038928182420

Marcia Kuck

Faculdade Luterana do Brasil- Ulbra
Canoas
ID Lattes:4954261782237385

Rosaura Soares Paczek

Universidade Federal do RGS
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/lattes.cp/2696219346649421>

RESUMO: INTRODUÇÃO: Em 2004, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Cirurgias Eletivas, (Portaria GM/MS n.º 252, de 6/2/06). Que consiste na ampliação da oferta de procedimentos cirúrgicos já disponíveis, entre outras deficiências relacionadas à idade, incluem-se a perda de visão por (catarata). As cirurgias de catarata, ambulatoriais e hospitalares, registradas em todo o País, chegaram a 348.386 em 2010. Mas no Brasil, estima-se que surjam 552 mil novos casos da doença todos os anos é segundo a OMS recomenda uma taxa de pelo menos 3.000 cirurgias por milhão de habitantes para buscar o fim da cegueira até o ano de 2021. **OBJETIVOS:** Descrever os cuidados de enfermagem para a cirurgia de catarata em pacientes idosos. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de revisão sistemática de literatura científica. **RESULTADO:** O tratamento cirúrgico dessa doença possibilita a restauração da visão e a reabilitação dos pacientes, possibilitando a sua reinserção à sociedade, inclusive com o retorno a algumas atividades laborais **CONCLUSÃO:** Assim sendo a educação do paciente é uma ação importante do enfermeiro para com o paciente, em que o fornecimento de informação (orientação),

conquista a segurança e confiança frente a cirurgia, devolvendo o paciente a alegria de poder observar um mundo menos embaçado.

PALAVRA-CHAVE: “Cirurgias”, Extração de catarata, “saúde do idoso” “enfermagem”.

NURSING IMPORTANCE AND RESPONSIBILITIES IN CARING FOR CATARACT SURGERIES IN THE ELDERLY

ABSTRACT: INTRODUCTION: In 2004, the Ministry of Health created the National Policy on Elective Surgery, (Ordinance GM / MS No. 252, of 6/2/06). This consists of expanding the supply of surgical procedures already available, among other age-related deficiencies, including loss of vision due to (cataracts). Cataract surgeries, outpatient and hospital, registered throughout the country, reached 348,386 in 2010. But in Brazil, it is estimated that 552 thousand new cases of the disease arise every year, according to the World Health Organization recommends a rate of at least 3,000 surgeries per million inhabitants to seek an end to blindness by the year 2021.

OBJECTIVES: To describe nursing care for cataract surgery in elderly patients.

METHODOLOGY: This is a study of systematic review of scientific literature. **RESULT:** Surgical treatment of this disease allows the restoration of vision and the rehabilitation of patients, enabling their reintegration into society, including the return to some work activities **CONCLUSION:** Therefore, patient education is an important action of nurses towards the patient, in which the provision of information (guidance), gains safety and confidence in the face of surgery, returning the patient the joy of being able to observe a less blurred world.

KEYWORDS: “Surgeries”, Cataract extraction, “Elderly health” “Nursing” ’.

1 | INTRODUÇÃO

Em 2004, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Cirurgias Eletivas, (Portaria GM/MS n.º 252, de 6/2/06). Que consiste na ampliação da oferta de procedimentos cirúrgicos já disponíveis, como os de catarata. As cirurgias de catarata, ambulatoriais e hospitalares, registradas em todo o País, chegaram a 348.386 em 2010.

No Brasil, estima-se que surjam 552 mil novos casos da doença todos os anos é segundo a OMS recomenda uma taxa de pelo menos 3.000 cirurgias por milhão de habitantes para buscar o fim da cegueira até o ano de 2020.

(Fonte: Professor Hugh R. Taylor, Presidente Regional de IAPB – Western Pacific Center for Eye Research)

O declínio biológico é inevitável, já que todos os sistemas do corpo decaem tanto nos aspectos estruturais como funcionais, muitos idosos perdem muito do seu poder cognitivo e perceptivo. (Daubney; Culham, 1999; Romero Et Al., 2001; Silva, A. et al., 2008).

O Ministério da Saúde no Brasil, implementou os projetos de mutirão da

catarata para os quais disponibilizou um “teto-extra” para subsidiar os serviços, elevando assim as quantidades de cirurgias a serem realizadas.

Este projeto procura eliminar obstáculos logísticos para que o indivíduo deficiente visual por catarata receba o tratamento necessário mediante a facilitação do acesso ao exame oftalmológico e à cirurgia, assim como por meio de processo educativo da população.

A catarata é a alteração do cristalino, uma das principais lentes do olho, onde a imagem é focalizada. Essa lente fica mais opaca com o envelhecimento natural do organismo. A perda da transparência dificulta a chegada da luz à retina e a visão diminui. O avançar dessa condição transforma-se em catarata.

Alguns idosos não precisam operar logo que aparece a catarata, mas só um médico pode determinar o tratamento. A cirurgia, que pode ser feita no Sistema Único de Saúde (SUS) e na rede particular). Com base na experiência dos mutirões, o conceito do tratamento cirúrgico da catarata solidificou-se e o Brasil tornou-se um dos líderes na prevenção da cegueira no mundo. (Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Cirurgias Eletivas, (2004), (Portaria GM/MS n.º 252, de 6/2/06

1.1 Tema

Os cuidados de enfermagem em pacientes idosos que realizaram a cirurgia de catarata.

1.2 Problema

Partindo do princípio da integralidade do SUS no Brasil, das práticas de enfermagem vividas em âmbitos hospitalares e entendendo a importância e a complexidade das ações frente à assistência de enfermagem ao atendimento a pacientes idosos surgiu o seguinte questionamento, que se constituiu no problema de pesquisa desse estudo: Quais são os cuidados de enfermagem em pacientes idosos pós-operatório de cirurgia de catarata?

1.3 Justificativa

O interesse por esse estudo surgiu mediante a visão profissional como enfermeiro frente ao atendimento de pacientes idosos submetidos a cirurgia de facoemulsificação (catarata), nos diferentes cenários que dividem o bem estar pré-operatório (portando a doença) e pós operatório, no andamento do tratamento para evolução da sua recuperação e das ações em saúde governamentais voltadas ao idoso, buscando o diagnóstico precoce ou o mais cedo possível, evitando lesão irreversível, visto que essas se fazem necessárias.

Em virtude dessas observações, e dos fatos notórios que cercam a atenção a saúde do idoso no Brasil, da necessidade intrínseca de intervenção cirúrgica e a grande incidência da doença no idoso, surgiu o interesse pelo tema: ‘Os cuidados de enfermagem em pacientes idosos que realizaram a cirurgia de catarata’. Assim,

levando em conta a atuação cotidiana do profissional da saúde no âmbito hospitalar voltado as cirurgias ambulatoriais, categoria a qual pertence o tratamento da catarata, tendo em vista a problemática para atender a seguinte questão: ‘Quais são os cuidados de enfermagem em pacientes idosos pós-operatório de cirurgia de catarata?’

Este estudo apresenta um caráter inovador para essa área de discussão, a resposta completa e correta a esse questionamento tem grande relevância para se alcançar uma assistência segura e de qualidade, visto que são escassas as produções de enfermagem abordando o tema proposto, os cuidados de enfermagem para a cirurgia de catarata em pacientes idosos.

1.4 Objetivos específicos

Descrever os cuidados de enfermagem para a cirurgia de catarata em pacientes idosos.

1.5 Objetivos gerais

Verificar a faixa etária predominante dos pacientes submetidos a cirurgia de catarata.

Descrever o papel do enfermeiro e de equipe de enfermagem nas medidas preventivas.

Identificar as ocorrências de eventos adversos relacionados ao procedimento anestésico e ou cirúrgico.

2 | METODOLOGIA

Para atender os objetivos do estudo, foi realizada revisão integrativa que define cinco etapas para a realização da revisão e que incluem a formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados. A busca pelo material bibliográfico ocorreu entre os meses de janeiro 2019 a janeiro de 2020. Para tanto, foi utilizado textos de revistas científicas, artigos, livros e bibliografias virtuais, nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e outras publicações eletrônicas de relevância em território nacional, a partir da definição do tema de Identificar o perfil dos pacientes idosos que se submeteram a cirurgia oftálmica no Brasil com as seguintes palavras-chave: descritores: “Cirurgias”, Extração de catarata, “Saúde do idoso” “Enfermagem”.

3 | REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Organização Mundial da Saúde estima que em 2025 o Brasil seja o sexto

país do planeta em número de idosos, com cerca de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos. Portanto cabe aos profissionais da saúde liderarem os desafios do envelhecimento saudável para que os idosos sejam um recurso cada vez mais valioso para suas famílias, comunidades e para o país, como afirmado na Declaração da OMS sobre Envelhecimento e Saúde, em Brasília, em 1996.

Souza (2007) relata que o contingente de pessoas idosas vem aumentando de modo considerável em todo o mundo, fato que vem sendo acompanhado pelo País, estados e municípios. O declínio biológico é inevitável, já que todos os sistemas do corpo decaem, tanto nos aspectos estruturais, como funcionais.

Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou algo em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento.

A catarata é o envelhecimento natural das células do cristalino, é a perda da transparência do mesmo, resultando na distorção dos raios luminosos e o ofuscamento dos objetos, causando embasamento progressivo “a pacificação pode ser muito lenta e a alteração da visão pode não ser percebida até que esteja muito diminuída”. (Oliveira; Kara-José, 2000). Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária.

De acordo com IBGE (2009), três em cada quatro idosos têm alguma doença crônica, ou seja, uma doença de curso arrastado, boa parte delas incuráveis. Entre outras deficiências relacionadas à idade, incluem-se a perda de visão e audição.

No mundo, há atualmente 180 milhões de pessoas com deficiência visual e 45 milhões são cegas. Muitos desses são idosos, já que o comprometimento visual e a cegueira aumentam drasticamente com a idade. Ao todo, aproximadamente 4% das pessoas com 60 anos ou mais são cegas, e 60% delas vivem na África Subsaariana, China e Índia.

As mais frequentes causas de cegueira e deficiência visual relacionadas à idade incluem a catarata (quase 50% de todos os tipos de cegueira), glaucoma, degeneração macular e retinopatia diabética. (OMS, 1997).

Nesse contexto, (Kara-Junior N, Dellapi RJR, Espindola, R F) é importante privilegiar ações preventivas e de tratamento e recuperação que preservem a autonomia da pessoa idosa, ou seja, que permitam à pessoa continuar desempenhando suas atividades sem depender da ajuda dos outros.

Segundo Brandt (2005), o déficit visual também dá origem a problemas psicológicos, sociais e econômicos, pois implica em perda da autoestima, em restrições ocupacionais e conseqüente diminuição da renda familiar. Para a

sociedade representa encargo oneroso e perda da força de trabalho.

Por outro lado, Kollarits (2002) chama atenção para os distúrbios oftálmicos nas pessoas idosas e acrescenta que a cegueira é a incapacidade mais temida pelos mesmos. Aponta ainda que a equipe multiprofissional, que trata de pacientes geriátricos, tem a responsabilidade da prevenção e o diagnóstico precoce.

Também, Centurion et.al.(2003), “relata que inúmeros fatores de risco podem provocar o surgimento ou acelerar o aparecimento da catarata, incluindo medicamentos, como os corticoides, tabagismo e doenças metabólicas, como a diabetes mellitus, hipertireoidismo, doenças renais, trauma, radiações, raios ultravioletas, Rx, doença ocular como alta miopia, entre outros”.

A causa mais comum da catarata é o envelhecimento natural, mas temos também as geradas por depósito de radicais livres, fumaça do cigarro e os raios ultravioletas, mas as alterações metabólicas do cristalino também são causadas por diabetes uveíte, traumas, excesso de radiação ultravioleta, a congênita, que se manifesta na infância, podendo surgir do nascimento até os 10 anos de idade, a rubéola e a toxoplasmose durante a gravidez. Entre a faixa etária predominante o estudo apontou que a catarata está relacionada com pacientes idosos, ou seja, acima de 60 (sessenta anos). ”OMS (2007) ”.

“A cegueira por catarata incapacita o indivíduo, aumenta sua dependência e reduz sua condição social, dando origem a problemas psicológicos, sociais e econômicos, pois implica em perda da autoestima, em restrições ocupacionais e, conseqüentemente, diminuição da renda família. ” (CARVALHO FILHO, 2005)

Em suma os autores concordam que o aumento da expectativa de vida e da população idosa tem aumentado a incidência de catarata no mundo”. Este índice aumenta para 75% ao atingir 75 anos de idade tendo impacto significativo na qualidade de vida inclusive sendo associada com depressão.

Segundo os oftalmologistas Samir Bechara e Fábio Nero “este cenário complicado e desesperançoso para os pacientes idosos que eram portadores de catarata começou a ser transformado com o surgimento da facoemulsificação, em 1967. Após um período de desconfiança, a comunidade oftalmológica começou a aceitar a nova tecnologia e seus conseqüentes benefícios para médicos e pacientes e o ciclo de boas novas se completa a partir de 1977, com o advento das lentes de Shearing e Sinsky, cok, com elas o tratamento da catarata deu um salto qualitativo. A segurança dos então modernos implantes intraoculares propiciou que mais pacientes pudessem ser beneficiados com a cirurgia”.

O tratamento cirúrgico dessa doença possibilita a restauração da visão e a reabilitação dos pacientes, possibilitando a sua reinserção à sociedade, inclusive com o retorno a algumas atividades laborais.

3.1 Orientações Pré-cirúrgicas

São analisadas as preocupações expressas pelos pacientes em relação a sua patologia, procedimento cirúrgico e cuidados no pós-operatório, apontam as limitações encontradas e concluem a efetividade e sua adesão ao tratamento. A ação educativa deve ser adotada como uma postura profissional, um compromisso com a realidade de saúde da população brasileira.

“No pré-operatório, importante que o enfermeiro Oriente, quanto ao procedimento cirúrgico a ser realizado, a necessidade de realizar exames laboratoriais, avaliação pré-anestésica, explicar a técnica a ser empregada, Peri bulbar ou tópica, entre outras orientações Pré-cirúrgicas necessárias.” (Oliveira; Kara-José 2000).

Nesse momento que antecedente à cirurgia e realizada a consulta, anamnese, retiradas as dúvidas. Entre as preocupações dos clientes a mais salientada, e preocupante está a ocorrências de eventos, relacionados ao procedimento seja eles anestésico ou cirúrgicos, o medo e surreal de acordar totalmente cegos, sendo umas das causas de desistência dos mesmos.

Os eventos adversos são incidentes que ocorrem durante a prestação do cuidado à saúde e que resultam em dano ao paciente, dano este que pode ser físico, social e ou psicológico, incluindo lesão, sofrimento, incapacidade ou morte.

Uma vez que os eventos adversos relacionados aos procedimentos anestésicos e cirúrgicos sejam da equipe multidisciplinar ou do ato anestésico tem uma importante relevância para o pós-operatório os riscos potenciais de um paciente perder a visão após uma cirurgia de catarata estão no campo do descolamento da retina (DR), uma efusão coloidal ou a eclosão de uma temida Endoftalmite. Felizmente, estas complicações se reduziram dramaticamente com o advento de melhores exames pré-operatórios, da facoemulsificação e todos os cuidados Pré, e pós-operatórios advindos da chegada de novos e potentes antibióticos

A enfermagem deve defender os interesses dos pacientes, conhecer os riscos inerentes ao processo cirúrgico e alertar os integrantes da equipe sobre os possíveis problemas que possam ocorrer. A ação educativa deve ser adotada como uma postura profissional, um compromisso com a realidade de saúde da população.

Oliveira; Kara-José (2000) “ refere que na preparação da cirurgia é importante que o paciente se sinta seguro e confiante”, então se explica exatamente para ele e seu acompanhante o que irá acontecer e como colaborar, preparando-os para assumirem os cuidados Pré e pós-operatórios, sendo importante que a mesma pessoa que receba as orientações antes da cirurgia, permaneça com o paciente no mesmo dia, e preste os cuidados no domicílio”.

Entre as orientações recomenda-se não utilizar lente de contato não utilizar

perfume no dia da cirurgia, evitar o contato com pessoas que tenham conjuntivite, evitar o contato com pessoas que tenham rubéola, sarampo ou catapora, evitar o contato com animais, não utilizar maquiagem, levar um acompanhante para cirurgia muito importante, chegar com antecedência para a cirurgia essas orientações têm por objetivos propiciar aos pacientes uma compreensão sobre a catarata, orientá-los sobre os cuidados pré-operatórios, possibilitar a avaliação e contribuir para a redução do número de abstenções e suspensão de cirurgias.

Para Silva; Nakata (2005) “o período pré-operatório é o momento mais adequado para o relacionamento interpessoal, é quando o enfermeiro deverá aprofundar o preparo emocional do paciente em face de suas ansiedades quanto à cirurgia que irá realizar. Uma vez que os cuidados de enfermagem é sua essência, educar implica no desenvolvimento de outras hierarquias de aprendizagem, habilidades e atitudes, e todas elas associadas que poderão constituir-se em subsídios para as alterações de comportamentos e atitudes de saúde. Portanto é importante que o enfermeiro tenha posse de conhecimentos.

Conforme, Rooke; Rothwell; Woodhouse (1980) “a oftalmologia é uma área de pouco conhecimento da atuação do enfermeiro”, porém de grande importância, pois são poucos os profissionais com conhecimento teórico prático que esteja apto a trabalhar com esta área.

3.2 Cirurgias de Catarata

Nos dias de hoje as cirurgias as cirurgias representam um dos mais importantes avanços da medicina, por permitir tratar com grande eficiência a principal causa de cegueira, recuperando de forma segura e rápida o mais importante sentido do ser humano, a visão. Em sua maioria realizadas em Centros Cirúrgicos Ambulatoriais semelhantes ao Centro Cirúrgico tradicional, o qual tem como vantagens pouco tempo de privação do convívio familiar, redução da ansiedade, menor risco de se contrair infecção hospitalar e diminuição do tempo de recuperação, entre duas a três horas de cirurgia e recuperação, além da economia para o hospital.

3.3 Sala de Recuperação

No momento da recuperação anestésica os cuidados de enfermagem consistem em avaliar a frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial, nível de consciência, coloração da pele e grau de atividades espontâneas. O índice de recuperação satisfatória chega a 90% dos casos, feita a cirurgia, o paciente volta a enxergar. Se não apresentar nenhuma intercorrência de duas a três horas após a intervenção inicia-se o preparo da alta.

3.4 Orientações de Enfermagem na alta para o domicílio

As orientações fornecidas a ele necessitam ser verbais e por escrito, folder explicando-lhe como proteger o olho, administrar medicamentos, reconhecer os sinais e complicações e obter cuidados de emergência. É importante saber o nível de escolaridade e ou conhecimento pessoal do paciente sobre sua patologia, pois facilita a adaptação ao seu estado de saúde, é e um fator indispensável na abordagem do tratamento, assim aumentando sua cooperação com os cuidados na alta e facilitando sua independência.

“No pós-operatório, os cuidados prestados pelo enfermeiro podem ser verbais e escritos, orientando repouso imediato, explicando quanto administração de medicamentos, assim que retirado o curativo inicia-se o uso dos colírios, a reconhecer os sinais de complicações e obter cuidados de emergência” (Smeltzer; Bare, 2005).

Portanto é importante informar aos clientes que após a cirurgia poderá existir desconfortos, mínimos e orientá-lo a tomar um analgésico de acordo com a prescrição, ensinando o mesmo usa-la, pode haver secreção matinal discreta e uma sensação de arranhadura durante alguns dias, fazer repouso nos três primeiros dias de cirurgia (evitar sair de casa), só poderá abaixar a cabeça normalmente quando for autorizado pelo médico, evitando esforços e que os olhos fiquem para baixo, a fim de não causar pressão sanguínea; não dormir do lado operado, deve aguardar no mínimo dez dias para fazer ginástica e quinze dias para hidroginástica; atividades sexuais devem ser evitadas por um período de sete dias; qualquer outra atividade que exija esforço físico também precisa ser evitada; a leitura só é recomendada após cinco dias, é necessário restringir-se de ambientes que tenham muita poeira, por conta de que estes ambientes podem ser fonte de infecções, fagulhas e ciscos; utilizar corretamente os colírios prescritos, lenços de papel descartável; lavar com água corrente e sabão neutro; evitar o contato próximo com crianças ou animais; não ingerir bebida alcoólica; evitar uso de maquiagem durante três meses no nível dos olhos, é terminantemente proibido coçar ou apertar o olho operado e permanecer as vinte e quatro horas pós com tampão ocular seguido de uso de óculos escuros durante o dia. Segundo Smeltzer; Bare, (2005), num período de quatro semanas, já que o olho se encontra sensível à luz. Sobre o mesmo ponto de vista:

Oliveira; Kara-José (2000). “Salienta-se que para evitar infecções não frequentar água de mar, rio, piscina ou sauna e também não utilizar maquiagem na área dos olhos e ainda para que não haja irritações, prurido e outras complicações evitando deixar cair shampoo ou sabonete no olho e não tingir os cabelos, lembrando que os cuidados citados devem ser seguidos no período de um mês”.

Todos esses cuidados visam principalmente impedir qualquer trauma

direto nos olhos. Quanto maior o conhecimento da pessoa sobre sua saúde, mais condições apresenta para questionar a natureza de seu problema.

“Cabe destacar que tanto o enfermeiro como a equipe de enfermagem devem estar atentas, reforçar as orientações já citadas anteriormente e preparada para possíveis complicações que possam ocorrer nesse período. Lembrando que a última fase da sistematização da assistência de enfermagem Perioperatória é o período pós-operatório.” (Galvão; Sawada; Rossi, 2002).

Em suma, as orientações planejadas para a alta é mais uma fase no processo de sistematização da assistência de enfermagem.

O tratamento cirúrgico dessa doença possibilita a restauração da visão e a reabilitação dos pacientes, possibilitando a sua reinserção à sociedade, inclusive com o retorno a algumas atividades laborais.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante ao exposto, para que o índice de catarata nos idosos seja reduzido em 25% até 2021, ou seja, em total de cegos por causas que podem ser evitadas, faz-se necessário uma adesão aos programas da Organização Mundial Saúde, e seguida as políticas governamentais ativas, vimos que as cirurgias representam um dos mais importantes avanços da medicina, por permitir tratar com grande eficiência a principal causa de cegueira, recuperando de forma segura e rápida o mais importante sentido do ser humano, a visão. Os objetivos propostos apontaram a faixa etária de idosos acima de 60 anos sendo os mais vulneráveis e 0,01% o índice de ocorrências de eventos adversos relacionados ao procedimento anestésico e cirúrgico.

A importância desses estudos para enfermagem se evidencia na preocupação dos autores em reconhecer que a educação do paciente é uma ação importante do enfermeiro, e o fornecimento de informação (orientação), conquista a segurança e confiança frente a cirurgia, devolvendo o paciente a alegria de poder observar um mundo menos embaçado.

Entretanto, educar implica no desenvolvimento de outras hierarquias de aprendizagem, pensando nos futuros avanços, observou-se a escassez do profissional enfermeiro na área oftalmológica, é importante que dirigentes institucionais, coordenadores de cursos e docentes estimulem os profissionais e os futuros profissionais da área da saúde, sendo essa pouco explorada e com poucas referências bibliográficas, porém de grande relevância.

REFERÊNCIAS

BECHARA, Samir; NERO, Fábio. < www.expressomt.com.br/noticia/doencas-nos-olhos-como-catarata-e-pterigio-sao-corrigidas-com-cirurgia/16535>. Acesso em dez.2019.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 288, De 19 de Maio de 2008. Disponível** em: <[HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/SAS/2008/PRT0288_19_05_2008.HTML](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/SAUDELEGIS/SAS/2008/PRT0288_19_05_2008.HTML)>.ACESSO em dez.2019.

CARRICONDO PC. **Análise dos custos e complicações da cirurgia de catarata realizada or residentes** [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5149/tde-04112010-152815/pt-br.php>>. Acesso em: 2 abr.2019.

CENTURION, V. **Complicações durante a facoemulsificação**. São Paulo, Brasil. Lemos Editorial, 2003.

DAUBNEY; CULHAM, 1999; ROMERO et al., 2001; SILVA, A. et al., **O Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Cirurgias Eletivas**, < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0252_06_02_2006_rep.html>/ Portaria GM/MS n.º 252, de 6/2/06).

FOGLIATTO, Flavio. **Organização de textos científicos**. 2007. Disponível em: <[Http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/disciplinas/146_seminario_de_pesquisa_2_diretrizes_referencial_teorico.doc](http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/disciplinas/146_seminario_de_pesquisa_2_diretrizes_referencial_teorico.doc)>.

GALVAO, C. M.; SAWADA, N. O.; ROSSI, L. A. **A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem Peri operatória**. Rev. Latino-Amer. Enfermagem. 2002, vol.10, n.5, pp. 690-695.

Hugh R. Taylor, Presidente Regional de IAPB – Western Pacific Center for Eye Research) **www.yumpu.com/pt/document/read/24866808/situacao-mundial-da-visao-conselho-brasileiro-de-oftalmologia** >. Acesso em: jul.2019

[Https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6044:organizacao-mundial-da-saude-lanca-primeiro-relatorio-mundial-sobre-visao&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6044:organizacao-mundial-da-saude-lanca-primeiro-relatorio-mundial-sobre-visao&Itemid=839)>. Acesso em dez.2019.

KARA-JUNIOR N, DELLAPI RJR, ESPINDOLA RF. **Dificuldades de acesso ao tratamento de pacientes com indicação de cirurgia de catarata nos Sistemas de Saúde Público e Privado**. Arquivo Brasileiro Oftalmologia.2011< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27492011000500002&script=sci_arttext>. Aceso em:14/12/2019.

KOLLARITS, C. R. **Distúrbios oftálmicos**. In: DUTBIE JÚNIOR, E. H.; KATZ, P. R. Geriatria prática. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

OLIVEIRA R.C.S. & KARA-JOSÉ, N. **Auxiliar de Oftalmologia**, São Paulo: Roca, 2000.

LORENA Suquyama Lelis; Mônica Santos Amaral; Fernanda Miranda de Oliveira. **Prevenção de eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico: uma prática da Enfermagem.** < <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2018/01/10-PREVEN%C3%87%C3%83O-DE-EVENTOS-ADVERSOS-RELACIONADOS-AO-PROCEDIMENTO-CIR%C3%9ARGICO-UMA-PR%C3%81TICA-DA-ENFERMAGEM.pdf>>. Acesso em dez.2019.

ROOKE, F. C. E.; ROTHWELL, P. J.; WOODHOUSE, D. F. **Enfermagem Oftalmologia.** São Paulo: Europa/ América, 1980.

SILVA, W.V. da; NAKATA, S. **Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos.** Ver. Bras Enferm 2005 Nov/dez; 58(6):673-6.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005

SOUZA NV. **Opacificações dos meios oculares.** In: Rodrigues MLV, org. **Oftalmologia para alunos de graduação em medicina.** Legis Summa, Ribeirão Preto, 1992.

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA E GESTAÇÃO X IMPLICAÇÕES PARA SAÚDE MATERNO INFANTIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 06/07/2020

Ana Carolina Santana Vieira

Universidade Federal de Alagoas
Maceió, Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/5611818807124868>

Camila Aparecida de Oliveira Alves

Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/ AL
Maceió, Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/1324298659182862>

Rita de Cássia Ramires da Silva

Universidade Federal de Alagoas
Maceió, Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/5410663959665386>

Thatiana da Fonseca Peixoto

Unirim - Clínica de Nefrologia de Alagoas
Maceió, Alagoas
<http://lattes.cnpq.br/9983860739135216>

RESUMO: A insuficiência renal crônica é uma lesão que compromete o funcionamento renal normal, afetando a qualidade de vida daqueles que a possuem. Em mulheres, em geral, reconhece-se uma diminuição na fertilidade, mas, ainda assim, gestações são evidenciadas e classificadas com de risco, acarretando a necessidade de um gerenciamento adequado para uma melhor qualidade de vida para a gestante e seu bebê. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, realizada entre junho a julho de 2020, por meio dos descritores

“gravidez” e “insuficiência renal crônica” na base de dados SciELO, com seleção de 8 artigos.

Resultados e discussão: Os principais achados relacionados à gestação incluem o agravamento da hipertensão materna com restrição ou não do crescimento fetal, polihidrâmnios, trabalho de parto pré termo e distensão da placenta, necessitando que o diagnóstico da gravidez seja o mais precoce possível para que cuidados rigorosos seja estabelecidos. A hemodiálise deve ser avaliada e adequada para a gestante. A equipe em seu cuidado deve ser multidisciplinar envolvendo, principalmente, profissionais de enfermagem, profissional que atua lado a lado à gestante e importante em todo o seu cuidado. **Conclusão:** Constatou-se com essa pesquisa a importância do diagnóstico precoce da insuficiência renal crônica em gestantes. A enfermagem é de extrema importância para o acompanhamento materno infantil, tendo em vista o risco de vida que o binômio mãe-bebê estão inseridos. Há necessidade de um trabalho em equipe multidisciplinar para acompanhar a situação. Percebe-se ainda um escasso número de estudos realizados sobre o tema, tornando, assim, a pesquisa mais instigadora e exitosa.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez, Insuficiência renal crônica, Enfermagem.

CHRONIC KIDNEY INSUFFICIENCY AND PREGNANCY X IMPLICATIONS FOR CHILDHOOD MATERNAL HEALTH: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Chronic kidney failure is an injury that compromises normal kidney function,

affecting the quality of life of those who have it. In women, in general, a decrease in fertility is recognized, but even so, pregnancies are evidenced and classified as risky, leading to the need for adequate management for a better quality of life for the pregnant woman and her baby. **Methodology:** This is a narrative literature review, carried out between June and July 2020, using the descriptors “pregnancy” and “chronic renal failure” in the SciELO database, with a selection of 8 articles. **Results and discussion:** The main findings related to pregnancy include the worsening of maternal hypertension with fetal growth restriction or not, polyhydramnios, preterm labor and distention of the placenta, requiring the diagnosis of pregnancy to be as early as possible so that care strict requirements are established. Hemodialysis must be evaluated and appropriate for the pregnant woman. The team in your care must be multidisciplinary, involving mainly nursing professionals, a professional who works side by side with the pregnant woman and important in all of her care. **Conclusion:** It was found with this research the importance of early diagnosis of chronic renal failure in pregnant women. Nursing is extremely important for maternal and child care, given the risk of life that the mother-baby binomial is inserted in. There is a need for multidisciplinary teamwork to monitor the situation. There is still a small number of studies carried out on the subject, thus making research more instigating and successful.

KEYWORDS: Pregnancy, Chronic renal failure, Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

A insuficiência renal crônica (IRC) consiste em uma lesão renal que acarreta na perda progressiva e irreversível do funcionamento dos rins, com consequente alteração do equilíbrio de líquidos no organismo. Afeta o cotidiano e a qualidade de vida do portador que necessita readaptação para sua reintegração na sociedade, para lidar com a nova situação vivida (MARINHO *et al*, 2017; RUFÍN; LÓPEZ, 2018).

Em suas fases iniciais, os sintomas podem estar ausentes ou diminuídos, mas concentram-se em manifestações **inespecíficas**: fadiga, anorexia, emagrecimento, prurido, náuseas e vômito; e **específicas**: anemia sem evidências de ferropenia ou hemólise, hipertensão (quando não já existente), poliúria, noctúria, hematúria ou edema (VANELLI *et al*, 2018; ASSIS *et al*, 2018).

O tratamento para esse quadro está relacionado com o nível de gravidade. Nos casos mais brandos, o uso de medicamentos pode contribuir para a diminuição dos sintomas, entretanto, nos casos mais graves, torna-se necessária a filtragem do sangue por intermédio da hemodiálise, diálise peritoneal ou o transplante renal (MARINHO *et al*, 2017; SILVA JUNIOR *et al*, 2017).

A estimativa no Brasil de pacientes em tratamento dialítico, segundo o Censo de 2017 é de 126.583 pessoas. A taxa de prevalência e de incidência de Insuficiência Renal Crônica em diálise foi de 610 pacientes por milhão da população (pmp) e 193 pmp, respectivamente (SBN, 2018).

Estudos apontam que, mais de 40 anos após o primeiro caso descrito de

gravidez numa mulher em diálise, a gravidez em mulheres com DRC grave continua um evento raro. Há poucos dados sobre a taxa de concepção nestas mulheres, sendo a maioria provenientes de bases de dados antigas. No entanto, é descrito um aumento significativo na taxa de concepção de mulheres em diálise - 0,9% em 1980 para 2,4% em 1998 - embora este valor possa estar subestimado dado que a maioria das gravidezes é diagnosticada apenas no segundo trimestre, com perda dos casos de abortamentos precoces (PINTO *et al*, 2016).

Avaliações regulares e frequentes do estado volêmico e do peso seco da paciente durante a gestação são de extrema importância, considerando a tendência natural de ganho de peso semanal com o avançar da gestação. Considerando, também, o uso de doses mais elevadas das usualmente prescritas de vitaminas hidrossolúveis, minerais e ácido fólico em pacientes em hemodiálise (CLAUDINO *et al.*, 2018).

Não menos importante são os ajustes de doses mais elevadas de agentes estimulantes da eritropoiese e suplementação de ferro para atingir o alvo da hemoglobina (11g/dL), evitando hemotransfusões. O uso da heparina não fracionada como anticoagulação na sessão de hemodiálise pode ser considerado relativamente seguro durante gestação (SBN, 2016).

Sabe-se que em mulheres, na presença de doença renal, a fertilidade torna-se diminuída e acarretando em alterações no ciclo menstrual e na possibilitação de ciclos sem produção de óvulos. Essa diminuição é evidente, também, nas que se encontram regularmente em diálise. Todavia, com a correção da anemia ocasionada e com o controle da terapia renal, é possível retornar à fertilidade aos padrões normais, possibilitando a gravidez (ASSIS *et al*, 2018).

No processo fisiológico da gestação, o organismo da mulher tende a sofrer grandes alterações, principalmente nos rins. Estima-se um aumento em torno de 1 a 1,5cm em sua estrutura, com conseqüente aumento do fluxo renal em 50 a 85%, especialmente na primeira metade da gravidez. Isso acaba por acarretar uma elevação do débito cardíaco e da pressão arterial, com conseqüente aumento da atividade renal (BRASIL, 2016).

Sendo assim, outro achado importante em relação às gestantes em tratamento dialítico, são as alterações fisiológicas do trato urinário. Cabe ressaltar que a taxa de filtração glomerular, o fluxo plasmático e a depuração de creatinina de 24 horas aumentam e os níveis de creatinina e de nitrogênio uréico diminuem, elevam-se a excreção de glicose, aminoácidos e vitaminas hidrossolúveis. Por conseguinte, na regulação ácido-base, existe leve alcalemia e na regulação volumétrica ocorrem alterações na homeostasia, bem como na pressão sanguínea (BERLATO *et al.*, 2016).

De acordo com Barreto et al., 2019, grávidas que possuem DRC podem evoluir

com piora do quadro geral, havendo aumento das escórias nitrogenadas e iniciar hemodiálise de urgência, devido a síndrome urêmica, por exemplo. Sendo assim, na maioria das vezes, estas são levadas ao serviço de urgência, devido a problemas pré existentes que poderiam ter sido diagnosticados com exames disponíveis no pré natal. Se assim não forem acompanhadas, as pacientes em estado graves podem evoluir com hidronefrose bilateral e líquido livre em cavidade abdominal, sendo necessária a realização da paracentese diagnóstica, para descartar ou não diurese intra abdominal.

Comumente, quando ocorre alguma falha nesses mecanismos de adaptação durante a gravidez, pode conduzir a distúrbios na regulação do volume de plasma, o que afeta o volume do líquido amniótico, o crescimento fetal, o que resulta em trabalho de parto prematuro, a restrição do crescimento intrauterino, assim como a pré-eclâmpsia. As intercorrências clínicas que merecem mais atenção, por se tratarem de fatores de alto risco, são as nefropatias por insuficiência renal crônica (AQUINO, SOUTO; 2015).

Dessa maneira, gestantes com IRC tendem a ter seu quadro agravado e prejudicado decorrente à fisiologia comum da gestação, evidenciando a sua classificação como gestação de alto risco. O diagnóstico de gravidez, em geral, também é dificultado, visto que, intrinsecamente, se registrarem valores elevados de gonadotrofina coriônica beta humana (beta hCG) (ASSIS *et al*, 2018; PINTO *et al*, 2016).

Recomenda-se que a hemodiálise seja mantida durante a gestação, como forma de manter o funcionamento renal nos padrões mais normais possíveis, possibilitando um crescimento fetal adequado (ASSIS *et al*, 2018).

Desse modo, o presente estudo tem por objetivo responder a seguinte pergunta “o que aponta a literatura sobre a gestação em mulheres com Insuficiência Renal Crônica (IRC) e sua influência para a saúde materno infantil?”.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo revisão de literatura. As revisões de literatura surgem como métodos explícitos e reproduzíveis que possibilitam a identificação, avaliação e síntese de estudos realizados sobre uma determinada temática (SOUSA *et al*, 2018).

O levantamento bibliográfico foi feito no mês de junho de 2020 por intermédio das bases científicas de dados: SciELO, Cochrane Library, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Pubmed, norteado por meio dos descritores e saúde (DeCS): “gravidez”, “insuficiência renal crônica”, reconhecidos pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS); e “pregnancy”, “renal insufficiency, chronic ”; de acordo com

Medical Subject Headings (MeSH) e unidos pelo operador booleano “AND”.

Como critérios de elegibilidade, incluíram-se os artigos completos, publicados entre janeiro de 2016 a junho de 2020, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos artigos que se distanciaram da temática, artigos duplicados, bem como literatura do tipo editoriais, teses, dissertações, cartas ao editor, relatórios governamentais, estudos reflexivos, revisões de literatura, livros e anais de eventos científicos (resumo).

Através da busca foram encontrados 58 artigos e, após aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados 8 artigos para compor esse estudo.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar das alterações na fertilidade decorrentes da IRC e da carga renal sobrecarregada, a gravidez em mulheres ainda emerge, principalmente as gravidezes gemelares, em vários estágios da doença, incluindo as mulheres transplantadas e em tratamento por hemodiálise.

Nesse sentido, vale proferir que gestantes renais crônicas em tratamento dialítico fazem parte do grupo de alto risco, visto que o prognóstico materno e fetal ainda gera informações conflitantes e necessita de um manejo rigoroso nas intercorrências clínicas e obstétricas, a fim de evitar complicações tanto para a mãe como para o bebê. Sendo assim, as consequências neonatais mais frequentes são decorrentes da prematuridade, tais como: pneumotórax, síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, sepse, enterocolite necrosante, doença pulmonar crônica, hemorragia intraventricular e surdez (BERLATO *et al.*, 2016).

Os principais achados relacionados à gestação em mulheres com IRC incluem: agravamento da hipertensão materna com restrição ou não do crescimento fetal, polihidrâmnios, trabalho de parto pré termo e distensão da placenta. Para o recém nascido que, em geral, nasce prematuro, os efeitos são advindos da sua condição. Todavia, considera-se a prematuridade a principal causa de morbidade neonatal e mortalidade (LEÑOS-MIRANDA *et al.*, 2019; WEI *et al.*, 2019; SUAREZ *et al.*, 2015; PARK *et al.*, 2017; CAMPOS-COLLADO, 2016; BRAMHAM *et al.*, 2016; FERNÁNDEZ-ORDÓÑEZ, 2017).

Os riscos decorrentes de gestações gemelares ainda não foram elucidados por completo e ocasionam dúvidas; em alguns casos a gestação não apresentou efeitos nos bebês, progredindo de maneira positiva até o parto, e em outras malformações e mortalidades foram evidenciadas (WEI *et al.*, 2019).

Em geral, a hemodiálise é um recurso de extrema importância para que a gestação possa progredir em circunstâncias positivas para mãe e para o bebê. Considera-se que o aumento do tempo do tratamento faz com que a gestação

prolongue, resultando em crianças com maior peso ao nascer e com melhores chances de vida e complicações diminuídas a longo prazo (BRAMHAM *et al*, 2016).

O tempo total de diálise a ser administrado semanalmente variam nos estudos, mas independentemente dos critérios, a prescrição para hemodiálise deve ser suficiente para manter as condições maternas em relação à volemia, pressão arterial e ganho de peso entre as sessões estáveis. Em alguns casos, torna-se recomendável que uma frequência de cinco a sete sessões por semana. Estudos mostraram que gestantes dispostas a mais de 20 horas por semana tinham recém-nascidos de maior peso e idade gestacional, contribuindo para uma maior purificação, diminuindo o ambiente tóxico e tendo um controle melhor da acidose metabólica e do ganho de peso (BRAMHAM *et al*, 2016; SUAREZ *et al*, 2015).

A SBN ainda considera que os esquemas de hemodiálise sejam mais frequentes em pacientes sem função renal residual (5 a 6 vezes por semana, totalizando minimamente mais de 21 horas semanais de diálise). Bem como, realizar coletas semanais de ureia sérica pré-diálise no maior intervalo interdialítico, buscando um valor alvo inferior a 100 mg/dl, evitando hipocalemia, hipofosfatemia e hipotensão intradialítica (SBN, 2016).

Também aponta-se uma importante relação entre o eGRN e a IRC. Este corresponde a um marcador da filtração glomerular, calculando o volume líquido que é filtrado para dentro da cápsula de Bowman, localizada no glomérulo, por unidade de tempo. Seus valores são classificados em 5 categorias, correspondidas em (PARK *et al*, 2017):

- a. Fase 1: Entre 50ml/min (normal) e 90ml/min
- b. Fase 2: Entre 60ml/min a 89 ml/min, sendo sua diminuição ligeira.
- c. As fases 3,4 e 5: Correspondem a deterioração progressiva da função renal e seus valores, respectivamente, são: 30-69 ml/min;15-29 ml/min e abaixo de 15 ml/min.

Estudos traz o eGRN como um biomarcador que possa prever os desfechos da IRC na gravidez. Quando o comprometimento renal não é evidenciado, a ressonância magnética proeminente consistiu a um método para se adquirir um melhor prognóstico de gravidez (PARK *et al*, 2017).

Um estudo de caso com uma gestante tendo toda a gravidez monitorada por um nutricionista, acarretando em modificações de hábitos alimentares, teve resultados positivo significativos, mas também desfechos não satisfatórios. O aumento de peso foi controlado dentro dos padrões adequados, bem como os padrões normais de proteínas renais foram mantidos (CAMPOS-COLLADO *et al*, 2016).

Além disso, o crescimento fetal foi adequado, exceto a partir da semana nº 30, quando o feto foi classificado como grande para a idade gestacional e polihidrâmnios foram diagnosticados. Posteriormente, a interrupção da gravidez, com 34,2 semanas, se deu em razão da ruptura prematura das membranas (CAMPOS-COLLADO et al, 2016).

O recém nascido obteve Apgar de 4/9 e índices antropométricos considerados normais, mas com baixo peso ao nascer. O RN foi hospitalizado por síndrome de problema respiratório, hiperbilirrubinemia multi-etilogia, patente ductus arteriosus, sepse tardia, neuroinfecção e broncodisplasia pulmonar grave; teve condições de crescimento satisfatórias quando hospitalizado (CAMPOS-COLLADO et al, 2016).

Tais resultados apontam que, apesar de apresentar-se como uma gestação de alto risco e com grande probabilidade de repercussões negativas, estando submetida a cuidados constantes e multidisciplinares é possível que ela possa ocorrer de maneira satisfatória ou com complicações o mais diminuídas possível (LEÑOS-MIRANDA *et al*, 2019; WEI *et al*, 2019; SUAREZ *et al*, 2015; PARK *et al*, 2017; CAMPOS-COLLADO, 2016; BRAMHAM *et al*, 2016; FERNÁNDEZ-ORDÓÑEZ, 2017).

A enfermagem assume um grande papel na área de prevenção de possíveis complicações associadas à situação atual do paciente, detectando diagnósticos de enfermagem de risco que nos permitem formular objetivos e implementar intervenções, principalmente estando situadas dentro da perspectiva cultural da mulher. É importante que esse profissional esteja capacitado e atualizado, para ser um agente promotor de cuidados efetivos (FERNÁNDEZ-ORDÓÑEZ, 2017).

Seus cuidados são importantes desde o diagnóstico da gravidez até o puerpério, na atenção à mulher e seu bebê. Durante a gravidez é importante que ele mantenha a mulher orientada de sua condição, manejando as possíveis angústias, estresses e medos que possam decorrer. Além disso, seu papel é crucial no manejo do plano de cuidados individuais, voltados para essa mulher (FERNÁNDEZ-ORDÓÑEZ, 2017).

O manejo clínico da gravidez em mulheres com IRC representa um enorme desafio à saúde devido às alterações fisiológicas que ocorrem durante a gestação e as complicações que podem ser ocasionadas, tornando necessário o planejamento da gravidez e o se diagnóstico precoce da gravidez, com rigoroso acompanhamento de sua doença renal.

4 | CONCLUSÃO

Constatou-se com essa pesquisa a importância do diagnóstico precoce da gestação em mulheres portadoras de insuficiência renal crônica, para que se torne

possível elencar cuidados efetivos para a mulher e o bebê, melhorando a qualidade de vida e possibilitando uma diminuição nas repercussões negativas que podem emergir.

Além disso, aponta-se o papel da importante de uma equipe multidisciplinar, bem como do profissional de enfermagem no acompanhamento materno infantil, tendo em vista o risco de vida que o binômio mãe-bebê estão inseridos. Sendo assim, percebe-se ainda um escasso número de estudos realizados sobre o tema, tornando, assim, a pesquisa mais instigadora e exitosa.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Pâmela Torquato de; SOUTO, Bernardino Geraldo Alves. Problemas gestacionais de alto risco comuns na atenção primária. *Revista Médica de Minas Gerais*. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1873>>. Acesso em: 04 Jul 2020.

ASSIS, Bruno Majeovski de *et al.* Desejo de maternidade entre mulheres com insuficiência renal crônica dialítica. *Revista Científica de Enfermagem-RECIEN*, v. 8, n. 24, 2018. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/273/pdf_1>. Acesso em: 27 jun 2020.

BARRETO et al. Placenta percreta: relato de caso. *Arq. Catarin Med.* 2018 out.-dez; 47(4):175-180. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1023302>>. Acesso em 05 Jul 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>. Acesso em: 30 jun 2020.

BERLATO, Luciane Pereira *et al.* Gestação na paciente renal crônica em hemodiálise. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 17, n. 1, p. 171-180, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/viewFile/1918/1818>>. Acesso em 4 Jul 2020.

BRAMHAM, Kate et al. Diagnostic and predictive biomarkers for pre-eclampsia in patients with established hypertension and chronic kidney disease. **Kidney international**, v. 89, n. 4, p. 874-885, 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0085253815001271>>. Acesso em 04 jul 2020.

CLAUDINO et al.. Rela o entre eficiência da hemodiálise e estado nutricional em pacientes com doença renal crônica. **Sci Med**. 2018;28(3):ID31674. DOI: 10.15448/1980-6108.2018.3.31674. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6999366>>. Acesso em: 04 Jul 2020

CAMPOS-COLLADO, Ana Ximena et al. Medical nutrition therapy for chronic kidney disease in pregnancy: a case report. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 116, n. 2, p. 213-218, 2016. Disponível em: <[https://jandonline.org/article/S2212-2672\(15\)01382-9/fulltext](https://jandonline.org/article/S2212-2672(15)01382-9/fulltext)>. Acesso em 04 jul 2020.

FERNÁNDEZ-ORDÓÑEZ, Eloisa et al. Aplicación del proceso enfermero en gestante hemodializada. **Enfermería Nefrológica**, v. 20, n. 2, p. 184-189, 2017. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842017000200184&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em 04 jul 2020.

MARINHO, Christielle Lidianne Alencar *et al.* Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. **Rev Rene**, v. 18, n. 3, p. 396-403, 2017. Disponível em: <<https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1122/2/LUIS%20SOUSA%20-%20QVCS3%20-%20CAP%C3%8DTULO%20-%20%284%29.pdf>>. Acesso em: 27 jun 2020

PINTO, Pedro Viana *et al.* Gravidez na doença renal crônica: da diálise peritoneal à hemodiálise. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa**, v. 10, n. 3, p. 194-200, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S1646-58302016000300003&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 27 jun 2020

RUFÍN, Maislete Gutiérrez; LÓPEZ, Chanel Polanco. Enfermedad renal crónica en el adulto mayor. **Revista Finlay**, v. 8, n. 1, p. 1-8, 2018. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100001>. Acesso em: 27 jun 2020.

LEAÑOS-MIRANDA, Alfredo et al. Urinary IgM excretion: a reliable marker for adverse pregnancy outcomes in women with chronic kidney disease. **Journal of nephrology**, v. 32, n. 2, p. 241-251, 2019. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s40620-018-0536-9>>. Acesso em 04 jul 2020.

PARK, Sehoon et al. Midterm eGFR and adverse pregnancy outcomes: The clinical significance of gestational hyperfiltration. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**, v. 12, n. 7, p. 1048-1056, 2017. Disponível em: <<https://cjasn.asnjournals.org/content/clinjasn/12/7/1048.full.pdf>>. Acesso em 04 jul 2020.

SILVA JUNIOR, Geraldo Bezerra da et al. Lesão renal aguda em pacientes obstétricas gravemente doentes: um estudo transversal em uma unidade de terapia intensiva do nordeste do Brasil. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 39, n. 4, p. 357-361, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-28002017000400357&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 05 jul 2020.

SOUSA, Luís Manuel Mota *et al.* Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, v. 1, n. 1, p. 45-54, 2018. Disponível em: <<https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/25938/1/rperv1n1%2cp.45-54.pdf>>. Acesso em: 27 jun 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo de diálise revela 40 mil novos pacientes em 2017 no país. **SBN informa Publicação Oficial da Sociedade Brasileira de Nefrologia** ano 25, nº114, 2018. Disponível em:<<https://arquivos.sbn.org.br/uploads/sbninforma114-2.pdf>> Acesso em: 04 jul 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo de diálise SBN 2016. [citado em 2016 maio 12]. Disponível em: <http://arquivos.sbn.org.br/pdf/censo_2013-14-05.pdf>. Acesso em: 04 Jul 2020.

SUAREZ, Maria Beatriz Bracco et al. Pregnancy in women undergoing hemodialysis: case series in a Southeast Brazilian reference center. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 1, p. 5-9, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032015000100005&script=sci_arttext>. Acesso em 04 jul 2020.

VANELLI, Chislene Pereira *et al.* Doença renal crônica: suscetibilidade em uma amostra representativa de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 68, 2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rsp/2018.v52/68/pt/>>. Acesso em: 27 jun 2020.

WEI, Yunbo et al. Successful management of twin pregnancy in a woman with advanced chronic kidney disease: A case report. **Medicine**, v. 98, n. 33, p. e16840, 2019. Disponível em: <https://journals.lww.com/md-journal/FullText/2019/08160/Successful_management_of_twin_pregnancy_in_a_woman.61.aspx> Acesso em 04 jul 2020.

CAPÍTULO 14

LONGITUDINALIDADE DO CUIDADO AO PACIENTE NO PÓS ALTA HOSPITALAR

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 07/07/2020

Franciele Nascimento de Araujo Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-001-8352-451X>

Ellen Marcia Peres

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-4262-6987>

Priscila Cristina da Silva Thiengo de Andrade

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0840-4838>

Helena Ferraz Gomes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-6089-6361>

Ronilson Gonçalves Rocha

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-4097-8786>

Antônio Marcos Tosoli Gomes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-4235-9647>

Bruna Maiara Ferreira Barreto Pires

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-5584-8194>

Livia Fajin de Mello dos Santos

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-5613-7976>

Alessandra Sant'anna Nunes

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/2525759778000009>

Carolina Cabral Pereira da Costa

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5964142169735523>

Cristiene Faria

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-6548-1851>

Thaís Mayerhofer Kubota

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-8782-8932>

RESUMO: Objetivou-se analisar a longitudinalidade do cuidado na atenção primária à saúde (APS) após a alta hospitalar do paciente. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, realizada em uma enfermaria de clínica de um Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro, com 44 pacientes internados. A coleta de dados ocorreu em março e outubro de 2019, em duas etapas, na internação e dois meses após a alta. Utilizou-se um formulário semiestruturado com variáveis sociodemográficas/clínicas e referentes ao

acesso a APS. Os dados foram analisados através de estatística descritiva simples. O tempo médio de internação foi de 30 dias, idade média dos participantes de 51 anos, 55% sexo feminino, 56,8% possuem ensino fundamental completo e 36,4% moram na Baixada Fluminense. Em relação a continuidade do cuidado na APS, 86,4% não receberam orientações de alta em relação APS, 66% não foram atendidos, 57% não foram abordados ou procurados por profissionais da unidade do seu território e 61% procuraram o serviço apenas para consulta médica. Quanto ao acompanhamento, 77,3% relataram não ocorrer na APS, mas nos hospitais públicos que estiveram hospitalizados (79%). Em relação ao conhecimento da APS, 98% informam a existência de uma unidade próximo ao local de residência e 93% sabem como chegar, no entanto, apenas 57% conhecem o agente comunitário de saúde, 34% o enfermeiro e 25% o médico da sua área adscrita. Conclui-se que o processo de longitudinalidade precisa ser abordado com mais clareza por parte dos profissionais nos diversos níveis de assistência, sendo premente a comunicação entre a rede de atenção à saúde. Os pacientes precisam ser orientados ao longo do processo de hospitalização para a alta hospitalar, com vistas a continuidade de cuidados na APS. Portanto, sugere-se a adoção de estratégias que visem a conscientização do profissional para a adequada transferência de cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Cuidados de enfermagem. Atenção primária à saúde. Alta do paciente. Integralidade em saúde.

LONGITUDINALITY OF PATIENT CARE IN POST HIGH HOSPITAL

ABSTRACT: The objective was to analyze the longitudinality of care in primary health care (PHC) after the patient's discharge from hospital. This is a descriptive research, with a quantitative approach, carried out in a clinical ward of a University Hospital in the State of Rio de Janeiro, with 44 inpatients. Data collection took place in March and October 2019, in two stages, on admission and two months after discharge. A semi-structured form with sociodemographic / clinical variables and referring to access to PHC was used. The data were analyzed using simple descriptive statistics. The average length of stay was 30 days, the participants' average age was 51 years, 55% were female, 56.8% had completed elementary school and 36.4% lived in Baixada Fluminense. Regarding the continuity of care in PHC, 86.4% did not receive discharge instructions regarding PHC, 66% were not attended, 57% were not approached or sought by professionals from the unit in their territory and 61% sought the service only for consultation doctor. Regarding follow-up, 77.3% reported that it did not occur in PHC, but in public hospitals that were hospitalized (79%). In relation to PHC knowledge, 98% report the existence of a unit close to the place of residence and 93% know how to get there, however, only 57% know the community health worker, 34% the nurse and 25% the doctor in their assigned area. It is concluded that the longitudinality process needs to be approached with more clarity on the part of professionals at the different levels of assistance, with communication between the health care network being urgent. Patients need to be guided throughout the hospitalization process for hospital discharge, with a view to continuing care in PHC. Therefore, it is suggested the adoption of strategies aimed at the professional's awareness for the adequate

transfer of care.

KEYWORDS: Nursing; Nursing Care; Primary Health Care; Patient Discharge; Integrality in Health.

1 | INTRODUÇÃO

A população brasileira dispõe de um Sistema Único de Saúde – (SUS), criado no ano de 1990, cujos principais objetivos são proporcionar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde integrando a assistência e a prevenção de agravos. O SUS pauta-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, devendo possibilitar o acesso a todos os níveis de complexidade, de forma articulada e contínua, sejam nos serviços preventivos e/ou curativos, individuais e/ou coletivos, exigidos para cada caso, de forma a diminuir as desigualdades (DUARTE; GARCIA, 2018).

Neste sentido, visando intensificar e garantir assistência, de forma integral e contínua foram criadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS), com um modelo de atenção articulado em diferentes níveis de atenção, baseados na complexidade do cuidado. A atenção primária surge como centro de comunicação entre os níveis de atenção secundária e terciária, sendo responsável por verificar as necessidades de saúde da população, e fazer o direcionamento para os níveis de atenção conforme necessidade, além das ações de promoção, atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional e compartilhado de resultados sanitários e econômicos (ARRUDA *et al.*, 2015)

No entanto, no contexto hospitalar a Portaria número 3.390 de 2013, do Ministério da Saúde, instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS que dispõe em suas diretrizes a articulação do hospital com os demais integrantes da RAS, em busca da longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2013).

Após o término deste atendimento referenciado, deve-se contrarreferenciar o paciente para a APS para continuidade do tratamento, em busca da integralidade do cuidado, promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos e, ainda, colaborando para a diminuição de internações recidivas. Sendo assim, a APS é considerada o início (porta de entrada preferencial), meio (referência) e o fim (longitudinalidade) da atenção à saúde da população (BRASIL, 2010).

Ainda nesse espectro, é possível ressaltar que a integralidade do cuidado perpassa por todos os níveis de atenção à saúde e no momento da alta hospitalar, esse processo não deve ser interrompido, ao contrário, deve se relacionar com a atenção secundária e primária e ter como objetivo o cuidado de forma contínua e holística, propiciando desse modo, uma melhor qualidade de vida com diminuição

de recidivas e reinternações.

Mediante ao exposto, formulou-se a seguinte questão: “Como se dá a longitudinalidade do cuidado na atenção primária à saúde após a alta hospitalar?” Traçou-se como objetivo analisar a longitudinalidade do cuidado na atenção primária à saúde após a alta hospitalar.

Ressalta-se que os resultados esperados permeiam a hipótese de que existam lacunas a serem preenchidas acerca da longitudinalidade do cuidado de forma a satisfazer as necessidades do usuário com vistas a integralidade.

2 | MÉTODO

Pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, realizada em uma enfermaria de clínica de um Hospital universitário do Estado do Rio de Janeiro.

A amostra do estudo constituiu-se de 44 pacientes internados em uma enfermaria de clínica acompanhados após a alta hospitalar. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: pacientes de ambos os sexos; idade superior a 18 anos e/o responsável pelo paciente diante da impossibilidade de o mesmo responder; que puderam ser contactados por telefone, por até no máximo três tentativas por parte dos pesquisadores. Foram excluídos aqueles que reinternaram no período de até dois meses após a alta hospitalar.

A coleta de dados ocorreu nos meses de março a outubro de 2019, em duas etapas, descritas a seguir:

A primeira ocorreu na internação objetivando obter dados sociodemográficos e clínicos. Nessa etapa os participantes foram abordados durante a internação, receberam o convite para participação na pesquisa, bem como as instruções. Realizou-se um levantamento baseado nos dados sociodemográficos e clínicos, obtidos por meio da entrevista com o paciente ou responsável, além do acesso as informações complementares por meio do prontuário e/ou livro de internação existente na enfermaria.

A segunda etapa ocorreu dois meses após a alta hospitalar. Os dados foram obtidos através de contato telefônico. Tal técnica representa um meio de fácil acesso ao paciente que já não se encontra mais internado, necessita de pouca infraestrutura, tem baixo custo e garante maior agilidade para a pesquisa (BATISTA; MATOS; NASCIMENTO, 2017). Os pacientes foram informados do motivo da ligação, lembrados da pesquisa e do direito de abandonar a entrevista a qualquer momento, não trazendo prejuízo algum ao seu atendimento no serviço. Ainda, foram indagados sobre o horário mais adequado para tal, sendo entrevistados no período escolhido.

Utilizou-se um formulário semiestruturado com variáveis referentes as

características sociodemográficas e clínicas e ao acesso na atenção primária à saúde. As variáveis analisadas foram: idade, sexo, escolaridade, local de residência e aspectos referentes ao conhecimento da APS, orientação de alta e direcionamento Atenção Primária à Saúde; e se manteve o acompanhamento na Atenção Primária à Saúde.

Os dados foram analisados através de estatística descritiva simples, com auxílio do *software Microsoft Office Excel*.

Foram respeitados todos os preceitos éticos apostos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde, Brasil, número 466/2012, e obteve-se o parecer de aprovação ética sob número: 3.085.206 e o CAAE número 04177318.0.0000.5259

3 | RESULTADOS

A amostra constitui-se de 44 pacientes com tempo médio de internação de 30 dias, idade média de 51 anos, com desvio padrão de 18 anos. A maioria do sexo feminino 24 (55%) com ensino fundamental completo 25 (56,8%). Quanto ao local de residência 16 (36,4%) moram na Baixada Fluminense, seguidos de 13 (29,5%) moradores da zona oeste da cidade do Rio de Janeiro, oito (18,2%) da zona norte, dois (4,5%) da zona sul, quatro (9,1%) do centro da cidade do Rio de Janeiro e um (2,3%) na região metropolitana do Rio de Janeiro.

Em relação aos motivos de internação e as comorbidades referidas, destacam-se as doenças do sistema cardiovascular, seguidas das doenças do sistema endócrino, nervoso, excretor e respiratório.

No que se refere a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, os dados encontram-se descritos na Tabela 1.

| Variáveis | F(n) | F (%) |
|---|-----------------|---------|
| Na alta recebeu orientação para procurar APS | Sim | 6 13,6 |
| | Não | 38 86,4 |
| Após a alta hospitalar já foi atendido na APS | Sim | 15 34 |
| | Não | 29 66 |
| Você procurou ou foi abordado por profissional da APS (posto de saúde)? | Procurou | 18 41 |
| | Abordado | 1 2 |
| | Nenhum dos dois | 25 57 |

| | | | |
|---|-----------------------------|----|------|
| | Consulta Médica | 14 | 61 |
| | Exames | 1 | 4 |
| | Sistema de Regulação | 1 | 4 |
| Qual serviço você buscou na APS? * | Cadastramento | 1 | 4 |
| | Medicamento | 1 | 4 |
| | Vacina | 2 | 9 |
| | Fisioterapia | 3 | 14 |
| | | | |
| Você realiza o acompanhamento de sua saúde na APS (posto de saúde)? | Sim | 10 | 22,7 |
| | Não | 34 | 77,3 |
| Se você não realiza o acompanhamento na APS, então aonde você realiza o acompanhamento? | Hospital Universitário | 27 | 79 |
| | Hospital Federal | 1 | 3 |
| | Rede Privada | 3 | 9 |
| | Não Realiza em nenhum lugar | 3 | 9 |

Tabela 1 – Distribuição da análise da continuidade do cuidado em pacientes acompanhados após a alta hospitalar. Rio de Janeiro/RJ, 2019. Brasil

Nota: * alguns pacientes que referiram mais de um serviço buscado na APS

Fonte: Autores, 2019.

Além disso, ao serem abordados quanto ao conhecimento em relação aos serviços ofertados pela APS no seu território, os dados encontram-se apresentados no Gráfico 1:

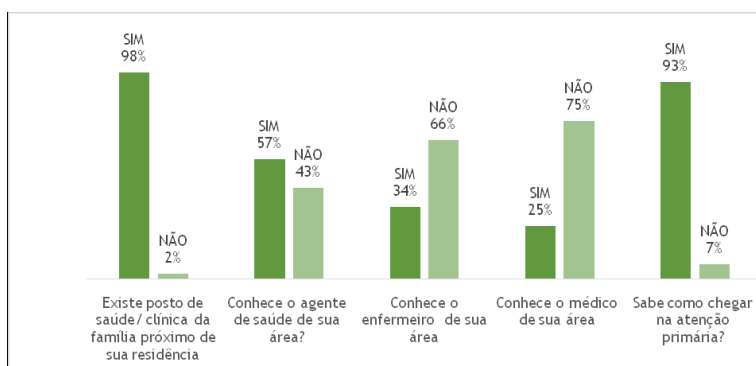


Gráfico 1– Distribuição do conhecimento dos pacientes acompanhados após a alta hospitalar em relação a APS no seu território. Rio de Janeiro-RJ, 2019. Brasil (n=44)

Fonte: Autores, 2019.

Observa-se que 98% informaram a existência de uma unidade próxima ao local de residência e 93% sabem como chegar, no entanto, apenas 57% conhecem o agente comunitário de saúde, 34% o enfermeiro e 25% o médico da sua área adscrita.

4 | DISCUSSÃO

O estudo evidencia que o tempo médio de internação de 29 dias encontra-se acima dos dados identificados no Sistema do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil - DATASUS que é de 8,1 dias no município do Rio de Janeiro (DATASUS, 2019). Ainda, no que se refere a escolaridade, 25 (56,8%) possuíam ensino fundamental completo.

Tais dados são importantes de serem analisados, pois estudo aponta que o tempo de internação está diretamente relacionado com o grau de escolaridade do indivíduo, já que o aumento da escolaridade permite uma melhor percepção de cuidado com a saúde, diminuindo o tempo de internação (RUFINO, GUERGEL, PONTES, FREIRE, 2012). Vale ressaltar também que o tempo de internação está diretamente relacionado ao aumento do risco de desenvolver Lesão por Pressão – LPP, bem como o surgimento/agravamento de comorbidades (TIENSOLI et al., 2014).

Nesse sentido, infere-se que tempo longo de internação associada à escolaridade incompleta reforça a importância das orientações de enfermagem de forma singular e o preparo para a alta durante a hospitalização, bem como a necessidade de direcionamento desses pacientes para acompanhamento, visando garantir a continuidade dos cuidados. Haja vista que no estudo evidenciou-se que a maioria dos pacientes não foram orientados para procurar a APS 38 (86,4%).

Com os dados obtidos, foi possível perceber que os participantes não receberam orientações sobre a continuidade do cuidado na APS. Infere-se que por se tratar de um hospital Universitário, o qual dispõe de serviços ambulatoriais, as equipes de saúde parecem julgar não ser necessário encaminhar estes pacientes para unidades APS, mantendo o direcionamento do acompanhamento ambulatorial no próprio hospital.

A enfermagem por sua vez, foca seu plano de alta no autocuidado e nas orientações sobre dispositivos e lesões. O preparo de alta dos pacientes é deficiente, enquanto a medicina se restringe a prescrição medicamentosa e ao retorno ambulatorial, a enfermagem dirige seu plano voltado para cuidados que consideram mais complexos ao entendimento (POMPEO *et al.*, 2020).

Por vezes, o profissional ao direcionar a alta de forma prescritiva acaba por descuidar das orientações sobre o acesso aos demais serviços de saúde, que

compõem a RAS do SUS. Na contrapartida da internação hospitalar, tem-se a Atenção Primária à Saúde cuja finalidade é promover ações voltadas para promoção da saúde, prevenção e redução de agravos, sendo uma das portas de entrada para o Sistema Único de Saúde – SUS e o centro coordenador do cuidado da RAS.

Ao analisar o Sistema de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, observa-se que o município do Rio de Janeiro dispõe de uma cobertura de 51,21% de equipes de APS. Contudo, os municípios pertencentes à Baixada Fluminense, como Belford Roxo, São João de Meriti e Duque de Caxias, possuem apenas, respectivamente 28,40%, 38,17% e 38,29% de cobertura (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2018). Ao comparar os dados de cobertura e o local de residência dos pacientes, 16 (36,4%) residem na Baixada Fluminense, logo se infere que a menor cobertura de APS poder estar relacionada com maiores internações e maior desconhecimento dos serviços na RAS.

Ainda, os dados apontam que 29 (66%) não foram atendidos na APS e que 25 (57%) não procuraram e nem foram abordados pelos profissionais da APS, demonstrando que há uma ineficiência da Rede no que se refere ação de busca ativa dos usuários. No entanto, grande parte dos usuários quando buscam o serviço o faz em busca de consulta médica.

Esses números são considerados baixos quando correlacionados às comorbidades cardiovasculares, endócrinas e respiratórias, entre outras, evidenciadas na internação desse público. Torna-se fundamental o acompanhamento dessas comorbidades pela APS tendo em vista a manutenção da saúde, controle de exames de rotina, eficácia do plano terapêutico, diminuindo as inconstâncias da doença e/ou referenciando este paciente desde o primeiro sinal de necessidade. A Atenção Primária a Saúde é o foco central do cuidado contínuo e integral, em vistas ao coletivo e individual para as doenças crônicas não transmissíveis – DCNT (PETERMANN *et al.*, 2015).

Quando se trata de idade e sexo, evidencia-se no estudo que 16 (36%) dos pacientes são adultos de meia idade (57-69 anos) predominantemente do sexo feminino 24 (55%). Dados corroborados pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), entre janeiro e abril de 2019, onde foram realizadas 228.275 internações no Estado do Rio de Janeiro, sendo 54% do sexo feminino e 46% do sexo masculino (COSTA *et al.*, 2013).

No que refere à continuidade dos cuidados na APS o estudo aponta que 34 (77,3%) não são acompanhados da APS, e desses 27 (79%), são acompanhados no Hospital Universitário em que foram hospitalizados. Esses dados corroboram com outro estudo ao apontarem que os pacientes também não são contra referenciados para a Atenção Primária à Saúde (COSTA *et al.*, 2013), embora o município do Rio de Janeiro disponha de um Sistema de Altas Referenciadas (SISARE) que tem por

objetivo, através do cadastro nacional do SUS – CNS, cadastrar a alta do paciente e selecionar a unidade referenciada mais próxima. Após o cadastro, estes dados geram um relatório de *feedback* para cada Unidade de Atenção Primária (SUBPAV, 2019).

Em relação ao conhecimento da APS no seu território, 43 (98%) informam a existência de uma unidade de APS próximo ao local de residência, e 41 (93%) sabem como chegar na unidade, no entanto, apenas 25 (57%) conhecem o agente comunitário de saúde, 15 (34%) conhecem o enfermeiro e 11 (25%) conhecem o médico que os assistem na sua área.

Tais dados demonstram vínculo fragilizado entre a população estudada e as equipes da APS, aspecto fundamental para a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A APS como centro coordenador do cuidado tem o papel de execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, e recuperação da saúde, proteção e prevenção de agravos (BRASIL, 2017).

Vale ressaltar que desde 2014, o país se depara com uma grave crise econômica e política, congelamento dos gastos de saúde e educação, mudanças no financiamento do SUS, revisão da Portaria Nacional de Atenção Básica – PNAB, entre outros. No que diz respeito à APS no Rio de Janeiro, com o modelo de Estratégia de Saúde da Família foi possível perceber mudanças importantes como a extinção / aglutinação de Equipes, trocas constantes de profissionais e redução de profissionais por equipes, entre outros (MELO *et al.*, 2018).

Todas estas mudanças refletem no conhecimento da população em relação às equipes de saúde, corroborando para o baixo índice de adesão dela ao serviço, impactando negativamente de maneira direta no estabelecimento de vínculos com a equipe e na longitudinalidade do cuidado.

A Atenção Básica tem um papel fundamental no cuidado integral e longitudinal, por meio da criação de vínculos com os usuários e a comunidade. Contudo, embora existam legislações, em especial as portarias com o propósito de não se perder este vínculo, este processo é, inúmeras vezes, perdido quando o paciente é atendido em uma unidade terciária, e não é devidamente contra referenciado para as unidades primárias. Isso, não raras vezes, leva à interrupção deste vínculo e dificulta o cuidado à saúde de forma longitudinal.

Em consonância com os dados encontrados, outros estudos (FIGUEIREDO *et al.*, 2018) ressaltam a importância e a necessidade da formação de vínculo mais estreito entre o usuário e a equipe multiprofissional, visando o acompanhamento do quadro clínico de forma mais eficiente. Também prover uma atenção voltada para a integralidade, de modo que a atenção básica seja reconhecida como unidade de referência para o usuário.

Para tanto, em 2011 o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de

Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com vistas ao aprimoramento contínuo voltado à complexidade crescente das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2011).

De modo geral, os dados encontrados no estudo demonstram uma inobservância na atenção terciária no que TSE refere a contra referência e longitudinalidade do cuidado no momento da alta, bem como determinadas fragilidades por parte da APS como centro coordenador do cuidado. Observou-se também problemas em relação ao vínculo, ao acesso, a integralidade do cuidado, entre outros.

É relevante destacar que a acessibilidade e a efetiva utilização do serviço com vistas a eficácia da APS se dá através do olhar holístico sobre o usuário no contexto do processo saúde doença. São também facilitadores da criação do vínculo para favorecer a longitudinalidade do cuidado, realizar um diagnóstico sobre os problemas e as potencialidades que envolvem o usuário e sua comunidade. Torna-se possível, ainda, exercer ações de promoção, prevenção e reabilitação voltadas às necessidades de cada usuário da rede, atentando para as taxas de incidência e prevalência de agravos à saúde em sua área (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

5 | CONCLUSÃO

Observou-se que a maioria dos pacientes 86,4% não recebeu orientações sobre a APS na ocasião da alta hospitalar; 66% não foi atendida na APS, 57% não foi abordada ou procurada por profissionais da unidade de APS do seu território, e quando procurou o serviço, 61% o fez em busca de consulta médica. A maioria (77,3%) relatou que não ocorreu acompanhamento na APS, apenas no Hospital (79%) em que esteve internada.

Em relação ao conhecimento da APS no território a maioria 98% afirma saber da existência e como chegar à unidade, porém desconhece o enfermeiro (66%) e o médico da unidade (75%). Na análise da continuidade do cuidado na atenção primária à saúde após a alta hospitalar, evidenciou-se que o processo de longitudinalidade precisa ser abordado com mais clareza por parte dos profissionais nos diversos níveis de assistência, sendo premente que haja comunicação entre a rede de atenção à saúde e a coletividade. Os pacientes precisam ser orientados durante a hospitalização para quando saírem de alta hospitalar, buscar a continuidade dos cuidados na APS.

Dentre as limitações do estudo destacam-se o quantitativo amostral, e o fato do mesmo ser unicêntrico. Sugere-se, no entanto, que outros estudos sejam desenvolvidos em distintas unidades hospitalares do Estado do Rio de Janeiro

buscando analisar como se dá a longitudinalidade do cuidado na atenção primária à saúde após a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

AMARAL, J.C.A.; WEILLER, T.H.; SOUZA, R. Tendência da produção científica sobre avaliação em atenção primária a saúde. **RevEnferm UFSM**. Santa Maria, v. 8, n. 2, p. 410-419, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769223352>. Acesso em: 01 nov. 2018.

ARRUDA, C.; LOPES, S.G.R.; KOERICH, M.H.A.L.; WINCK, D.R.; MEIRELLES, B.H.S.; MELLO, A.L.S.F. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc Anna Nery**. Santa Catarina, v. 19, n. 1, p. 169-173, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150023.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2018.

AUZANI, N.; NUNES RISSO, E.; POTTER GARCIA, R. O papel do enfermeiro na alta hospitalar. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 11, n. 2, 30 mar. 2020. Disponível em: <https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/article/view/102805>. Acesso em: 23 jun. 2020.

BATISTA, E.C.; MATOS, L.A.L.; NASCIMENTO, A.B. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. **Rev. Interdisciplinar Científica Aplicada**. Santa Catarina, v. 11, n. 3, p. 23-38, 2017. Disponível em: <https://rica.unibes.com.br/rica/article/viewArticle/768>. Acesso em: 23 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Informações Hospitalares do SUS. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 15 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/463/duvidas-mais-frequentes-sobre-o-programa-nacional-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade-na-atencao-basica-pmaq-\[463-240412-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/463/duvidas-mais-frequentes-sobre-o-programa-nacional-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade-na-atencao-basica-pmaq-[463-240412-SES-MT].pdf). Acesso em: 11 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 03 ago. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://www.jusbrasil.com.br/diarios/64491198/dou-secao-1-31-12-2013-pg-54?ref=previous_button. Acesso em: 11 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/24023258/pg-88-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-31-12-2010>. Acesso em: 11 jun. 2018

COSTA, S.M.; FERREIRA, A.; XAVIER, L.R.; GUERRA, P.N.S.; RODRIGUES, C.A.Q. Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. **Rev. APS**. Minas Gerais, v. 16, n. 3, p. 287-293, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15213>. Acesso em: 26 jun. 2020.

DUARTE, E.; EBLE, L.J.; GARCIA, L.P. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saude**. Brasília, v. 27, n. 1, p. 1-2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100018>. Acesso em: 26 jun. 2020

FIGUEIREDO, D.C.M.M.; SHIMIZU, H.E.; RAMALHO, W.M.; FIGUEIREDO, A.M.; LUCENA, K.D.T. Qualidade do cuidado na Atenção Básica no Brasil: a visão dos usuários. **RevBrasEnferm**. Brasília, v.71, s.6,p.2874-81, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0656>. Acesso em: 26 jun. 2020.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p.18-37, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. Acesso em: 29 jun. 2020.

MELO, E.A.; MENDONÇA, M.H.M.; OLIVEIRA, J.R.; ANDRADE, G.C.L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p.38-51, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s103>. Acesso em: 25 jun. 2020.

PETERMANN, X.B.; MACHADO, I.S.; PIMENTEL, B.N.; MIOLO, S.B.; MARTINS, L.R.; FEDOSSE, E. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. **Saúde**. Santa Maria, v. 41, n. 1, p.49-56, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583414905>. Acesso em: 25 jun. 2020.

POMPEO, D.A.; PINTO, M.H.; CESARINO, C.B.; ARAÚJO, R.R.D.F.; POLETTI, N.A.A. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta paul. Enferm**. São Paulo, v.20, n.3, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000300017>. Acesso em: 23 jun. 2020.

RUFINO, G.P.; GURGEL, M.G.; PONTES, T.C.; FREIRE, E. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. **RevBrasClin Med.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 291-297, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3043.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2020.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Indicadores do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015**. Disponível em: http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/retratos/Mapas_da_Sa%C3%BAde/Cobertura_Equipes_At_B%C3%A1sica.html. Acesso em: 25 jun. 2020.

RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde. **Sistema de Altas Referenciadas**. Disponível em: <https://subpav.org/logar.php>. Acesso em: 18 jun. 2020.

TIENSOLI, S.D.; BONISSON, R.L.; MATOZINHOS, F.P.; MELÉNDEZ, G.V.; VELÁSQUEZ, F.S.L. Diagnóstico situacional: perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados em unidade de clínica médica. **REME**. Minas gerais, v. 18, n. 3, p.573-578, 2014. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140042>. Acesso em: 15 jun. 2020.

CAPÍTULO 15

MULHERES E SUAS EXPECTATIVAS SOBRE A ESCOLHA DA VIA DE PARTO

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 06/07/2020

Gabriela Cirqueira Lopes

Instituto Fernandes Figueira IFF/Fiocruz
Rio de Janeiro – RJ. Brasil
<https://orcid.org/0000-00001-5065-3649>

Helene Nara Henriques Blanc

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Campus Macaé
Macaé – RJ. Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-5729-9785>

Larissa Escarce Bento Wollz

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Campus Macaé
Macaé – RJ. Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-2951-2061>

Larissa Teixeira da Silva Fonseca

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Campus Macaé
Macaé – RJ. Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-3352-6717>

Marcilene Andrade Ribeiro Marins

Secretaria Municipal de Saúde de Macaé
Macaé – RJ. Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-9483-7666>

Milena Batista Carneiro

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Campus Macaé
Macaé – RJ. Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-1695-0209>

Taís Fontoura de Almeida

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Campus Macaé
Macaé – RJ. Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-3375-455X>

Jane Baptista Quitete

Universidade Federal Fluminense Campus Rio
das Ostras
Rio das Ostras – RJ. Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0330-458x>

RESUMO: As expectativas e as escolhas das mulheres com relação à via de parto estão intimamente associadas a fatores subjetivos e inconscientes, em seus sentimentos, medos e desejos, muitas vezes desconhecidos. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho consiste em analisar as expectativas das mulheres sobre a escolha da via de parto e produzir uma reflexão acerca dos fatores que participam das expectativas e produzem interferência nas escolhas. Para isso, foi realizado um estudo qualitativo, de delineamento transversal e de campo, utilizando um grupo focal denominado roda de relato de parto. Participaram do estudo dez mulheres de duas instituições de ensino superior públicas de três cidades do interior do estado do Rio de Janeiro (Rio das Ostras, Macaé e Campos dos Goytacazes), no período entre 2018 a 2019. Utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin para o tratamento dos dados. Após análise, emergiram três categorias temáticas, denominadas “o desejo pela via de parto vaginal”, “participação do parceiro na decisão da via de parto”, “participação da família na decisão

da via de parto”. Constatamos que todas as mulheres desejavam o parto vaginal, acreditando ser a melhor escolha para si e para o bebê, e que o “empoderamento” e o apoio da família e do parceiro contribuem fortemente para a tomada de decisão sobre a escolha da via de parto.

PALAVRAS-CHAVE: Direitos reprodutivos, Parto, Saúde da mulher.

WOMEN'S EXPECTATIONS ABOUT CHOOSING THE WAY TO GIVE BIRTH

ABSTRACT: Women's expectations and choices regarding the way to give birth are closely associated with subjective and unconscious factors, in their feelings, fears and desires, often unknown. In this sense, the objective of this work is to analyze the women's expectations about the choice of the way to give birth and produce a reflection on the factors that participate in the expectations and produce interference in the choices. For this, a qualitative study was carried out, with a cross-sectional study, and field design, using a focus group called childbirth reporting wheel. Ten women from two public higher education institutions from three cities in the interior of the state of Rio de Janeiro (Rio das Ostras, Macaé and Campos dos Goytacazes) participated in the study between 2018 and 2019. Bardin content analysis was used for data treatment. After analysis, three thematic categories emerged, called “the desire for the vaginal childbirth”, “the partner's participation in the childbirth decision” and “the family's participation in the childbirth decision”. We found that all women wanted vaginal childbirth, believing it's going to be the best choice for themselves and the baby, and that the “empowerment” and the support of family and partner contribute strongly to decision making about the choice of the way to give birth.

KEYWORDS: Reproductive rights, Childbirth, Women's health.

1 | INTRODUÇÃO

A assistência ao parto no Brasil tornou-se um evento predominantemente institucionalizado, em que a hegemonia médica centralizou o conhecimento da obstetrícia e, conseqüentemente afastou a família, desvalorizou as experiências prévias, as vontades das mulheres e a fisiologia do parto, e elevou de modo significativo os percentuais de partos cirúrgicos. O saber feminino, o apoio da família, e o parto como evento fisiológico, passaram a ser deixados em segundo plano (ZANARD et al, 2017). Na tentativa de reverter este quadro no Brasil, o Ministério da Saúde, através do Programa de Humanização do Parto (PHP), passou a defender estratégias e ações que viabilizem o máximo de conforto possível à gestante e parturiente, instituindo diretrizes clínicas baseadas em evidências, dando as condições de assistência de saúde para um parto seguro e prazeroso para mãe e filho (BRASIL, 2017).

Percebe-se um claro esforço do Ministério da Saúde em normatizar práticas

que estejam relacionadas ao modelo humanizado, a fim de reduzir as práticas intervencionistas desnecessárias e incentivar o parto normal no Brasil. Porém, pouco se fala ao longo da gestação sobre a preparação da mulher para o parto, não só em relação às condições físicas, mas também emocionais e psicológicas. Devemos considerar relevante esclarecer à mulher e sua família que o trabalho de parto e parto, apesar de serem eventos fisiológicos, são imprevisíveis e não controláveis, e que as expectativas e a realidade podem não ser condizentes, mas que independente da forma como ele será conduzido, a fisiologia e as práticas humanizadas deverão ser respeitadas (TOSTES; SEIDL, 2016). Os profissionais de saúde que atende gestante e suas famílias possuem ferramentas para auxiliar na construção da expectativa no período pré-natal, como aulas de preparação para o parto, grupo de gestantes e de apoio, elaboração de plano de parto, entre outras (BRASIL, 2017).

Os efeitos da modificação do processo de nascimento refletem não só na saúde física da parturiente e do bebê, mas também em processos subsequentes, como amamentação bem como o estabelecimento do vínculo mãe e filho. É imprescindível que a mulher tenha seu direito de tomada de decisões assegurado, fortalecendo o bem-estar do binômio no parto, puerpério e amamentação (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018).

As expectativas criadas pelas mulheres são baseadas nos desejos, medos e anseios sobre o trabalho de parto e o parto e o empoderamento destas durante a gravidez é importante para que as dúvidas sejam sanadas e os objetivos sejam alcançados (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018). Ao conhecer as expectativas das mulheres sobre o parto, os profissionais de saúde terão como nortear suas ações de cuidado, considerando a individualidade de cada mulher, respeitando sua história de vida e fortalecendo seu protagonismo (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2019). Não podemos esquecer que as expectativas e as escolhas de algumas mulheres são influenciadas segundo interesses do Sistema Médico Industrial Hospitalar, interesses corporativos da classe médica e do pragmatismo dos profissionais de saúde envolvidos. O público feminino, por mais que tenha se fortalecido nas últimas décadas, desconhece as questões institucionais, corporativas e o mercado que faz parte deste cenário.

As expectativas e as escolhas das mulheres dialogam com saberes e poderes que estão muito além da percepção do público leigo. E o que é considerado empoderamento pelo senso comum, também é visto no meio acadêmico como jogo retórico e estratégia discursiva para manutenção da dominação e do controle sobre o corpo feminino. Diante do exposto, surge a indagação: Quais as expectativas criadas pelas mulheres sobre a escolha da via de parto e quais fatores interferem nessa decisão?

É importante considerar que fatores subjetivos e inconscientes atuam no momento em que as decisões são tomadas, a participação dos pais faz parte deste cenário de conflitos simbólicos, desejos inconscientes, interesses do mercado, corporativismo médico e pragmatismo de todas as partes. Diante deste quadro, nosso interesse é analisar as expectativas das mulheres sobre a escolha da via de parto e produzir uma reflexão acerca dos fatores que participam das expectativas e produzem interferência nas escolhas.

2 | MÉTODO

Estudo descritivo, de natureza qualitativa, delineamento transversal e de campo, tendo a análise de conteúdo de Bardin (2011) como ferramenta principal para coleta e análise dos dados. A escolha por este método se deu pelo fato dele se mostrar o mais apropriado para compreender os discursos proferidos, o sentido das comunicações entre os atores sociais envolvidos e revelar as significações explícitas ou ocultas nos discursos acerca das escolhas possíveis e expectativas relacionadas ao parto.

A pesquisa teve como cenários de pesquisa, duas instituições de ensino superior públicas, com campi localizados no interior do estado do Rio de Janeiro (Rio das Ostras, Macaé e Campos dos Goytacazes). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Campus Macaé (CAAE: 89600318.7.0000.5699).

O método de coleta de dados utilizado foi um grupo focal denominado “roda de relato de parto”. As pesquisadoras utilizaram um roteiro temático com questões pertinentes ao processo de parturição, bem como um questionário contendo dados socioeconômicos e história obstétrica das participantes. Os relatos foram gravados em áudio por equipamento *digital media player*, após autorização das participantes. O número de participantes foi definido de acordo com o método de saturação de dados. Os dados foram coletados nos anos de 2018 e 2019.

A análise dos dados coletados foi realizada tendo como referência a análise de conteúdo, de Lawrence Bardin (2011), que aconteceu a partir de três momentos distintos: (1) a pré-análise dos dados a partir de uma leitura flutuante para conhecer o material coletado; (2) a exploração do material buscando categorias gerais de análise dos temas mais recorrentes e os sentidos dados às ações; (3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011). Os relatos foram ouvidos e transcritos e, após a leitura atenta do material coletado, foi iniciada a etapa de análise do conteúdo, seguindo o método de Bardin (2011), a partir da qual foram reveladas três categorias: “desejo pela via de parto vaginal”; “participação do parceiro na decisão da via de parto” e “participação da família na decisão da via de

parto”.

As participantes do estudo foram mulheres pertencentes a comunidade acadêmica (docentes, discentes e técnico-administrativo) das instituições de ensino superior, tendo como critérios de inclusão: mulheres com pelo menos um filho vivo, nascido a termo, sem patologias e/ou malformações nos últimos cinco anos; ser aluna regularmente matriculadas em qualquer curso ou servidora das Universidades participantes; aceitar participar da roda de relato de parto. Os critérios de exclusão utilizados foram: mulheres que tenham filhos prematuros, com patologias e/ou malformações, filhos maiores de cinco anos; não ser aluna regularmente matriculada em qualquer curso ou servidora das Universidades participantes. Cada participante recebeu orientações sobre os objetivos da pesquisa, bem como teve acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando com uma via deste. Foi garantido o anonimato, sendo cada relato das participantes identificado pelo nome de uma estrela, que corresponde a cada filho da mulher.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados desta pesquisa são relativos a 14 relatos de parto realizados no período de 2018 a 2019, por 10 mulheres com idade entre 20 e 45 anos. Todas, ao engravidar, possuíam o desejo pelo parto vaginal, contudo, dos 14 partos, somente em seis relatos, o objetivo inicial foi alcançado. Dos partos normais, dois aconteceram apenas na segunda gestação. Dos partos cirúrgicos, cinco iniciaram o trabalho de parto, enquanto três não chegaram a iniciar o trabalho de parto e foram submetidas a cesariana eletiva.

Todas as participantes viviam em relação estável ou eram casadas, mas apenas cinco tiveram a presença do marido no parto. Quanto ao grau de escolaridade, sete delas eram pós-graduadas, e três estavam concluindo o ensino superior. Com relação a renda, seis referiram possuir renda familiar de quatro a 12 salários mínimos, enquanto quatro possuíam renda maior que 12 salários. Todas foram acompanhadas durante o pré-natal em instituição privada (particular ou convênio) e apenas uma teve seu parto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). De três participantes que optaram pelo parto domiciliar planejado, somente uma alcançou este objetivo.

Para análise qualitativa, ao final do tratamento dos dados, três categorias temáticas responderam ao objetivo deste estudo: “o desejo pela via de parto vaginal”, “a participação do parceiro na decisão da via de parto”, e a “participação da família na decisão da via de parto”.

Categoria 01: O desejo pela via de parto vaginal

Essa categoria teve por objetivo apresentar e discutir sobre quais motivações desencadearam o desejo das participantes sobre esta via de parto, se a escolha foi fortalecida pelos profissionais de saúde e quais ferramentas foram utilizadas pelas mulheres na tomada de decisão.

O desejo pela via de parto vaginal emergiu em todos os relatos. Este dado pode ser ratificado por estudo recente realizado no âmbito nacional, em que se verificou que 70% das mulheres desejavam o parto normal desde o início da gravidez. Contudo, 52% dos brasileiros nascem por cesariana, sendo que este percentual pode chegar a 88% nos serviços de saúde privados. Vale ressaltar que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda no máximo 15% de cirurgias cesarianas (FIOCRUZ, 2014).

A escolha pela via de parto vaginal ocorreu principalmente devido as mulheres se sentirem capazes de parir naturalmente, querer sentir a evolução do parto e por acreditarem que seria a melhor opção para a saúde da mãe e bebê.

Desde que descobri que eu estava grávida, eu sempre quis um parto normal, né?! [...] eu queria um parto natural. [...] Era tudo o que eu queria. (Canapus)

[...] pra mim, quanto mais natural, melhor. Melhor para a recuperação da mãe e melhor também para o bebê [...]. (Antares)

[...] eu queria pelo menos sentir a evolução do parto, pelo menos pra dizer: "ah senti uma contração", porque eu não sei nem o que é uma contração. (Sirius)

Um dos motivos que faz as mulheres desejarem o parto normal é o fato de querer vivenciar o momento. No decorrer da vida, mesmo ouvindo relatos positivos ou negativos, as mulheres ficam curiosas, sentem-se desafiadas, e desejam passar por este processo para saber como será, pois, assim também terão algo para contar sobre este momento (SILVA et al, 2018).

A mulher descreve nos seus relatos reforça a conexão mãe e bebê existente durante a gestação, trabalho de parto e parto. A mulher usa esta ferramenta para se conectar com o bebê, sentir se ele está bem e sobre como será sua tomada de decisão.

[...] eu conversava muito assim com o bebê na barriga, né? [...] conversava muito com o Sol, e aí eu falei assim: –“Filho, esse processo tem alguma coisa que não tá legal, me dá uma dica, me dá um sinal, me dá alguma coisa assim”. Era muito intuitivo isso, uma conversa muito intuitiva. E aí quando eu pedi isso pra ele, que eu não senti, aí a dúvida pintou no coração, falei: – “De repente eu vou precisar ir pra um hospital. (Sol)

A mulher quando bem instruída, tem a oportunidade de tornar esse momento único e especial. É importante que ela consiga participar das decisões sobre sua saúde e ações a serem instituídas em seu corpo, inclusive, tem o direito de escolha sobre como essas ações devem ser realizadas e qual a melhor forma de parir (SILVA et al, 2018). Quando a mulher consegue assumir uma postura ativa no trabalho de parto, ela desenvolve o sentido do protagonismo, tendo a oportunidade de conduzir o parto natural, de maneira saudável (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2018).

Eu acho que neste momento toda mulher sente-se a mais forte e mais poderosa do mundo. (Antares)

Ao procurar ajuda relacionada a escolha da via de parto, a mulher não está apenas preocupada com sua saúde ou do bebê, mas sim em busca da apropriação de si mesma, ou seja, em busca de empoderamento, este que, para algumas mulheres é construído ao longo da vida, para outras se inicia com a gestação. Apropriação de si diz respeito a responsabilizar-se por sua saúde reprodutiva, adotar escolhas responsáveis, exigir direitos e advogar por mudanças em seu papel na sociedade (REIS, 2017). Estas atitudes fortalecem as mulheres e as tornam mais preparadas para o parto. Ou seja, o empoderamento feminino permite a livre escolha sobre tudo que se relaciona a gestação e ao parto (REIS, 2017) (MC CALMAN; SEARLES, 2015).

O período gravídico-puerperal é marcado por sensações e emoções muitas vezes indescritíveis para a mulher e todos envolvidos nessa experiência. A equipe de saúde deve estar qualificada, a fim de garantir que a gestante esteja suficientemente informada sobre as vias de parto, procedimentos e local de parto, ponderando os riscos e benefícios (BRASIL, 2017), e assim a mulher pode realizar suas escolhas com autonomia junto aos profissionais de saúde (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2019). O plano de parto, por exemplo, é um documento que contém informações sobre os desejos e escolhas das mulheres e deve ser respeitado pelos profissionais e instituições de saúde (ZORZAN, 2016).

[...] quando eu conversei com a minha obstetra sobre essa questão de plano de parto, ela falou que não tinha necessidade! [...] porque eu ia querer um plano de parto? [...] eu só queria que as minhas vontades fossem respeitadas [...]. É importante você informar o que você quer, suas vontades [...]. (Antares)

[...] assim que eu cheguei grávida no consultório, eu falei que queria desse jeito [...]. Mas a gente também tinha participação de enfermeira, né?! Sabia que podia contar com ela e com a doula e meu marido, que eu já sabia que era o suficiente. [...]. Trabalhamos muito essa questão do parto domiciliar, [...] porque na verdade se algum deles tivessem qualquer insegurança, a gente também não ia se sentir seguro, e

nenhum momento eles demonstraram isso. [...] trabalhamos muito bem a linguagem que iríamos usar durante o trabalho de parto [...].
(Hadar)

O direito da mulher pela escolha da via de parto é considerado um direito reprodutivo feminino. Este direito, que deve direcionar as práticas de cuidado das equipes de saúde, faz parte de uma conquista histórica no plano político para a redução das desigualdades de gênero e melhoria dos indicadores de saúde das mulheres e seus bebês. Os direitos reprodutivos se estabelecem em quatro grandes pilares: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade (ZORZAM, 2016) (MACCALMAN; SEARLES, 2015).

Com vistas a normatizar as ações de empoderamento das mulheres, os profissionais de saúde devem informar às gestantes de risco habitual: que o parto normal é geralmente muito seguro para a mulher e a criança; sobre os riscos e benefícios dos locais de parto (domicílio, Centro de Parto Normal e maternidade); que todas as mulheres têm direito a: equipe de saúde especializada (enfermeira obstétrica, médico obstetra, pediatra e anestesista); que o parto pode ser assistido por enfermeiras obstétricas ou obstetrias; métodos de alívio da dor incluindo os farmacológicos e não farmacológicos (BRASIL, 2017). Não receber informações de qualidade durante as consultas de pré-natal inviabiliza que as mulheres exerçam a autonomia e autodeterminação em suas escolhas (ZORZAM, 2016) (MACCALMAN; SEARLES, 2015).

O parto normal é visto pela mulher como uma forma de respeito ao corpo e suas escolhas, a mulher espera que seu desejo sobre a via de parto seja acolhido e valorizado como primeira opção (SOUZA; GUALDA, 2016). Portanto, os profissionais de saúde devem respeitar os direitos, a autonomia, a cultura e as crenças das mulheres (JARDIM; SILVA; FONSECA, 2019). Em caso de intercorrências, em que seu desejo não pode ser concretizado, a mulher deve continuar participando das decisões e ser orientada no que deve ser feito para que a saúde dela e do bebê sejam preservadas (SOUZA; GUALDA, 2016).

Categoria 02: Participação do parceiro na decisão da via de parto

Essa categoria teve por objetivo apresentar e discutir o papel do parceiro no parto, o medo dos parceiros pelo parto normal, a inserção dos parceiros no acompanhamento pré-natal com intuito de obter informações sobre parto, e o apoio destes na decisão das parceiras.

O papel do pai nesse processo está entrelaçado com o desejo da mulher de tê-lo como participante ativo desse processo (QUITETE; MONTEIRO, 2018). No parto, a presença paterna é marcada pela necessidade da mulher de se sentir segura, apoiada e mantendo o controle emocional. Por ser considerado um evento

imprevisível, a confiança depositada no parceiro tende a ser mais forte e sua presença acaba aflorando o vínculo familiar, fortalecendo os laços afetivos com a mulher e consolidando o vínculo com o filho (SOUZA; GUALDA, 2016).

Tava com trinta e seis semanas, [...] eu não tava acreditando que existia a possibilidade de um parto normal, natural, domiciliar [...] que eu poderia fugir da engrenagem hospitalar médica, enfim, foi uma realização de um sonho, [...] e aí pra mim ficou muito claro [...] e ficou decidido né, sem titubiar, foi uma decisão muito minha, mas muito apoiada pelo [pai de Arcturos]. (Arcturos)

A participação ativa do homem durante a gestação e o parto contribui para uma experiência positiva do parto para a mulher e para o homem na criação de vínculo com o filho (QUITETE; MONTEIRO, 2018) (REIS, 2017). A mudança de paradigma sobre o papel de homens e mulheres na sociedade brasileira, têm possibilitado que os homens vivenciem eventos até poucos anos impensáveis para uma sociedade machista (REIS, 2017). Os pais mais envolvidos são geralmente aqueles mais jovens, com nível de instrução mais alto e com vínculo empregatício flexível. Neste cenário, os serviços de saúde devem inseri-los no atendimento do pré-natal, trabalho de parto e parto, ressaltando o quanto a presença deles tem sido valorosa para as mulheres (INSTITUTO PROMUNDO, 2014).

Para tanto, existem recomendações para que os profissionais de saúde promovam a paternidade e o cuidado em todas as fases gravídicas, contribuindo na: elaboração de protocolos mais claros sobre como trabalhar com os homens-pais; divulgação de campanhas e materiais educativos; estímulo a participação dos pais junto as mães no cotidiano do cuidado em saúde; incentivo para os pais realizarem tarefas domésticas de cuidado e criação; inserção nas atividades educativas sobre gravidez, trabalho de parto e parto; instrumentalizar os pais sobre os seus direitos, como a licença paternidade e a Lei do Acompanhante (INSTITUTO PROMUNDO, 2014).

[...] eu fiz aquela força surreal, o Hadar saiu e o meu marido pegou. [...] Hadar já chorando, berrando, nasceu também com um circular de cordão, [pai de Hadar] tirou. Eles [equipe] ficaram só em volta olhando tudo. (Hadar)

Isso foi muito lindo, porque ele [pai] se emocionou. E a gente esquece também que é um momento do pai ali, se tornando pai. [...] na verdade, por mais que ele vê a barriga crescer, ele não está sentindo [...]. O pai se torna pai quando pega seu filho no colo, quando vê ele saindo, [...]. A mãe se torna mais mãe. (Antares)

A participação do pai construída ainda na gestação estimula a presença deste no momento do parto, pois, a preparação para o nascimento acontece

gradativamente, despertando a paternidade mais cedo, visto que, a mãe se sente mãe ao descobrir a gravidez e o pai se sente pai ao ver o filho pela primeira vez (MATOS et al, 2017). Portanto, o pai deve ser estimulado e envolvido desde o início da gravidez, beneficiando à saúde física e psicológica da mãe, contribuindo para o bem-estar da criança e crescimento pessoal dos homens (INSTITUTO PROMUNDO, 2014).

Em algumas situações, a opinião do companheiro é divergente e está relacionada ao medo do homem pelo parto vaginal, justificativa para apoiar o parto cesáreo. No entanto, apesar da mulher não ter tido apoio do parceiro, houve manutenção de sua escolha pelo parto vaginal.

Eu na verdade, eu queria mesmo era um parto domiciliar em casa. Só que eu não tive apoio do meu marido, infelizmente [...]. Ah, mas de qualquer forma eu fiquei querendo ter parto normal mesmo! [...] Ele já teve uma filha e essa filha dele teve complicações, então ele não queria que acontecesse de novo, assim... já tinha um certo trauma. (Regulus)

Ao compreender o protagonismo da mulher, o homem tende a buscar sua inserção no processo de parto, promovendo um suporte emocional, dando apoio nas decisões sobre o parto. A presença paterna ainda é um acontecimento recente nas salas de parto, daí a formação de expectativas vindas por outras perspectivas. O medo do desconhecido repercute no homem, principalmente por não poder controlar as situações e pelas possíveis intercorrências (ANTUNES et al, 2014). Muitas vezes, os pais sentem-se ansiosos sobre o parto, sendo importante o diálogo com os profissionais de saúde em um espaço que garanta escuta ativa e segurança (INSTITUTO PROMUNDO, 2014).

O homem tende a manter-se calmo, transmitindo sua confiança, essa atitude mostra valorização do homem para com esse momento e seu papel ativo no nascimento do filho. O simples ato de oferecer ajuda e tomar iniciativas para ajudar acaba fortalecendo a tríade mãe-pai-bebê. Nesse momento, o homem deixa de ser o espectador e assume o papel de integrante ativo (ANTUNES et al, 2014).

Apesar de algumas mulheres enfatizarem o medo do parceiro envolvendo o parto, é importante ressaltar que ao final, foram apoiadas em suas decisões sobre a via de parto. Os relatos mostraram que ao conhecer mais sobre o parto normal, o homem se tornou mais presente.

[...] a gente fez umas reuniões com meu marido [...] foram assim, imprescindíveis pra ele me apoiar, ele entender qual o processo, o que acontece, como é que é, [...], como é que a rede dos hospitais [...] funcionam, como que eles são cesaristas, como que eles não têm interesse no parto normal. Então ele abraçou a ideia comigo [...]. (Vega)

Ao se deparar com o desconhecido, o ser humano acaba criando uma barreira de proteção, com a escolha da via de parto não é diferente. Ao conhecer mais o assunto, essa barreira começa a dissipar, aparecendo duas grandes vertentes, podendo manter-se mais afastado ou incluso no processo. Uma atenção mais cuidadosa é gerada quando o homem se inclui ativamente nas decisões e passa a acompanhar de perto esse momento, replicando esse cuidado para a mãe e bebê (ROMAGNOLO, 2017).

Ademais, é fundamental que a escolha do tipo de parto seja feita pela mulher em conjunto com pessoas que confie, incluindo familiares, parceiro/a, e profissionais de saúde, e que seja respeitada pelo hospital, maternidade ou casa de parto. A presença do pai da criança na decisão auxilia mulheres a sentirem-se apoiadas (INSTITUTO PROMUNDO, 2014).

Categoria 03: Participação da família na decisão da via de parto

Essa categoria teve por objetivo apresentar quem foram os familiares considerados significativos pelas participantes, e discutir de que modo estes atores participaram na tomada de decisão das mulheres pela via de parto.

As depoentes relatam desconforto com a presença do familiar durante o trabalho de parto, principalmente por medo de o familiar fazê-las desistirem do parto normal, na maior parte das situações, devido a experiências ruins vividas anteriormente.

Meu pai: “Você comeu cocô? Você é maluca, você é tão estudada”.
Naquele dia chorei [...] ele acabou comigo: [...] “Você vai desistir disso, ainda vou rezar pra você desistir disso. (Sirius)

Minha mãe até fala assim: “você é doída de querer parto normal, dói muito”. (Aldebaran)

O familiar é participante importante na vida da mulher que vai parir, pelo vínculo afetivo da convivência, e o grau de intimidade ser maior. A mulher busca apoio na família, principalmente na figura materna, por tê-la inconscientemente como exemplo maternal. Porém, em alguns momentos a presença familiar pode deixar de ser significativa quando o mesmo não apoia as escolhas da mulher que vai parir, essa oposição está relacionada a experiência passadas negativas e, pelo sentimento de proteção gerada no decorrer dos anos. Deste modo, a falta de apoio familiar pode desencadear complicação que irão repercutir não somente no desfecho do parto, mas também no puerpério e na amamentação (ROMAGNOLO, 2017).

Por outro lado, apesar de sentirem medo do parto normal, de certa forma, o familiar tenta dar apoio emocional a parturiente, quando a mesma não desiste da via de parto vaginal, sabendo que é o que ela precisa no momento para conseguir ter

êxito na sua escolha.

[...] a minha mãe falou assim: - "minha filha, eu acho que com você pode ser diferente. Faz aquilo que você tem vontade de fazer". Quando eu falei com meu pai ele falou: - "O que você escolher vai dar certo". (Canopus)

O direito da mulher em ter um acompanhante é estabelecido oficialmente pela Lei 11.108 de 2005, que dá a mulher o direito à presença de acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério (BRASIL, 2017). A presença de alguém com laço afetivo no momento do parto está relacionado com um resultado satisfatório, visto que além do apoio oferecido a mulher, a adesão e implementação dos métodos não farmacológicos para alívio da dor ficam mais acessíveis (SILVA et al, 2018), ou seja, os mesmos benefícios quando conta-se com a presença do parceiro.

A família tem um papel importante como acompanhante no momento do parto, onde os sentimentos de solidão e dor vindos da mulher são minimizados pela presença de alguém próximo e de confiança. A mulher ao parir, desperta o medo ao pensar na possibilidade de não conseguir parir e isso desencadeia danos à saúde dela e do bebê. O apoio familiar traz segurança a esse momento, pois, a presença do mesmo tende a encorajar a mulher a manter suas decisões e apoiar caso o desfecho do parto seja outro (GOMES et al, 2019).

[...] eu não tinha apoio, [...], eu falei assim: "[...] eu preciso de alguém." O que eu senti falta naquele momento? Alguém que virasse e falasse assim: "Não, olha só, não se rende, procura outro médico". E eu não tinha ninguém, eu tava sozinha, (...). Eu não tive uma pessoa que comprasse comigo e eu cedi, e foi assim, horrível, uma pena. [...]. (Rigel)

Toda mulher deve receber apoio físico e emocional durante o trabalho de parto e parto, não só pela equipe, mas também por alguém que esteja inserido em seu meio social. O apoio vindo de um acompanhante de sua escolha (familiar, parceiro, amigo, doula), não exclui o apoio da equipe profissional, os dois devem manter um equilíbrio, para que a parturiente não fique ou se sinta sozinha. É importante salientar, que a mulher tem direito a escolha do acompanhante, mas também em não os ter por perto, quanto a equipe profissional, por curto período de tempo podem se ausentar se solicitado pela mulher (BRASIL, 2017).

4 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

As narrativas evidenciaram que as mulheres ao engravidar constroem várias expectativas sobre o trabalho de parto e parto e esperam que os desejos depositados sejam respeitados e apoiados por todos que estejam envolvidos nesse processo.

Constatamos que todas as mulheres desejavam o parto vaginal, acreditando ser a melhor escolha para si e para o bebê, e que o empoderamento e o apoio da família e do parceiro contribuem fortemente para a tomada de decisão sobre a escolha da via de parto. Entretanto, as expectativas das mulheres entram em diálogo ou confronto com os interesses corporativos que traduzem a ordem médica institucionalizada, fazendo com que os interesses, as expectativas e as escolhas sejam modificados em nome da racionalidade científica e do pragmatismo do mercado por meio da praticidade e do “menor risco”.

As expectativas criadas pelas mulheres são baseadas nos dados da realidade que, às vezes reproduzem uma gravidez ideal, mas muitas vezes, se mostra hostil e desigual, fazendo com que o empoderamento ainda seja um objetivo a ser alcançado. Embora seja um processo feminino biológico e natural, a gravidez e o parto fazem parte da cultura, sendo peças fundamentais para a reprodução e manutenção da sociedade, traduzindo as relações sociais hegemônicas com seus aparelhos ideológicos, lógicas mercadológicas, interesses institucionais e corporativos que representam uma racionalidade médica que muitas vezes ignora as expectativas e as escolhas das mulheres.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, JT. et al. **Presença paterna na sala de parto: expectativas, sentimentos e significados durante o nascimento.** Revista de Enfermagem da UFSM, Rio Grande do Sul, v. 4, n.3, p. 536-545, 2014. Disponível em: < <https://doi.org/10.5902/2179769212515>>. Acesso em: 02 jun. 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (BR). **Nascer no Brasil: pesquisa revela número excessivo de cesarianas,** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo--de-cesarianas-no-pais>. Acesso em: 01 jun 2020

INSTITUTO PROMUNDO. Programa P: **manual para o exercício da paternidade e do cuidado**/Instituto Promundo; Cultura Salud/EME; REDMAS; Instituto Noos. - Rio de Janeiro: Instituto Promundo, 2014.

JARDIM, Mara Julyete Arraes; SILVA, Andressa Arraes; FONSECA, Lena Maria Barros. **Contribuições do Enfermeiro no Pré-Natal para a Conquista do Empoderamento da Gestante,** Rev Fund Care Online, São Luis – MA, v. 11, n. e:432-440, 2019. Disponível em: < <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-969671>>. Acesso em: Acesso em: 01 jun. 2020.

KOTTWITZ, Fernanda; GOUVEIA, Helga Geremias; GONÇALVES, Annelise de Carvalho. **Via de parto preferida por puérperas e suas motivações**, Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0013>>. Acesso em: 01 jun. 2020.

MATOS, M G de. et al. **Construindo o Vínculo Pai-Bebê: A Experiência dos Pais**, Revista Psico-USF, Bragança Paulista, v. 22, n. 2, p. 261-271, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-82712017220206>>. Acesso em: 01 jun. 2020.

MCCALMAN, Janya; et al. **Empowering families by engaging and relating Murri way: a grounded theory study of the implementation of the Cape York Baby Basket program**. BMC Pregnancy and Childbirth, v. 15, n. 119, p. 1-13, 2015. Disponível em: <<https://10.1186/s12884-015-0543-y>> Acesso em: 28 Jun. 2019.

QUITETE, Jane Baptista; MONTEIRO, Jéssika Andrade de Melo Braga. **A participação do pai no parto domiciliar planejado: um ato significativo para a mulher**. Revista de Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, vol. 26, 2018. Disponível em:< <https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.18682>>. Acesso em: 01 jun 2020

REIS, Thamiza Laureany da Rosa dos. et al. Women's autonomy in the process of labour and childbirth: integrative literature review. Revista Gaúcha de Enfermagem, Rio Grande do Sul, v. 38, n.1, 2017. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>>. Acesso em: 01 jun 2020

ROMAGNOLO, NA. et al. **A família como fator de risco e de proteção na gestação, parto e pós-parto**. Semina: Ciências Sociais e Humanas. Londrina, v. 38, n. 2, p. 133-146, 2017. Disponível em: < <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/31412/23036>>. Acesso em: 28 Jun. 2019.

SILVA, Rafaela Camila Freitas da; et al. Satisfação no parto normal: encontro consigo. Revista Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, v. 39, 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170218>>. Acesso em: 01 jun. 2020.

SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula; GUALDA, Dulce Maria Rosa Gualda. **A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública**. Texto Contexto Enfermagem, Paraná, v. 25, n.1, 2016. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100309&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: Acesso em: 01 jun. 2020.

TOSTES, Natalia Almeida Tostes; SEIDL, Eliane Maria Fleury. **Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto**. Temas de psicologia, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, 2016. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000200015>. Acesso em: 01 jun 2020

ZONARDO, Gabriela Lemos de Pinho; et al. **Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa**. Psicologia & Sociedade, Porto Alegre, v. 29, e155043, 2017. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2020.

ZORZAM, Bianca. **Direito das mulheres no parto: conversando com profissionais da saúde e do direito** / Bianca Zorzam, Priscila Cavalcanti. -- 1. ed. -- São Paulo : Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, 2016.

CAPÍTULO 16

O DIABETES MELLITUS COMO FATOR DE RISCO NA GESTAÇÃO

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 11/08/2020

Hidário Lima da Silva

Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão (IESMA/Uniculma)
Imperatriz/MA
<http://lattes.cnpq.br/7392929502136604>

Alana da Silva Baiano

Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão (IESMA/Uniculma)
Imperatriz/MA
<http://lattes.cnpq.br/2280252206564277>

Ana Caroline Mendes Costa

Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão (IESMA/Uniculma)
Imperatriz/MA
<http://lattes.cnpq.br/8046340943708044>

Jocivânia Pereira da Silva

Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão (IESMA/Uniculma)
Imperatriz/MA
<http://lattes.cnpq.br/9124129219319078>

Kelianny Sousa dos Santos

Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão (IESMA/Uniculma)
Imperatriz/MA
<http://lattes.cnpq.br/4421891413751583>

Luana da Silva Costa

Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão (IESMA/Uniculma)
Imperatriz/MA
<http://lattes.cnpq.br/9198055783323263>

Erliene Feitosa de Oliveira Cavalcante

Instituto de Ensino Superior do Sul do Maranhão (IESMA/Uniculma)
Imperatriz/MA
<http://lattes.cnpq.br/0940566571459900>

RESUMO: O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença de origem metabólica, caracterizada pela elevação dos níveis glicêmicos, resultante de defeito na produção e/ou na ação do hormônio insulina. Quanto ao período gravídico, a hiperglicemia e/ou a intolerância à glicose, com início ou primeiro reconhecimento ao decorrer da gestação é definido como Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). O DM durante o ciclo gravídico-puerperal constitui um relevante problema de saúde pública, dado pelo risco de desfechos perinatais e pelo desenvolvimento de doenças futuras, bem como pelo aumento da incidência e prevalência da patologia. O presente estudo buscou abordar o diabetes mellitus como um fator contribuinte para complicações gestacionais e estabelecer um plano de cuidados para uma gestante portadora de DM do tipo 1, a partir da aplicação do Processo de Enfermagem, dando ênfase nas orientações de enfermagem. Trata-se de um relato de caso, realizado com uma gestante internada em uma enfermaria de uma unidade de saúde de referência à mulher no período gravídico-puerperal na cidade de Imperatriz, Maranhão. Paciente do sexo feminino, com iniciais do nome ASF, 42 anos, casada, de cor parda, da religião católica, procedente da cidade de Montes Altos/MA, residente em Imperatriz/MA, gestante, primigesta, sem histórico de

abortos, idade gestacional em 37 semanas e 5 dias, não tabagista e não etilista, em 7º dia de internação. A mesma é sabidamente portadora de DM do tipo 1 desde a infância. O plano de cuidados foi estabelecido a partir da anamnese e do exame físico de enfermagem, levando em consideração as individualidades da paciente e para suporte teórico foi utilizado a literatura Diagnósticos de Enfermagem (DE) da NANDA, datada na sua última edição (2018-2020). O Processo de Enfermagem contribui como um importante instrumento na assistência de enfermagem, sobretudo no tocante à sua característica de assistir o indivíduo em sua totalidade.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes. Gestação. Processo de Enfermagem.

DIABETES MELLITUS AS A RISK FACTOR DURING PREGNANCY

ABSTRACT: Diabetes Mellitus (DM) is a metabolic originated disease, which is characterized by elevated glycemic levels, resulting from a defect in the production and / or in the action of the hormone insulin. As for the pregnancy period, hyperglycemia and / or glucose intolerance, with onset or first recognition during pregnancy is defined as Gestational Diabetes Mellitus (DMG). DM during the pregnancy-post partum cycle constitutes a relevant public health problem, given the risk of perinatal outcomes and future diseases' development, as well as the pathology's increased incidence and prevalence. The present study sought to address Diabetes Mellitus as a contributing factor to pregnancy complications and to establish a care plan for a pregnant woman with type 1 DM, based on the application of the Nursing Process, with emphasis on nursing guidelines. This is a case report, carried out with a pregnant woman hospitalized in a ward of a health unit which is reference to women during the pregnancy-post partum period in the city of Imperatriz, Maranhão. Female patient, with initials ASF, 42 years old, married, skin color brown, catholic, from the city of Montes Altos / MA, lives in Imperatriz / MA, pregnant woman, first pregnancy, no history of abortions, gestational age in 37 weeks and 5 days, non-smoker and non-alcoholic, on the 7th day of hospitalization. She is known to have type 1 DM since childhood. The care plan was established based on the anamnesis and nursing's physical examination, using as reference the patient's individualities and for theoretical support, the NANDA Nursing Diagnostics (DE) literature, dated in its last edition (2018-2020). The Nursing Process contributes as an important instrument in nursing care, especially with regard to its characteristic of assisting the individual as a whole.

KEYWORDS: Diabetes. Pregnancy. Nursing Process.

1 | INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença de origem metabólica, caracterizada pela elevação dos níveis glicêmicos, resultante de defeito na produção e/ou na ação do hormônio insulina. A DM faz parte de um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Além disso, essa disfunção de insulina pode desencadear

processos patogênicos específicos, como a destruição das células beta produzidas no pâncreas, a resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, dentre outros (BRASIL, 2006).

Quanto ao período gravídico, a hiperglicemia e/ou a intolerância à glicose, com início ou primeiro reconhecimento ao decorrer da gestação é definido como Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). Esta definição se aplica independentemente do uso de insulina ou se a condição persiste após o parto e não exclui a possibilidade de a intolerância à glicose ter antecedido a gravidez (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, a mulher gestante e portadora de DM não compensada durante o período gestacional tende a apresentar maiores complicações no curso do desenvolvimento embrionário e/ou fetal. A rotura prematura de membranas, o parto antecedente a 37 semanas de gestação, apresentação pélvica, feto macrossômico e o risco elevado para pré-eclâmpsia são condições que podem estar relacionadas ao quadro descompensado de hiperglicemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2008).

Cabe ressaltar que, as alterações no metabolismo materno são dadas pela necessidade do organismo de se adaptar às demandas no feto. A resistência à insulina é mais frequente a partir da segunda metade da gestação, visto que é a fase em que ocorrem maiores adaptações fisiológicas, na medida em que, os hormônios placentários antiinsulínicos trabalham para manter o suprimento dos níveis de glicose em condições adequadas para o feto (BEZERRA; CARLOTTO, 2019).

Além das alterações maternas, a DM pode aumentar o risco para desenvolvimento de Síndrome de Angústia Respiratória, cardiomiopatias, icterícia, hipoglicemia, hipocalcemia, anormalidades a nível neurológico, hipomagnesemia e policitemia com hiperviscosidade sanguínea (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2008).

O estudo é relevante por abordar o DM durante o ciclo gravídico-puerperal, que segundo o Ministério da Saúde (2017) constitui um relevante problema de saúde pública, dado pelo risco de desfechos perinatais e pelo desenvolvimento de doenças futuras, bem como pelo aumento da incidência e prevalência da patologia.

Partindo do exposto, o presente estudo buscou abordar o diabetes mellitus como um fator contribuinte para complicações gestacionais e estabelecer um plano de cuidados para uma gestante portadora de DM do tipo 1, a partir da aplicação do Processo de Enfermagem, dando ênfase nas orientações de enfermagem.

2 I O DIABETES MELLITUS COMO FATOR DE RISCO NA GESTAÇÃO

O período gravídico é caracterizado como um estado de resistência ao hormônio insulina. Essa resistência é fruto de intensas mudanças nos mecanismos

de controle da quantidade de glicemia disposta em função do consumo pelo embrião e/ou feto. Essas adaptações no mecanismo da insulina podem favorecer o desenvolvimento de alterações glicêmicas significantes e a ocorrência de diabetes gestacional (BRASIL, 2017).

De acordo com Brasil (2017), a insulina, bem como hormônios produzidos pela placenta, pode sofrer alteração em virtude do quadro gestacional. O lactogênio placentário, cortisol e a prolactina podem repercutir na redução da atuação da insulina em seus receptores e, conseqüentemente, provocar um aumento de insulina em mulheres gestantes saudáveis. Tal mecanismo, todavia, pode ser camuflado em gestantes que já estejam com capacidade de produção de insulina no limite, sendo que estas tendem a desenvolver diabetes durante o período gestacional.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2017), aproximadamente 415 milhões de adultos possuem diabetes mellitus em todo o mundo e 318 milhões de adultos possuem intolerância à glicose, com risco elevado de desenvolver a doença no futuro. Quanto ao público feminino, o principal fator de risco para o desenvolvimento do diabetes do tipo 2 e de síndrome metabólica é o antecedente obstétrico de diabetes mellitus gestacional.

Os dados a nível de Brasil evidenciam que o país é o quarto com as maiores taxas de DM na população adulta, apresentando maior taxa entre a faixa etária de 20 a 79 anos. Esse dado reflete em um gasto anual estimado de pelos menos US\$ 21,8 bilhões. Cabe ressaltar que, os dados específicos do diabetes e/ou hiperglicemia na gestação não se constituem como um dado sólido, portanto são conflitantes, embora exista uma estimativa que a prevalência no Sistema Único de Saúde seja de aproximadamente 18% (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

Na gestação, o DM está associado ao risco elevado de complicações e agravos fetais, neonatais, sobretudo a longo prazo. Isso, em virtude do mau controle glicêmico materno, passivelmente às sequelas fetais e neonatais, além de quadros de hipoglicemia precoce do feto. Ademais, no curso da gravidez condições de saúde assintomáticas e com morbimortalidade significativamente maior podem ser desenvolvidas (AMARAL et al, 2012).

Considerando o período gravídico-puerperal, é possível a ocorrência de hiperglicemia tanto em mulheres já sabidamente diagnosticadas como portadoras de DM previamente à gestação, bem como em gestantes sem diagnóstico prévio. Entretanto, cabe ressaltar que, gestantes com fatores de risco pré-existentes se enquadram em um grupo de maior risco para o desenvolvimento de DMG.

2.1 Fatores de Risco

O DM representa um conjunto de distúrbios metabólicos caracterizados por hiperglicemia conseqüente à deficiência insulínica. Essa deficiência pode

ser decorrente da produção pancreática reduzida, de inadequada liberação e/ou da resistência periférica ao hormônio (BRASIL, 2017). Vale ressaltar que, as diferentes condições de hiperglicemia e as características clínicas de cada gestante possibilitam o rastreamento, o diagnóstico e a diferenciação do diabetes. Diferenciação do diabetes segundo a Organização Pan-Americana da Saúde em 2017:

Diabetes Mellitus Gestacional (DMG): mulher com hiperglicemia detectada pela primeira vez durante a gravidez, com níveis glicêmicos sanguíneos que não atingem os critérios diagnósticos para DM.

Diabetes Mellitus diagnosticado na gestação: mulher sem diagnóstico prévio de DM, com hiperglicemia detectada na gravidez e com níveis glicêmicos sanguíneos que atingem os critérios da Organização Mundial de Saúde para a DM na ausência de gestação.

Idade (aumento progressivo do risco com o aumentar da idade);
Sobrepeso/obesidade (IMC \geq 25Kg/m²);
Antecedentes familiares de DM (primeiro grau);

Antecedentes pessoais de alterações metabólicas:

- Síndrome dos ovários policísticos
- Hipertrigliceridemia
- Hipertensão arterial sistêmica
- Doença cardiovascular aterosclerótica
- Uso de medicamentos hiperglicemiantes

Antecedentes obstétricos:

- Duas ou mais perdas gestacionais prévias
- Diabetes Mellitus gestacional
- Polidrâmnio
- Macrossomia (recém-nascido anterior com peso \geq 4000g)
- Óbito fetal/neonatal sem causa determinada
- Malformação fetal

Quadro 1: Fatores de risco para hiperglicemia na gestação:

Fonte: Ministério da Saúde (2017).

3 | METODOLOGIA

Este trabalho é um relato de caso, realizado com uma gestante internada em uma enfermaria de uma unidade de saúde de referência à mulher no período gravídico-puerperal, localizada na cidade de Imperatriz, Maranhão, Brasil. A mesma é portadora de diabetes mellitus do tipo 1, previamente diagnosticada.

Este estudo foi conduzido a partir da aplicação do Processo de Enfermagem frente ao quadro de DM de uma gestante durante uma aula de campo da disciplina curricular de Saúde da Mulher II pelos acadêmicos do curso de enfermagem. O mesmo foi realizado no mês de março de 2019.

Para apreensão de dados foi utilizado a técnica da entrevista semiestruturada com perguntas abertas e fechadas, na qual foi realizada à beira leito da paciente.

As necessidades encontradas foram catalogadas e dispostas por eixos temáticos, tendo como base a literatura Diagnósticos de Enfermagem, NANDA, para elaboração do plano de cuidados.

Este estudo foi autorizado pela participante por meio da sua anuência em declarar participação e pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme os preceitos éticos descritos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

4 I DESCRIÇÃO DO RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, com iniciais do nome ASF, 42 anos, casada, de cor parda, da religião católica, procedente da cidade de Montes Altos/MA, residente em Imperatriz/MA, gestante, primigesta, sem histórico de abortos, idade gestacional em 37 semanas e 5 dias, não tabagista e não etilista, em 7º dia de internação em leito de enfermaria de uma unidade de saúde de referência à saúde da mulher na cidade de Imperatriz/MA.

ASF tinha como queixa principal lombalgia e dor em baixo ventre há mais ou menos 3 (três) dias, sem perdas vaginais.

Aos antecedentes familiares, a mesma possui histórico de diabetes e hipertensão por parte dos avós maternos. Referiu ser portadora de DM do tipo 1 desde a infância e que na gestação foi diagnosticada com polidrâmnio. Faz uso regular de insulina.

Ectoscopia: descansava sob leito, consciente, orientada, cooperativa, calma. Peles e mucosas normocoradas, com higiene preservada. Sono preservado, referiu dormir em média 7 (sete) horas diárias. Alimentação variada, restritiva e balanceada de acordo com as limitações da ingesta de açúcar.

Ao exame físico: cabeça e pescoço: sem achados anormais; tórax: longilíneo, AP com murmúrios vesiculares presentes, AC com BNF2T, mamas simétricas e ingurgitadas sem rachaduras; abdome: gravídico, RHA presentes; MMSS e MMII: edemaciados, sinal de Godet +++/+4; marcha: anserina. Aos sinais vitais: normotensa (100x70mmHg), normocardica (85bpm), eupneica em ar ambiente (18irpm), SpO² (97%), normosfigmia (67bpm), normotérmica (36.5°), glicemia capilar (190mg/dl); batimentos cardíacos fetais presentes e regulares (145bpm); manobra de Leopold: fundo uterino em 39 centímetros, longitudinal, cefálico, esquerdo (OEA); diurese presente; evacuações presentes.

5 | PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O plano de cuidados em Enfermagem é desenvolvido pelo profissional enfermeiro e possibilita a organização do trabalho de enfermagem, além de ser uma importante ferramenta para trabalhar às necessidades do indivíduo e/ou coletividade no que tange às necessidades humanas básicas, seja à alimentação, à segurança, à moradia, à saúde e aos sentimentos. A implementação do plano de cuidados, com apoio de um referencial teórico possibilita o desenvolvimento da prática de enfermagem com vistas no alcance dos resultados que se espera (NETO et al., 2016).

5.2 Processo de Enfermagem (PE)

O plano de cuidados foi estabelecido a partir da anamnese e do exame físico de enfermagem, levando em consideração as individualidades da paciente e para suporte teórico foi utilizado a literatura Diagnósticos de Enfermagem (DE) da NANDA, datada na sua última edição (2018-2020).

Os DE foram estabelecidos levando em consideração a sua aplicação em um plano de cuidados baseados em um suporte teórico das seguintes teorias de enfermagem: Teoria do autocuidado, de Dorothea Orem; e pela Teoria da adaptação, de Callista Roy.

| Diagnóstico de Enfermagem | Intervenções de Enfermagem | Resultados Esperados |
|---|---|---|
| Ansiedade relacionada ao problema de saúde, ao ambiente hospitalar, evidenciada por apreensão ao momento do parto. | Oportunizar a paciente a expor seus sentimentos, tais como, emoções, raiva, dor, medo; Manter contato frequente e proporcionar calma e relaxamento; Desenvolver ações que promovam a diminuição da ansiedade. | Melhora na visão de parto construída pela paciente; Melhor aceitação da paciente quanto ao momento em que está vivenciando, segurança. |
| Risco de glicemia instável relacionada ao diabetes mellitus. | Fazer monitoramento dos níveis glicêmicos; Instigar a paciente a aderir de forma eficaz uma dieta baseada na sua condição clínica; Orientar sobre os cuidados com a alimentação e a doença. | Melhora dos níveis glicêmicos aos padrões; Melhor aceitação da dieta oferecida; Melhora no entendimento da doença pela paciente |
| Deambulação prejudicada devido ao peso (força), evidenciado por dificuldade de se locomover e expressão de marcha anserina. | Orientar o familiar a ajudar o paciente a realizar as atividades de vida diária; Estimular a paciente a não ficar restrita ao leito; Instigar a paciente a mudar de decúbito. | Minimizar o risco para retenção de líquidos e agravamento de edemas; Evitar trombose; Possibilitar o gasto/ equilíbrio de glicose. |

| | | |
|---|--|---|
| Déficit do autocuidado para atividades de vida diária relacionadas a dificuldade de locomoção caracterizado por alterações na marcha. | Estimular a deambulação e a prática de exercícios de apoio a musculatura; Instigar o autocuidado por meio de tarefas básicas possíveis de serem realizadas. | Maximização das estratégias de autocuidado. |
|---|--|---|

Tabela 1: Diagnósticos de Enfermagem – Processo de Enfermagem:

Fonte: elaboração do autor (2019).

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O DM é um importante problema de saúde pública que possui uma alta prevalência, além de estar associado a complicações maternas e fetais. Os desafios relacionados às mulheres portadoras de diabetes no período gravídico incluem o conhecimento dos riscos maternos e fetais diante da doença (MOURA, 2012).

Partindo do aspecto preventivo, o acompanhamento profissional e adequado durante o pré-natal até o momento da parturição é essencial.

Ademais, manter os níveis glicêmicos estáveis durante a gestação favorece a redução de complicações e gravidades que podem ser evitáveis ainda no pré-natal. Vale enfatizar que, o rastreio por exames de imagem para monitorar o crescimento e bem-estar fetais, decisão sobre o momento e via de parto, controle glicêmico no pré e pós-parto são condutas essenciais no tocante à prevenção de possíveis complicações. A instrução e a promoção do autocuidado por meio de orientações no ciclo gravídico-puerperal por parte das equipes multiprofissionais de saúde também é um importante fator preventivo de complicações e sequelas neonatais (TEXEIRA, 2010).

Vale destacar que, o Processo de Enfermagem contribui como um importante instrumento na assistência de enfermagem, sobretudo no tocante à sua característica de assistir o indivíduo em sua totalidade.

REFERÊNCIAS

AMARAL et al., **Complicações neonatais do diabetes mellitus gestacional – DMG.** Disponível em: rmmg.org/exportar-pdf/680/v22s5a11.pdf. Acesso em 31 de maio de 2019.

BEZERRA, J, S; CARLOTTO, M, S. **Diabetes mellitus gestacional: dos fatores de risco à terapia - revisão qualitativa.** 2019. Disponível em: <https://facsao paulo.edu.br/wp-content/uploads/sites/16/2019/07/DIABETES-MELLITUS-GESTACIONAL-DOS-FATORES-DE-RISCO-%C3%80-TERAPIA-REVIS%C3%83O-QUALITATIVA.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 16.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF. Acesso em 31 de maio de 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Rastreamento e Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil**, 2017. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional-relatorio.pdf>. Acesso em 30 de maio de 2019.

BRASIL. **Diabetes mellitus gestacional - enfoque nos novos critérios diagnósticos, 2017**. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/diabetes_mellitus_gestacional.pdf. Acesso em 30 de maio de 2019.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 NANDA International; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros, et al. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed.

MOURA et al., **Conhecimento de mulheres com diabetes mellitus sobre cuidados pré-concepcionais e riscos materno-fetais**, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000100003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 30 de maio de 2019.

NETO et al., **Proposta de plano de cuidados de enfermagem para pessoas internadas com Aids**, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03204.pdf. Acesso em 30 de maio de 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Diabetes Mellitus Gestacional**, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n6/v54n6a06.pdf>. Acesso em 30 de maio de 2019.

TEIXEIRA et al., **Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher**, 2010. Disponível em: <https://revistas.unibh.br/dcbas/article/view/166>. Acesso em 30 de maio de 2019.

CAPÍTULO 17

O TRABALHO DO ENFERMEIRO NA EQUIPE DE RETIRADA DE MÚLTIPLOS ÓRGÃOS PARA TRANSPLANTES

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 20/07/2020

Luciana Nabinger Menna Barreto

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-8166-9480>

Fabiane de Avila Marek

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre - Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-2585-3734>

Juliana Teixeira da Silveira

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre - Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-9714-8487>

Neise Schöninger

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre - Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-9328-9936>

Alexsandra Relem Pereira

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre - Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-7143-7918>

Jaqueline Wilsmann

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-3406-098X>

Cecília Helena Glanzner

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – Rio Grande do Sul
<https://orcid.org/0000-0002-2553-8582>

RESUMO: **Introdução:** O Brasil possui o maior programa público de transplantes do mundo, mas mesmo assim a desproporção entre a necessidade e a oferta de órgãos é um grave problema de saúde pública. Um mesmo doador falecido pode ser doador de vários órgãos e tecidos. Assim, várias pessoas podem ser beneficiadas com os órgãos de um mesmo doador. Uma equipe multidisciplinar é envolvida no processo de doação/transplantes. O trabalho do enfermeiro na captação de órgãos é considerado fundamental e está relacionado com a redução de eventos adversos que tenham impacto na qualidade dos órgãos e conseqüentemente no resultado do transplante. **Objetivo:** Relatar as principais atividades no trabalho dos enfermeiros da Equipe de Coordenação de Retirada de Múltiplos Órgãos (RMO) de um hospital universitário do sul do Brasil. **Método:** Estudo descritivo do tipo relato de experiência resultante da experiência clínica de enfermeiros. **Resultados:** As atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na Equipe de Coordenação de RMO são de suma importância para efetivação e resultados do transplante. Suas atribuições estão vinculadas a captação dos órgãos, com verificação da identificação formal e documentação legal do doador, organização de mesa cirúrgica auxiliar com os potes de acondicionamento e bacia com gelo estéril quebrado, coleta de exames, identificação de materiais biológicos, montagem e auxílio na perfusão, acondicionamento e transporte do órgão, preenchimento de documentações, além de comunicação efetiva com equipe do hospital transplantador, entre outras. **Conclusão:** A

Equipe de Coordenação de RMO da instituição do estudo implementa estratégias destinadas a promover a melhoria do processo de doação/transplante possibilitando uma melhor comunicação e prevenindo eventos adversos auxiliando na melhor viabilidade dos órgãos e consequentemente na promoção de qualidade de vida de pacientes transplantados. As atividades desempenhadas pelo enfermeiro viabilizam maior controle, agilidade e segurança no processo doação-transplante.

PALAVRAS-CHAVE: Obtenção de Tecidos e Órgãos; Transplantes de Órgãos; Enfermagem.

THE NURSE'S WORK IN THE MULTIPLE ORGAN REMOVAL TEAM FOR TRANSPLANTS

ABSTRACT: Introduction: Brazil has the largest public transplant program in the world, but even so the disproportion between the need and the supply of organs is a serious public health problem. The same deceased donor can be a donor of several organs and tissues. Thus, several people can benefit from the organs of the same donor. A multidisciplinary team is involved in the donation / transplantation process. The nurse's work in organ procurement is considered fundamental and is related to the reduction of adverse events that have an impact on the quality of the organs and, consequently, on the transplant result. **Objective:** To report the main activities in the work of nurses of the Coordination Team for the Removal of Multiple Organs (RMO) of a university hospital in southern Brazil. **Method:** Descriptive study of the experience report type resulting from the clinical experience of nurses. **Results:** The activities carried out by the nurse in the RMO Coordination Team are extremely important for the effectiveness and results of the transplant. Its duties are linked to organ procurement, with verification of the donor's formal identification and legal documentation, organization of an auxiliary surgery table with the packaging pots and basin with broken sterile ice, collection of exams, identification of biological materials, assembly and aid in perfusion, packing and transport of the organ, filling in documentation, in addition to effective communication with the transplant hospital team, among others activities. **Conclusion:** The RMO Coordination Team of the study institution implements strategies aimed at promoting the improvement of the donation / transplantation process, enabling better communication and preventing adverse events, helping in better organ viability and, consequently, in promoting the quality of life of transplant patients. The activities performed by the nurse enable greater control, agility and safety in the donation-transplant process.

KEYWORDS: Tissue and Organ Procurement; Organ Transplantation; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O Brasil possui o maior programa público de transplantes de órgãos do mundo (VIEIRA; VIEIRA; NOGUEIRA, 2016), mas mesmo assim a desproporção entre a necessidade e a oferta de órgãos é um grave problema de saúde pública (WESTPHAL *et al.*, 2011). Nacionalmente, em 2019, aguardavam em lista de espera

por um órgão 37.946 pessoas e 11.399 potenciais doadores falecidos com morte encefálica foram notificados; porém, apenas 3.768 tornaram-se doadores efetivos (ABTO, 2019).

Um mesmo doador falecido pode ser doador de vários órgãos e tecidos para transplantes: coração, pulmões, fígado, pâncreas, intestino, rins, córneas, vasos, pele, ossos e tendões. Assim, várias pessoas podem ser beneficiadas com os órgãos de um mesmo doador. Através de um sistema único e informatizado os dados do doador são cruzados com os dos possíveis receptores que aguardam em lista de espera para um órgão para que o candidato ideal, conforme urgência e tempo de espera, seja encontrado. No procedimento cirúrgico de Retirada de Múltiplos Órgãos (RMO), os órgãos que duram menos tempo fora do corpo são retirados antes, como coração e pulmões. Destaca-se que os profissionais envolvidos no processo de doação de órgãos trabalham em contagem regressiva para não ultrapassar o tempo limite para a retirada dos órgãos e também para a preservação dos mesmos durante o transporte (BRASIL, 2017b). Por isso, antes mesmo da cirurgia de RMO do doador, é necessário preparo logístico de diferentes equipes para não ultrapassar o tempo de isquemia possível para cada órgão a ser transplantado.

Uma equipe multidisciplinar é envolvida no processo de doação de órgãos. O enfermeiro faz parte desta equipe em diversas etapas. O trabalho do enfermeiro no processo de doação e captação de órgãos é considerado fundamental e está relacionado com a redução de eventos adversos que tenham impacto na qualidade dos órgãos e, conseqüentemente, no resultado do transplante (SANTOS *et al.*, 2019; VIOLIN; HAYAKAWA, 2017).

Diante do exposto surgiu o questionamento: “Quais as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na Equipe de RMO para transplantes?” A fim de responder a este questionamento, o objetivo deste estudo é relatar as principais atividades no trabalho dos enfermeiros da Equipe de Coordenação de RMO de um hospital universitário do sul do Brasil.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência resultante da experiência clínica de enfermeiros de uma Equipe de Coordenação de RMO de um hospital universitário do sul do Brasil. Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado: Doação de Órgãos Para Transplantes: estudo de método misto. Este projeto é cadastrado na Plataforma Brasil (CAAE nº 31641020.6.0000.5327) e aprovado pelo comitê de ética da instituição.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A instituição do estudo realiza transplantes de coração, pulmão, fígado e rins. Para a efetivação de um transplante de órgãos, a atuação de diferentes equipes é necessária, dentre elas a Equipe de Coordenação de RMO. Essa equipe iniciou suas atividades em 2001 com a finalidade de auxiliar no processo de doação/transplante de órgãos, aperfeiçoando e padronizando o procedimento de captação de órgãos. A equipe é composta por seis enfermeiros que cumprem escalas de sobreaviso e um coordenador da equipe, professor da universidade. O trabalho é desempenhado em conjunto com o Sistema Estadual de Transplantes, a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos, Transplantes e Tecidos e a equipe médica transplantadora da instituição.

A equipe acompanha captações de coração, pulmão e fígado ofertados para pacientes do hospital realizadas em todo o território do Rio Grande do Sul, além de outros estados. Os rins são transplantados pela instituição, mas não são captados pela mesma. A oferta dos rins ocorre após o procedimento de RMO, no qual são coletadas amostras biológicas para testes de compatibilidade do doador com a lista de possíveis receptores. Os demais órgãos são ofertados antes da captação porque dependem, entre outros fatores, de compatibilidade ABO que pode ser coletada antes da RMO (BRASIL, 2009b).

Em 2019 a referida equipe participou de 61 procedimentos de RMO, sendo 14 na própria instituição (interna), 15 em outros hospitais da capital, 25 no interior e sete em outro estado. Em relação aos órgãos captados o total foi de 65 (**Quadro 1**). Destaca-se que em um procedimento de RMO mais de um órgão pode ser retirado e pode ser ofertado para a mesma equipe.

| Órgão | Captação Interna | Captação Externa | Total |
|---------|------------------|------------------|-------|
| Coração | 1 | 9 | 10 |
| Pulmão | 2 | 10 | 12 |
| Fígado | 8 | 35 | 43 |

Quadro 1: Órgãos captados pela Equipe de RMO em 2019.

Quando um órgão de doador falecido é ofertado para a instituição, a Central de Transplantes entra em contato telefônico com o médico da equipe transplantadora. Se o órgão é aceito, o médico comunica o enfermeiro do bloco cirúrgico (BC) sobre o transplante e este comunica o enfermeiro de sobreaviso da Equipe de RMO sobre a captação do órgão. Após as devidas comunicações realizadas, o enfermeiro da equipe de RMO entra em contato com a Central de Transplantes e solicita a logística

do procedimento. Essa Central informa a cidade, hospital de captação, horário de saída e tipo de deslocamento. O deslocamento pode ser de carro da secretária estadual, táxi conveniado, avião fretado ou da Força Aérea Brasileira ou helicóptero. O deslocamento é definido pela Central de Transplantes e depende do órgão a ser captado e da distância a ser percorrida.

Os profissionais envolvidos no processo de captação de órgãos trabalham em contagem regressiva para não ultrapassar o tempo limite de cada órgão para o transplante. O tempo máximo de preservação extracorpórea para ossos é até cinco anos, córneas até sete dias, rins até 48 horas, fígado e pâncreas de 12 a 24 horas, coração e pulmões de quatro a seis horas (BRASIL, 2017b). Entretanto, a expertise na área de transplante e a literatura ressaltam que quanto menor o tempo de isquemia, melhor a viabilidade do órgão (HASEGAWA; VENANZI; SILVA, 2014).

O enfermeiro deve comparecer no almoxarifado do BC com antecedência mínima de 30 minutos antes do horário marcado para saída da equipe para conferir os materiais necessários conforme especificidade de cada órgão. Após a conferência, o enfermeiro desloca-se até o ponto de encontro marcado para o deslocamento até o hospital de captação com a caixa térmica de acondicionamento do órgão com gelo comum, soro fisiológico congelado e os líquidos de preservação específicos de cada órgão a ser captado, além de uma bolsa com materiais específicos do procedimento (antibióticos profiláticos, fios de sutura, cânulas, equipos de perfusão, sacos plásticos estéreis, clamps estéreis, dentre outros).

Ao chegar no BC onde ocorre a captação, quando o doador entra em sala, o enfermeiro imediatamente confere a identificação formal dele. Esta identificação é realizada verificando os dados encaminhados pela Central de Transplantes e a pulseira de identificação do paciente com nome completo e prontuário. Além disso, antes do início do procedimento, o enfermeiro confere a documentação legal para doação (termo de declaração de morte encefálica e termo de consentimento para doação). Nacionalmente, o diagnóstico de morte encefálica é determinado pela Resolução nº 2173 do Conselho Federal de Medicina (BRASIL, 2017a), sendo necessários:

- dois exames clínicos com intervalos entre os exames de no mínimo 24 horas para a faixa etária de sete dias até dois meses incompletos, 12 horas para a faixa etária de dois a 24 meses incompletos e uma hora a partir de 24 meses de idade, realizados por médicos diferentes e capacitados para a realização dos testes que confirmem coma não perceptivo e ausência de função do tronco encefálico;
- um teste de apneia realizado por um dos médicos responsáveis pelo exame clínico e deverá comprovar ausência de movimentos respiratórios na presença de hipercapnia;

- exame complementar de imagem que comprove ausência de atividade encefálica (angiografia cerebral, eletroencefalograma, doppler transcraniano ou cintilografia cerebral).

Ainda em relação à documentação legal para a doação, o enfermeiro também verifica o termo de consentimento assinado por familiares autorizando a doação. A retirada de órgãos após a morte somente poderá ser realizada com o consentimento livre e esclarecido da família do falecido, consignado de forma expressa em termo específico de autorização. A autorização deverá ser do cônjuge, do companheiro ou de parente consanguíneo, de maior idade, na linha reta ou colateral, até o segundo grau, e firmada por duas testemunhas. Ressalta-se que a retirada de órgãos de falecidos incapazes dependerá de autorização expressa de ambos os pais (BRASIL, 2017b). Além disso, se a causa da morte foi natural, a declaração de óbito deve estar preenchida e assinada pelos médicos que determinaram a morte encefálica ou médicos assistentes. Em caso de morte por causa externa (acidente, suicídio ou homicídio), após o procedimento de RMO, deverá ser realizada a necropsia por médico legista, e este será o responsável por preencher a declaração de óbito (BRASIL, 2017a, 2017b).

Durante o procedimento de captação de órgãos, o enfermeiro da RMO registra o horário de entrada do doador em sala e da incisão cirúrgica, determinando o início efetivo do procedimento. Além disso, é responsável por coordenar e checar a organização da sala cirúrgica. Uma mesa auxiliar é preparada pelo enfermeiro de forma estéril com os recipientes para acondicionamento dos órgãos (um pote rígido com soro fisiológico gelado, um saco plástico transparente externo ao recipiente e dois sacos internos), três lacres para fechamento e bacia com soro fisiológico congelado quebrado. O gelo quebrado é utilizado pelo médico para o momento de isquemia do órgão e é colocado na cavidade toraco-abdominal. Segundo legislação vigente, o acondicionamento dos órgãos deve ser de forma asséptica, utilizando-se uma embalagem primária (que fica em contato direto com o órgão), duas secundárias (que ficam entre a primária e a externa) e uma terciária, a mais externa de todas. As embalagens primária e secundária devem ser estéreis, transparentes, resistentes e impermeáveis, além de não oferecer risco de citotoxicidade (morte celular). A embalagem terciária deve ser preenchida com gelo em quantidade suficiente para manter a temperatura pelo tempo necessário (BRASIL, 2009a).

Outras atividades desempenhadas pelo enfermeiro são: administrar antibiótico profilático conforme protocolo institucional de cada órgão, coletar sangue para testes de Sistema de Antígenos Leucocitários Humanos (Sistema HLA) e identificar materiais biológicos (baço e linfonodos) coletados para provas cruzadas (crossmatch) entre doador e receptor com iniciais do doador e número do Registro Geral da Central de Transplantes (RGC-T). O exame crossmatch realiza a prova

cruzada entre doador e receptor e identifica se o receptor possui anticorpos contra os antígenos HLA do doador. Estes exames são usados principalmente para o transplante renal e são realizados a fim de avaliar a compatibilidade entre doador e receptor com o intuito de diminuir a possibilidade de rejeição e consequentemente perda do enxerto (JUNTA; MENEGAT, 2018).

Um momento muito importante na RMO, e que garante a viabilidade dos órgãos, é a perfusão dos mesmos com líquido de preservação. O objetivo da perfusão é prolongar a preservação do órgão, além de fornecer nutrientes necessários para uma perfusão apropriada (ABDALLA, *et al*, 2019). Assim, o enfermeiro é responsável por montar os equipos de perfusão, preenchê-los com a solução específica de cada órgão, além de controlar sua adequada infusão. Além disso, o controle dos tempos é fundamental para o controle da viabilidade dos órgãos e, consequentemente, para os resultados do transplante (ROCHA *et al.*, 2015). Desta forma, o horário de clampeamento da aorta, início e término da perfusão de cada órgão, além de término da RMO é rigorosamente registrado.

Após a retirada do órgão, o médico entrega o mesmo já embalado ao enfermeiro, que o identifica com etiqueta contendo as iniciais do doador, número de RGCT, nome do órgão e lateralidade se pertinente, e realiza o adequado acondicionamento na caixa térmica conforme legislação, preenchendo-a com gelo comum. Após o acondicionamento, a maleta deverá ser lacrada e também deverá receber uma etiqueta contendo as mesmas informações que constam no órgão. Após o acondicionamento, o enfermeiro realiza o transporte do órgão, seguindo normas técnicas (BRASIL, 2009a), e demais materiais biológicos até a instituição onde se encontra o receptor. Vale salientar que um dos fatores responsáveis pelo sucesso do transplante é a adequada conservação dos órgãos, que têm impacto na qualidade do enxerto, que recupera rapidamente suas funções, minimizando a ocorrência de disfunção e/ou falência do enxerto (NEGREIROS, *et al*, 2016).

No retorno ao hospital transplantador, a caixa térmica onde está acondicionado o órgão é entregue ao enfermeiro do BC. Neste momento, o enfermeiro da Equipe de RMO também fornece informações necessárias à segurança do transplante. Documentações necessárias para registro do procedimento e para cobrança financeira do mesmo são preenchidas e assinadas pelo enfermeiro e pelo médico cirurgião. Os documentos são entregues ao secretário do BC, que os encaminhará aos serviços competentes da instituição. Demais materiais biológicos são destinados ao laboratório. No almoxarifado do BC é devolvida a mala com os materiais não utilizados e também os que devem ser encaminhados ao centro de material e esterilização. A fim de facilitar o controle uma lista com os materiais utilizados é entregue junto com a mala.

Caso o hospital da RMO seja a própria instituição, o enfermeiro da Equipe

de RMO também é responsável por entregar o corpo do doador aos seus familiares ou responsáveis legais. Segundo Decreto 9175/2017 depois de efetuada a retirada de órgãos e partes do corpo humano e a necropsia, quando necessário, o cadáver deverá ser condignamente recomposto, de modo a recuperar tanto quanto possível a sua aparência anterior (BRASIL, 2017b). A entrega do corpo de forma não condigna é passível de penalidade legal, tendo pena de seis meses a dois anos prisionais (BRASIL, 1997)

Conforme o exposto, observa-se que o enfermeiro, no cenário da captação de órgãos, tem papel fundamental na coordenação do procedimento. Durante a RMO, outra função desempenhada de relevada importância é manter a comunicação efetiva com a equipe transplantadora que se encontra no BC com o receptor a fim proporcionar o menor tempo de isquemia do órgão, assim melhorando sua viabilidade para o transplante. Deste modo, a comunicação efetiva dentro do contexto hospitalar é utilizada como estratégia para a segurança do paciente (JCI, 2017) e é imprescindível no processo de doação de órgãos e transplantes.

O enfermeiro da Equipe de RMO registra os horários de entrada do doador em sala, incisão cirúrgica, clampeamento da aorta, início e término da perfusão dos órgãos, acondicionamento dos órgãos no gelo e término do procedimento. Estes horários, ao longo do procedimento, são comunicados às equipes transplantadoras que estão com os futuros receptores dos órgãos. Além disso, o enfermeiro também comunica às equipes transplantadoras sobre o horário de saída do BC e tempo previsto de deslocamento até o hospital onde será realizado o transplante. Destaca-se a importância de avisar qualquer imprevisto no deslocamento a fim de reorganizar o horário previsto de início do transplante. Assim, a comunicação efetiva com o BC onde se encontra o receptor deve ser mantida durante o procedimento para estimativa de término e tempo de deslocamento a fim de otimizar o processo doação/transplante.

A atuação do enfermeiro na captação de órgãos é importante para a efetivação do transplante, uma vez que suas atividades potencializam o processo doação-transplante, no sentido de agilizar e não causar nenhum risco ao órgão doado. Contribuindo, desta maneira, na viabilidade dos órgãos e nos melhores resultados do transplante, e conseqüentemente para o melhor restabelecimento do paciente no pós-transplante (NEGREIROS, *et al*, 2016).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de doação-transplante é específico e complexo. Assim, as intervenções da equipe devem ser pautadas em tecnologia e no seguimento de protocolos (que são periodicamente atualizados) para direcionar a prática

fundamentada cientificamente e adaptada à realidade de cada instituição. A Equipe de Coordenação de RMO da instituição do estudo implementa estratégias destinadas a promover a melhoria do processo de doação/transplante, possibilitando uma melhor comunicação e prevenindo eventos adversos, auxiliando na melhor viabilidade dos órgãos e, conseqüentemente, na promoção de qualidade de vida de pacientes transplantados.

As atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na Equipe de Coordenação de RMO são de suma importância para efetivação e resultados do transplante. Suas atribuições estão vinculadas à captação dos órgãos, com verificação da identificação formal e documentação legal do doador, organização de mesa auxiliar com os potes de acondicionamento e bacia com gelo estéril quebrado, coleta de exames, identificação de materiais biológicos, montagem e auxílio na perfusão, acondicionamento e transporte do órgão, preenchimento de documentações, contato com equipe do hospital transplantador, entre outras.

Dentro deste contexto, a comunicação efetiva entre a equipe de RMO e a equipe transplantadora é um determinante na qualidade da assistência prestada e da segurança do paciente transplantado, uma vez que a mesma tem o intuito de agilizar processos, possibilitando alcançar o menor tempo de isquemia possível e, conseqüentemente, melhorar a viabilidade dos órgãos ofertados para transplante, contribuindo para o sucesso do procedimento. Desta forma, as atividades desempenhadas pelo enfermeiro viabilizam maior controle, agilidade e segurança no processo doação-transplante de órgãos.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, L. G.; *et al.* Avaliação e recondicionamento de pulmões doados para transplante por meio da perfusão pulmonar ex vivo. **Einstein**, v. 17, n. 4, 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2012-2019). **Registro Brasileiro de Transplante**, ano XXV, N 4. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2019/RBT-2019-leitura.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.173, 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017a.

_____. Decreto nº 9.175, 18 de outubro de 2017. Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017b.

_____. Lei 9.434, 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplantes e tratamento e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 66, 21 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o transporte no território nacional de órgãos humanos em hipotermia para fins de transplantes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.600, 21 de outubro de 2009. Aprova o regulamento técnico do sistema nacional de transplantes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009b.

HASEGAWA, H. T.; VENANZI, D.; DA SILVA, O. R. A Cadeia de suprimentos no setor hospitalar: transplante de órgãos. **Revista Uniabeu**, v. 7, n.15, p.195-209, 2014.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para hospitais**. 6ª ed. Oakbrook Terrace: JCI; 2017.

JUNTA, L. H. J.; MENEGAT, G. Transplante renal e uma nova abordagem: diabetes mellitus pós-transplante renal. **Revista da Faculdade de Medicina de Teresópolis**, v. 1, n. 2, 2018.

NEGREIROS, F. D. S. *et al.* Captação do fígado do doador para o transplante: uma proposta de protocolo para o enfermeiro. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 38-47, 2016.

ROCHA, D. F. *et al.* Avaliação do tempo de realização do diagnóstico de mortes encefálicas notificadas à Central de Transplantes do Rio Grande do Sul. **Scientia Medica**, v. 25, n. 3, p. 1-5, 2015.

SANTOS, J. G. *et al.* Capacitação em extração, perfusão e acondicionamento de órgãos para transplantes: perfil dos profissionais e análise de aprendizagem pós-curso. **Einstein**, v. 17, n. 2, 2019.

WESTPHAL, G. A. *et al.* Diretrizes para manutenção de múltiplo órgãos no potencial doador adulto falecido: Parte I. Aspectos gerais e suporte hemodinâmico. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 23, n. 3, p. 255-268, 2011.

VIEIRA, M. S.; VIEIRA, M. S.; NOGUEIRA, L. T. Avaliação em saúde e transplantes de órgãos e tecidos: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPE Online**, p. 631-639, 2016.

VIOLIN, A. R.; HAYAKAWA, L. Y. Doação de órgãos e tecidos: a realidade de uma regional de saúde do Paraná. **Revista UNINGÁ Review**, v. 29, n. 3, p. 42-46, 2017.

PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE ONCOLÓGICO: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ALÍVIO DA DOR

Data de aceite: 01/10/2020

Data de Submissão: 08/07/2020

Ivanildo Caetano da Silva

Faculdade Irecê - FAI

Irecê – Bahia

<http://lattes.cnpq.br/0601140166986121>

Edilson Pereira da Silva Filho

Faculdade Irecê – FAI

Irecê – Bahia

<http://lattes.cnpq.br/4064376559941207>

Claudilson Souza dos Santos

Faculdade Irecê – FAI

<http://lattes.cnpq.br/9126210498288952>

Ivania Batista de Oliveira Farias

Faculdade Irecê – FAI

<http://lattes.cnpq.br/5112850755258633>

Noaci Madalena Cunha Loula

Faculdade Irecê – FAI

<http://lattes.cnpq.br/3311384834947897>

RESUMO: Além de o câncer representar um problema de saúde pública, a dor, um dos sintomas mais frequentes em pacientes oncológicos, tem chamado bastante atenção pelo fato de que o seu manejo inadequado compromete a qualidade de vida desta população. Tendo em vista o impacto negativo que a dor oncológica acarreta à vida do paciente, identificar e estimular o uso de estratégias eficazes para minimizar essas sensações dolorosas é de grande relevância

para o cuidado. Este estudo objetivou discutir a atuação da enfermagem no alívio da dor oncológica e o seu impacto na qualidade de vida dos pacientes. O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica, com análise qualitativa dos dados. As buscas foram realizadas em bases de dados eletrônicas da LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE, PubMed, Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), acessadas pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS/BIREME/OMS). A análise de conteúdo procedeu conforme as etapas da técnica proposta por Bardin, organizadas em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A partir dos dados coletados, foi possível identificar que o cuidado prestado ao paciente oncológico deve ultrapassar a execução de procedimentos, sendo necessário ao enfermeiro conhecer as evidências disponíveis que ajudem no gerenciamento da dor. O estudo evidenciou que a equipe de enfermagem lida com situações de cuidado o tempo todo e, desse modo, uma atuação efetiva inclui trazer benefícios mesmo que momentâneos ao paciente. O tratamento farmacológico pode ser diversas vezes necessário, porém se não houver primeiramente competência pelo profissional ali atuante, tal procedimento pode ser por vezes nulo. Portanto, a necessidade de capacitação profissional implica em uma busca incessante pelo saber, desde que a capacitação seja mesclada com o cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Dor oncológica. Qualidade de vida. Enfermagem.

PROMOTION OF THE QUALITY OF LIFE OF THE ONCOLOGICAL PATIENT: THE ROLE OF NURSES IN PAIN RELIEF

ABSTRACT: In addition to cancer being a public health problem, pain, one of the most frequent symptoms in cancer patients, has drawn a lot of attention due to the fact that its inadequate management compromises the quality of life of this population. In view of the negative impact that cancer pain has on the patient's life, identifying and encouraging the use of effective strategies to minimize these painful sensations is of great relevance for care. This study aimed to discuss the role of nursing in the relief of cancer pain and its impact on patients' quality of life. The present work is a bibliographic review, with qualitative analysis of the data. The searches were performed in electronic databases of LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences), MEDLINE, PubMed, Nursing Database (BDENF) and SciELO (Scientific Electronic Library Online), accessed by the Virtual Library of Health (VHL / BIREME / WHO). The content analysis proceeded according to the steps of the technique proposed by Bardin, organized in three phases: 1) pre-analysis, 2) exploration of the material and 3) treatment of the results, inference and interpretation. From the data collected, it was possible to identify that the care provided to cancer patients must go beyond the execution of procedures, making it necessary for nurses to know the available evidence to help with pain management. The study showed that the nursing team deals with care situations all the time and, therefore, an effective performance includes bringing benefits, even if momentary, to the patient. Pharmacological treatment may be necessary several times, but if there is no competence by the professional working there, this procedure can sometimes be null. Therefore, the need for professional training implies an incessant search for knowledge, as long as the training is mixed with care.

KEYWORDS: Cancer pain. Quality of life. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente o câncer representa um problema de Saúde Pública devido a sua incidência e alta taxa de mortalidade e, além disso, vem ganhando destaque no mundo pelo seu perfil epidemiológico. Com isso, a dor, um dos sintomas mais frequentes em pacientes oncológicos, seja relacionada ao crescimento tumoral, metástase, devido à terapia, métodos de investigação ou ao estado psicológico, tem chamado bastante atenção pelo fato de que o seu manejo inadequado compromete a qualidade de vida desta população (IZIDÓRIO *et al.*, 2017; SOUZA; SILVA; SOUZA, 2016).

Estatisticamente, relacionado ao câncer, 5 milhões de pessoas experimentam esse sintoma diariamente, 25% morrem sob dor intensa e cerca de 4,3 milhões morrem a cada ano sem o controle adequado (BRASIL, 2016). Conforme Izidório *et al.* (2017), os estudos evidenciam que a dor, quando não tratada adequadamente, limita as atividades de vida diária do indivíduo, altera o apetite, o padrão de sono, a

deambulação, a movimentação, o humor, o lazer, as atividades profissionais, sociais e familiares.

Apesar de a dor no paciente oncológico fazer parte da rotina de cuidados, seja durante a internação ou no tratamento ambulatorial, os enfermeiros ainda sentem dificuldades em relação à avaliação e o seu manuseio. A partir dessas circunstâncias emergiu a necessidade de pensar em formas de atuação visando um tipo de gerenciamento que busque proporcionar qualidade de vida ao paciente.

Como resposta à problemática, constatou-se que para uma boa atuação, a enfermagem precisa de conhecimentos técnicos e científicos acerca do fenômeno, além da compreensão de como ela afeta o doente.

Por isso é necessário ao enfermeiro conhecer as técnicas de comunicação, as quais envolvem entre outros aspectos, o respeito pela individualidade do doente, o estabelecimento de uma relação empática, o conhecimento da utilização dos medicamentos utilizados para o controle da dor e suas particularidades e, principalmente, fazer uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) de modo a viabilizar o desenvolvimento de habilidades que ajudem a articular esse conhecimento à sua experiência profissional (ANDRADE; TORRES, 2015; CARDOSO; SANTOS; MORGADO, 2017; OLIVEIRA; SOBRINHO; CUNHA, 2016; ROCHA *et al.*, 2015; STÜBE *et al.*, 2015).

O enfermeiro é quem geralmente está próximo nos momentos difíceis e da dor física, é quem o paciente e as famílias buscam quando necessitam de esclarecimentos, ou de cuidados imediatos, ou seja, este profissional tem que lidar com o sofrimento, com a angústia, com os temores e principalmente com a dor que podem surgir em diversas situações que envolvem esse cuidar. Devido a isto, pensar em boas práticas de enfermagem é também pensar em capacitação profissional.

Nesse contexto, capacitação profissional deve ser entendida como uma ferramenta de qualificação e aperfeiçoamento do processo de cuidado. Para que seja alcançada de forma exequível, cabe ao profissional compreender a importância da busca incessante pelo saber, mesclada com o cuidado, a atenção e o carinho que se dá ao paciente, pois este pode estar necessitando mais desse cuidado do que do tratamento farmacológico.

Se por um lado existe vasto conhecimento científico produzido sobre a natureza da dor e o seu manejo, por outro, a sua prevalência ainda é alta e nem sempre adequadamente reconhecida e tratada. Em decorrência disso, o presente trabalho objetiva discutir a atuação da enfermagem no alívio da dor oncológica e o seu impacto na qualidade de vida dos pacientes.

2 | METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica desenvolvida a partir de material existente, constituindo-se principalmente de livros e artigos. É um estudo descritivo que estabelece relações entre variáveis, além de classificar, explicar e interpretar fatos relacionados à população de indivíduos com câncer.

O delineamento da pesquisa é bibliográfico e buscou obter dados descritivos que expressassem os sentidos dos fenômenos sem enumerar ou medir eventos, tendo como finalidade a procura por conhecimentos novos e úteis para o avanço da ciência sem a aplicação prática, ou seja, possui natureza básica e abordagem qualitativa.

Durante a coleta de dados em periódicos científicos, revistas científicas e bibliografia sobre o assunto, tiveram como critérios de inclusão todos os artigos originais indexados em periódicos entre os anos de 2014 a 2020, com delineamento experimental (ensaios clínicos, randomizados ou não) ou observacional (estudos de caso-controle, estudos de coorte) e descritivos realizados em humanos com dor oncológica.

Os critérios de exclusão foram: artigos disponíveis nas bases de dados sem resumos; resumos que não abordassem o tema em questão – qualidade de vida do paciente oncológico; artigos não disponíveis na íntegra.

Os periódicos científicos por constituírem o meio mais importante para a comunicação científica compõem as fontes primordiais das ideias tratadas e discutidas neste artigo. Portanto, as buscas foram realizadas a partir das bases de dados eletrônicas LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE, PubMed, Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), acessadas pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS/BIREME/OMS).

Para a localização das publicações foram utilizados os seguintes descritores (em português e inglês respectivamente): Dor oncológica, Qualidade de vida e Enfermagem, “*Cancer pain*” AND “*Quality of life*” AND “*Nursing*”, consultados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). Ao finalizar as pesquisas em cada base, as referências duplicadas foram excluídas, assim como os que não abrangeram diretamente o tema em questão e aqueles artigos que não se encaixaram no tempo hábil solicitado.

Durante a coleta de dados, foram encontrados os artigos com os seguintes desfechos: 14 estudos sobre dor oncológica; 15 sobre qualidade de vida em pacientes com câncer; 03 artigos sobre alternativas terapêuticas não convencionais e com fortes evidências do manejo da dor; 02 sobre manejo da dor durante procedimentos invasivos em pacientes com câncer e; 06 sobre a atuação da enfermagem no alívio

da dor oncológica.

Dos 40 artigos que discutem a importância de promover a qualidade de vida em pacientes com dor oncológica identificados durante busca em bases de dados selecionados, 11 foram excluídos após leitura de título e resumo, 3 por serem duplicatas e 3 por estarem indisponíveis online. No tocante aos artigos lidos integralmente, 2 descartes por não conter o ano de publicação, 7 por não responderem ao objetivo da pesquisa. Sendo assim, os estudos incluídos na revisão totalizaram 14.

Após a seleção e leitura dos artigos, as referências captadas foram registradas em uma planilha no programa Microsoft Excel na modalidade de fichamento, nas quais constavam todas as referências selecionadas e os respectivos artigos, autores e citações diretas.

No que tange à análise de conteúdo, optou-se por tomar como balizador, deste estudo, as etapas da técnica propostas por Bardin (2011), buscando analisar as informações qualitativamente. Sendo assim, as etapas foram organizadas em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Conforme a primeira fase, pré-análise, realizou-se a leitura geral do material eleito para a análise. Esta etapa compreendeu também a organização sistemática do material a ser investigado que, por conseguinte, conduziu as operações sucessivas de análise, sendo composta por: leitura flutuante; escolha do material bibliográfico; formulação das hipóteses e objetivos; além da elaboração de indicadores.

Durante o processo de exploração do material, deu-se início à construção das operações de codificação, pelo qual se considera os recortes dos textos unidades de registros e, por conseguinte, procedeu à classificação e agregação das informações em categorias temáticas. No tocante ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação, essa fase consistiu em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após delimitação através dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se um total de 14 publicações, 09 em língua portuguesa e 05 de origem inglesa que se encaixaram nos objetivos desta pesquisa.

A Tabela 1 traz a descrição dos artigos de pesquisa selecionados, agrupada em desfechos pré-estabelecidos, sendo composta pelos 14 artigos. Os que mais prevaleceram, dentre os cuidados de enfermagem ao paciente oncológico relacionado ao manejo da dor, foram: artigos que discorrem sobre o processo e a ocorrência da dor em pacientes oncológicos, a qualidade de vida em pessoas com

câncer, tratamento da dor processual induzida por procedimentos de enfermagem, a atuação da enfermagem no alívio da dor oncológica e alternativas terapêuticas não convencionais.

| Desfecho | Autor/ano | Título da Obra | Objetivo | Evidência/Resultado |
|---|-------------------------------------|--|---|---|
| Dor oncológica | MENDES <i>et al.</i> , 2014 | Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo | É um artigo que busca avaliar a ocorrência da dor e qualidade de vida entre pacientes oncológicos em cuidado paliativo. | Os resultados mostraram a ocorrência de dor, afetando a qualidade de vida e comprometendo as atividades diárias de vida. |
| Dor oncológica | IZIDÓRIO <i>et al.</i> , 2017 | O processo de dor em pacientes oncológicos: visão atualizada da enfermagem | É um estudo que busca avaliar a importância de proporcionar alívio a paciente mesmo que momentâneo. | Evidencia que, se tratando de câncer, a dor é um dos sintomas frequentes, seja ela relacionada à neoplasia, devido à terapia, métodos de investigação e ao estado psicológico. |
| Qualidade de vida em pacientes com câncer | POLANSKI <i>et al.</i> , 2018. | O subtipo histológico do câncer de pulmão afeta a aceitação da doença, a gravidade da dor e a qualidade de vida. | O estudo avalia as diferenças na aceitação da doença, nível de dor percebida e qualidade de vida entre pacientes com câncer de pulmão de pequenas células e células não pequenas. | O estudo chama a atenção para o fato de que a intensidade dos sintomas e a qualidade de vida podem variar entre pacientes com o mesmo diagnóstico; portanto, é necessário coletar dados de resultados relatados pelo paciente com ferramentas padronizadas e abordagem personalizada do tratamento. |
| Qualidade de vida em pacientes com câncer | SHEIKHALIPOUR <i>et al.</i> , 2019. | Qualidade de vida em mulheres com câncer e seus fatores de influência | O estudo foi realizado para investigar a qualidade de vida em mulheres com câncer e seus fatores influentes. | O estudo mostra que alguns fatores como dor e alterações psicológicas podem diminuir a qualidade de vida de pacientes com câncer. A compreensão desses fatores pode melhorar a eficácia e o processo de tratamento do câncer. |
| Qualidade de vida em pacientes com câncer | CHABOWSKI <i>et al.</i> , 2017. | A aceitação da doença, a intensidade da dor e a qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão | O objetivo do estudo foi examinar as relações entre dor, aceitação de doenças e qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão. | Os resultados dos estudos chamaram a atenção para o fato de que a diminuição do funcionamento físico e o aumento da gravidade dos sintomas em pacientes com câncer de pulmão afetam a qualidade de vida geral e se traduzem em pior prognóstico. |

| | | | | |
|---|---------------------------------|---|---|--|
| Qualidade de vida em pacientes com câncer | FREIRE <i>et al.</i> , 2014. | Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa | objetivou caracterizar artigos abordando a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado nas literaturas nacional e internacional e sumarizar os fatores contribuintes para a melhora ou a piora da qualidade de vida relacionado a saúde de pacientes com câncer avançado, evidenciados na literatura pesquisada. | Este estudo permitiu identificar intervenções terapêuticas de aspectos físicos, emocionais e espirituais que promoveram a melhora de condições de saúde do paciente com câncer avançado e sua qualidade de vida, evidenciados por meio de escalas de medição validadas e de poder estatístico confiáveis, descritas nos respectivos estudos. |
| Atuação da enfermagem no alívio da dor oncológica | CARDOSO; SANTOS; MORGADO, 2017. | Atuação do enfermeiro no cuidado do paciente oncológico no domicílio | A pesquisa oferece pontos de reflexão acerca do cotidiano na assistência em saúde e amplia a compreensão da dimensão do cuidado em oncologia, preparando o profissional para lidar com as demandas com as quais irá se deparar na sua trajetória profissional. | Constata que o enfermeiro se refere aos cuidados paliativos com objetividade e reconhece a importância de um cuidado diferenciado, humanizado, trabalhando de forma multidisciplinar, por meio da qual sejam priorizadas: a qualidade de vida, o conforto, a diminuição da dor, a interação com a família na busca de um cuidado efetivo ao paciente que não responde mais à terapêutica curativa. |
| Atuação da enfermagem no alívio da dor oncológica | BARASUOL <i>et al.</i> , 2018. | Manejo da dor do paciente oncológico pela enfermagem: revisão narrativa da literatura | É um artigo que busca identificar nas produções científicas como a enfermagem realiza o manejo da dor do paciente oncológico. | Evidencia-se nas publicações disponíveis lacuna de conhecimento relacionada as estratégias de manejo da dor utilizadas pela enfermagem no paciente oncológico com tudo, há pesquisas sobre barreiras relacionadas ao controle efetivo do câncer e efetividade de drogas para o manejo da dor. |

| | | | | |
|---|--|--|---|--|
| Atuação da enfermagem no alívio da dor oncológica | ANDRADE; TORRES, 2015. | Perspectivas do enfermeiro frente aos cuidados para alívio da dor no paciente terminal oncológico | Este estudo busca corroborar a relevância da atuação sistematizada do enfermeiro frente aos cuidados para alívio da dor oncológica no paciente terminal. | Constatou-se que a fragmentação do cuidado correspondente às falhas no processo da formação do enfermeiro, contribuindo para convicções comuns acerca da problemática, como mais um trabalho que não funciona. Sendo necessária a educação continuada para aprofundar o conhecimento e obter a necessidade da atualização profissional em prol do melhor desempenho no gerenciamento do cuidado ao paciente terminal oncológico com dor. |
| Atuação da enfermagem no alívio da dor oncológica | STÜBE <i>et al.</i> , 2015. | Percepções de enfermeiros e manejo da dor de pacientes oncológicos | A pesquisa busca apreender a percepção de enfermeiros que atuam em Oncologia referente à dor do paciente e conhecer ações para seu manejo. | O estudo evidencia que as enfermeiras participantes deste estudo percebem a dor do paciente oncológico e buscam manejá-la, porém, considera-se que essas ações podem ser aprimoradas mais especificamente com o uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). |
| Atuação da enfermagem no alívio da dor oncológica | OLIVEIRA; SOBRINHO; CUNHA, 2016. | Manuseio da dor crônica em pacientes oncológicos pela equipe de enfermagem | O estudo buscou identificar, na literatura, como a equipe de enfermagem manuseia a dor crônica nos pacientes oncológicos. | Os pesquisadores acreditam que cuidar do paciente oncológico com dor ultrapassa a execução de procedimentos; é preciso pensar na aquisição de conhecimento científico e vínculo profissional/paciente para uma assistência segura no manuseio da dor oncológica. |
| Alternativas terapêuticas não convencionais relacionadas ao manejo da dor | GREENLEE <i>et al.</i> , 2017. | Diretrizes de prática clínica sobre o uso baseado em evidências de terapias integrativas durante e após o tratamento do câncer de mama | O artigo discorre sobre práticas integrativas para pacientes oncológicos em que auxiliem no manejo da dor, estresse, neuropatia periférica e problemas psicológicos com base em evidências científicas. | Os pesquisadores concluíram que não há terapias com classificação A ou B a serem relatadas para a prevenção ou tratamento da Neuropatia Periférica Induzida por Quimioterapia (NPIQ). A acetil-L-carnitina não é recomendada como terapia padrão para prevenir ou tratar a NPIQ devido a danos. |
| Alternativas terapêuticas não convencionais relacionadas ao manejo da dor | ROCHA <i>et al.</i> , 2015 | O alívio da dor oncológica: estratégias contadas por adolescentes com câncer | Este estudo objetivou identificar experiências dolorosas de adolescentes com câncer e conhecer suas estratégias para o alívio da dor. | O estudo constata que é essencial que os profissionais de saúde conheçam as evidências disponíveis para o alívio da dor e desenvolvam habilidades para articular esse conhecimento à sua experiência profissional e às estratégias dos próprios pacientes. |

| | | | | |
|---|---------------------------------|--|--|---|
| Manejo da dor durante procedimentos invasivos em pacientes com câncer | PIOTROWSKA <i>et al.</i> , 2019 | Comparação de analgesia, efeitos adversos e qualidade de vida em pacientes com câncer durante o tratamento da dor processual com morfina intravenosa, spray nasal de fentanil e comprimidos bucais de fentanil bucal | O estudo faz uma comparação de analgesia, efeitos adversos e qualidade de vida (QV) de pacientes com câncer no tratamento da dor processual induzida por procedimentos de enfermagem com o uso de morfina intravenosa, spray nasal de fentanil e comprimidos bucais de fentanil. | Para garantir um tratamento seguro e reduzir o risco de efeitos adversos, recomendamos uma titulação cuidadosa dos opióides investigados, principalmente o fentanil intranasal e bucal, durante o tratamento de episódios espontâneos de dor de avanço em pacientes tolerantes a opióides. Os produtos de fentanil administrados por via intranasal e bucal caracterizam-se por alta eficácia analgésica e rápido início de analgesia, bem como uma via de administração não invasiva, que sugere sua utilidade no tratamento de dores procedimentais graves induzidas por procedimentos de enfermagem. |
|---|---------------------------------|--|--|---|

Tabela 1. Descrição dos artigos de pesquisa selecionados

Fonte: elaborado pelos autores

Levando em consideração os artigos obtidos, o alívio da dor oncológica compreende um vasto campo de discussão no meio científico pelo qual os esforços se concentram na busca por evidências que relacionem, na prática, o manejo adequado da dor à qualidade de vida.

Como há uma quantidade significativa de estudos disponíveis na literatura que investigam os aspectos influenciadores e limitações da atuação da enfermagem durante o tratamento do paciente oncológico, os artigos selecionados foram agrupados conforme alguns desfechos pré-estabelecidos, apresentada na Tabela 1, para facilitar a discussão dos resultados obtidos.

Sendo assim, diante dos quatorze artigos selecionados, dois deles discorrem sobre o processo e a ocorrência da dor em pacientes oncológicos, quatro discute a qualidade de vida em pessoas com câncer, um artigo fala sobre tratamento da dor processual induzidas por procedimentos de enfermagem, cinco deles abordam a atuação da enfermagem no alívio da dor oncológica e dois são pesquisas sobre alternativas terapêuticas não convencionais.

Em conformidade com Izidório *et al.* (2017) e Stübe *et al.* (2015), a dor é um agente estressor para todos os envolvidos no cuidado, acarretando transtornos para a equipe, família e paciente. Izidório *et al.* (2017) aponta-o, ainda, como um dos sintomas mais frequentes em pacientes oncológicos, seja ela relacionada a neoplasia, devido à terapia, métodos de investigação e ao estado psicológico. Tais evidências corroboram com um estudo de Mendes *et al.* (2014), em que os

resultados mostram que, além de muito frequente, a dor afeta a qualidade de vida e compromete as atividades diárias.

No tocante ao estado psicológico, o paciente com câncer ao saber do seu diagnóstico tende a diminuir sua autoestima, isso se torna relevante quando este acontecimento se une a outros fatores predisponentes ou não, relacionados ou não ao câncer. Nesse sentido, concluímos que a dor se torna um fator intrínseco à doença, culminando em prejuízos nas dimensões físicas, psicológicas e sociais (CHABOWSKI *et al.*, 2017; IZIDÓRIO *et al.*, 2017; FREIRE *et al.*, 2014; MENDES *et al.*, 2014).

Portanto, constata-se que a dor é um indicador de qualidade de vida, além de ser considerado o quinto sinal vital (CHABOWSKI *et al.*; 2017; FREIRE *et al.*, 2014; MENDES *et al.*, 2014; POLANSKI *et al.*, 2018). Segundo Sheikhalipour *et al.* (2019), alguns fatores como a dor, independente da sua dimensão na esfera humana, pode diminuir a qualidade de vida de pacientes com câncer. O autor salienta ainda que a compreensão desses fatores pode melhorar a eficácia e o processo de tratamento.

Em um estudo sobre a ocorrência da dor em pacientes oncológicos durante cuidado paliativo de Mendes *et al.* (2014), relata que antigamente a prioridade no tratamento de câncer era a regressão tumoral, porém nos dias atuais considera-se a qualidade de vida, o que inclui o tratamento da dor, pois este é um dos sintomas mais frequentes em pacientes oncológicos. Sendo assim, a produção científica nos dá respaldo para afirmar que a promoção da qualidade de vida também ocorre quando o manejo da dor é realizado de forma correta (OLIVEIRA; SOBRINHO; CUNHA, 2016; PIOTROWSKA *et al.*, 2019).

Dentro da perspectiva da enfermagem e das boas práticas do cuidar, acredita-se que a aquisição destes conhecimentos seja uma ferramenta de grande valia para o profissional enfermeiro na oncologia. Contudo, devemos nos atentar aos desafios durante sua implementação, principalmente no que diz respeito ao gerenciamento da dor.

Logo, pensar em intervenções exequíveis considerando que a realidade é complexa e muitas vezes de difícil aplicação prática, ainda mais quando se trata de uma que necessite dum processo interativo onde o profissional enfermeiro, além da competência técnica-científica, atue gerando sensibilidade para com o paciente a ser cuidado, desfrutando interesse, compaixão, efetividade e torná-lo satisfeito de modo que a vida não se limite à dor oncológica, não é fácil.

Ciente dos desafios e das competências técnica-científicas que os profissionais devam adquirir, além da necessidade contínua pela busca de estratégias de enfrentamento dessas situações de forma efetiva, recorreu-se à literatura em busca de evidências sobre os principais métodos de alívio ou redução da percepção da dor.

A partir dos resultados obtidos, encontramos nos estudos de Andrade e Torres (2015), Oliveira, Sobrinho e Cunha (2016), Rocha *et al.* (2015) e Stübe *et al.* (2015) relatos de que cuidar do paciente oncológico deve ultrapassar a execução de procedimentos, sendo necessário ao enfermeiro conhecer as evidências disponíveis que ajudem no gerenciamento da dor e que a busca contínua pelo aprimoramento das ações se mostram bons instrumentos norteadores da arte do cuidar, principalmente no que tange ao manejo da dor em todas as suas dimensões, ou seja, a física, psicológica, espiritual e socioeconômica.

Salientam ainda que, para isso, deve-se fazer uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) de modo a viabilizar o desenvolvimento de habilidades que ajudem a articular esse conhecimento à sua experiência profissional (ANDRADE; TORRES, 2015; CARDOSO; SANTOS; MORGADO, 2017; OLIVEIRA; SOBRINHO; CUNHA, 2016; ROCHA *et al.*, 2015; STÜBE *et al.*, 2015).

No tocante a alternativas terapêuticas não convencionais e tratamento da dor processual induzida por procedimentos de enfermagem, Rocha *et al.* (2015), Greenlee *et al.* (2017) e Piotrowska *et al.* (2019) apresentam fortes evidências de métodos e terapias complementares integrativas utilizadas que ajudam os pacientes a superarem momentos dolorosos, cuja intenção é melhorar o bem estar, a qualidade de vida e aliviar os sintomas da doença e os efeitos colaterais dos tratamentos convencionais.

Dentre as estratégias não farmacológicas, a distração foi a mais citada pelos participantes de um estudo que objetivou identificar experiências dolorosas de adolescentes com câncer e conhecer suas estratégias para o alívio da dor. Nesse estudo, Rocha *et al.* (2015) constatam que a presença da família e o afeto de todas as pessoas queridas são importantes e indispensáveis para amenizar a dor física ou emocional, ajudando até mesmo a superar momentos dolorosos.

Uma indicação forte de um estudo sobre o uso baseados em evidências de terapias integrativas durante e após o tratamento do câncer de mama realizado por Greenlee *et al.* (2017), recomenda a meditação e a yoga para melhorar a qualidade de vida, transtornos de depressão/humor e fadiga. Contudo, a acetil-L-carnitina, um suplemento alimentar que alguns pacientes usam para tratar a fadiga relacionada ao câncer, aumentando a energia e diminuindo a inflamação no corpo, não foi recomendada para prevenir a neuropatia periférica induzida pela quimioterapia devido a uma possibilidade de dano.

Em outras palavras, no que tange a suplementos, não encontraram nenhuma evidência forte que apoia o seu uso em gerenciar os efeitos colaterais relacionados ao tratamento do câncer (GREENLEE, 2017).

Piotrowska *et al.* (2019) aponta que no tratamento da dor processual induzida por procedimentos de enfermagem em pacientes com câncer, a morfina intravenosa

e o fentanil de início rápido mostram eficácia analgésica similarmente alta, com boa tolerância ao tratamento e melhora na qualidade de vida.

Ademais, independente dos resultados promissores obtidos, fica evidente que a equipe de enfermagem lida com situações de cuidado o tempo todo e, desse modo, uma atuação efetiva inclui trazer benefícios mesmo que momentâneos ao paciente. O tratamento farmacológico pode ser diversas vezes necessário, porém se não houver primeiramente competência pelo profissional ali atuante, tal procedimento pode ser por vezes nulo.

Os estudos indicam a necessidade de capacitação profissional como algo que implica conhecimento e busca incessante pelo saber, desde que a capacitação seja mesclada com o cuidado, a atenção e o carinho que se dá ao paciente, pois este pode estar necessitando mais desse cuidado do que da medicação propriamente dita (ANDRADE; TORRES, 2015; BARASUOL *et al.*, 2018); IZIDÓRIO *et al.*, 2017; OLIVEIRA; SOBRINHO; CUNHA, 2016; ROCHA *et al.*, 2015; STÜBE *et al.*, 2015).

Outro aspecto a ser considerado é a mensuração da dor como um sinal vital, caracterizando uma ferramenta que oferece parâmetros para estabelecer um plano de cuidados adequado à intensidade da mesma, além de ser individualizado. Esse modelo de assistência permite ao enfermeiro ouvir o indivíduo, identificar suas necessidades e instrumentalizá-lo para a próxima ação. Nesse sentido, o cuidado deve ser pautado na convivência e interação saudáveis, pois o cliente com câncer valoriza a relação interpessoal e atribui a ela o alívio de seus sintomas e sua dor (STÜBE *et al.* 2015).

Mesmo sabendo que os pacientes com câncer apresentam vários desconfortos que acarretam impacto emocional adverso, entre elas a dor, certos pontos ainda não foram esclarecidos de forma satisfatória, requerendo maior investigação futuras para aperfeiçoamento das estratégias de enfrentamento eficazes à redução da dor e do sofrimento nas diferentes fases da doença.

Uma possível alternativa seria incentivar estudos sobre a implantação de condutas sistematizadas de cuidado à dor, englobadas na sistematização da assistência de enfermagem (SAE), embasada em evidências que possibilite redirecionar melhor as ações e, desta forma, um manejo da dor mais completo e eficaz.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que a dor é um agente estressor para todos os envolvidos no cuidado, além de ser um dos sintomas mais frequentes em pacientes oncológicos. Do ponto de vista fisiológico, caracteriza uma experiência dolorosa que resulta da interpretação do aspecto físico-químico do estímulo nocivo e da interação deste

com as características individuais relacionadas ao humor, o significado simbólico atribuído ao fenômeno sensitivo e os aspectos culturais e afetivos dos indivíduos.

Hoje, a fim de promover a saúde, em busca da melhoria da qualidade de vida do paciente, a ciência juntamente com suas pesquisas trouxe muitos avanços, principalmente na área farmacológica, proporcionando maior qualidade e eficácia. Contudo, cuidar do paciente oncológico deve ultrapassar a execução de procedimentos, ou seja, em outras palavras, pode-se dizer que o domínio técnico-científico contribui para uma melhor assistência ao paciente com dor, mas se não houver primeiramente competência pelo profissional ali atuante, tal procedimento pode ser ineficiente.

Portanto, a capacitação profissional deve ser entendida como uma ferramenta de qualificação e aperfeiçoamento, que só é alcançada quando se entende a importância da busca incessante pelo saber, mesclada com o cuidado, a atenção e o carinho que se dá ao paciente, pois este pode estar necessitando mais desse cuidado do que do tratamento farmacológico.

Deve-se, também, considerar a dor como um sinal vital e mensurá-la, pois são por meio dessas práticas que se obtêm parâmetros norteadores que auxiliarão a construção de planos de cuidados adequados à intensidade da mesma. Nos casos de pacientes em fases terminais, é preciso deixar claro que, por mais intensa que seja a dor, o paciente não deve senti-la.

Sendo assim, é notório que a dor de um paciente deverá ser analisada com muita cautela e segurança, levando em conta todas as suas dimensões. O vínculo entre o profissional e o paciente é essencial, mas entendê-lo conforme os aspectos biopsicossociocultural e espiritual, levando em consideração tudo o que ele disser, e nunca o ignorar, buscando suprir de forma exequível as necessidades que este poderá apresentar, trará resultados muito mais significativos dentro do aspecto da qualidade de vida.

Observa-se neste estudo, que é de grande importância proporcionar o alívio da dor ao paciente oncológico e, para isso, é necessário que o enfermeiro faça uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) de modo a viabilizar o desenvolvimento de habilidades que ajudem a articular esse conhecimento à sua experiência profissional. Logo, estar ciente dos desafios e das competências técnica-científicas que os profissionais devam adquirir faz parte do processo de melhoria da qualidade de vida.

Os achados desta revisão esclarecem a importância e a necessidade de evidências na produção científica sobre a dor oncológica relacionado à qualidade de vida que, infelizmente, ainda pode ser caracterizada como escassa. Considera ainda que o reconhecimento do contexto de atuação e da necessidade de aprendizado é um fator positivo e propulsor para esse processo.

Entende-se que o momento exige novas investigações em prol do aprimoramento das práticas de enfermagem Oncológica que, como ciência do cuidar, busque desenvolver-se de acordo com os princípios científicos. Em outras palavras, a profissão deve buscar incorporar as mudanças paradigmáticas emergentes, diante da nova visão da realidade social.

Acredita-se que esta pesquisa possa oferecer pontos de reflexão acerca do gerenciamento da dor na assistência em saúde, além de ampliar a compreensão da dimensão do cuidado em oncologia, e dá suporte ao profissional para lidar com as demandas com as quais irá se deparar na sua trajetória profissional.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Daya Souza; TORRES, Vanessa Pio dos Santos. **Perspectivas do enfermeiro frente aos cuidados para alívio da dor no paciente terminal oncológico.** Rev. Persp. Online: Biol. & saúde, Campos dos Goytacazes, 19 (5), 63-77, 2015. Acesso em: 07 de mai. de 2020 às 22h33min.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo** / Laurence Bardin; tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. - São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tratamento e Cuidados paliativos.** Atualizado em 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site>. Acesso em: 10 de nov. de 2019.

BARASUOL, Tailine Baroni *et al.* **Manejo da dor do paciente pela enfermagem: revisão narrativa da literatura.** Salão do Conhecimento. Unijuí, 01 de Abril de 2018. Acesso em: 02 Mai. de 2020 às 19h07min.

CARDOSO, J.A.; SANTOS, M.N.P.; MORGADO, S.S.M. **Atuação do enfermeiro no cuidado do paciente oncológico no domicílio.** Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde. Salvador, v. 5, n. 6, p. 36-42, jul./dez.2017. Acesso em: 02 de Mai. de 2020 às 16h46min.

CHABOWSKI, Mariusz *et al.* **“A aceitação da doença, a intensidade da dor e a qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão.”** Journal of thoracic disease vol. 9,9 (2017): 2952-2958. doi: 10.21037 / jtd.2017.08.70. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5708453/>. Acesso em: 15 Mai. de 2020 às 15h41min.

FREIRE, Maria Eliane Moreira *et al.* **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa.** Rev Esc Enferm USP 2014; 48(2):357-67, DOI: 10.1590/S0080-623420140000200022. Acesso em: 10 mai. de 2020 às 15h19min.

GREENLEE, Heather *et al.* **“Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment.”** CA: a cancer journal for clinicians vol. 67,3 (2017): 194-232. doi:10.3322/caac.21397. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5892208/>. Acesso em: 30 Abr. de 2020 às 00h42min

IZIDÓRIO, Bruno Henrique Souza et al. **O processo de dor em pacientes oncológicos: visão atualizada da enfermagem.** Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. Vol.20,n.1,pp.151-158 (Set – Nov 2017). Acesso em: 13 de mai. de 2020 às 14h06min.

MENDES, Thaís Rezende *et al.* **Ocorrência da dor nos pacientes oncológicos em cuidado paliativo.** Rev. Acta Paul Enferm. 2014; 27(4):356-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/19820194201400059>. Acesso em: 07 de mai. de 2020 às 21h50min.

OLIVEIRA, Anara da Luz; SOBRINHO, Natália da Palma; CUNHA, Beatriz Aparecida Silva. **Manuseio da dor crônica em pacientes oncológicos pela equipe de enfermagem.** Rev Dor. São Paulo, 2016 jul-set;17(3):219-22, DOI 10.5935/1806-0013.20160075. Acesso em: 15 de mai. de 2020 às 20h02min.

PIOTROWSKA, Wieslawa et al. **“Comparação de analgesia, efeitos adversos e qualidade de vida em pacientes com câncer durante o tratamento de dores procedurais com morfina intravenosa, spray nasal de fentanil e comprimidos bucais de fentanil”.** Manejo e pesquisa do câncer vol. 11 1587-1600. 18 de fevereiro de 2019, doi: 10.2147 / CMAR.S179012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6388998/>. Acesso em: 15 de Mai. de 2020 às 16h25min.

POLAŃSKI, Jacek et al. **“O subtipo histológico do câncer de pulmão afeta a aceitação da doença, a gravidade da dor e a qualidade de vida.”** Journal of pain research vol. 11 727-733. 10 de abril de 2018, doi: 10.2147 / JPR.S155121. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5903479/>. Acesso em: 30 de Abr. de 2020 às 18h17min.

ROCHA, Amanda de Fátima Portugal et al. **O alívio da dor oncológica: estratégias contadas por adolescentes com câncer.** Texto & Contexto Enfermagem, vol. 24, núm. 1, enero-marzo, 2015, pp. 96-104. Acesso em: 15 de mai. de 2020 às 20h44min.

SOUZA, Carine Alves; SILVA, Débora Rodrigues; SOUZA, Sandra dos Santos. **Desafios do enfermeiro frente ao paciente oncológico em fase terminal.** Rev. Eletôn. Atualiza Saúde. Salvador, v. 4. n. p.47-58, jul./dez. 2016. Acesso em: 23 de nov. de 2019 às 22h38min.

SHEIKHALIPOUR, Zahra *et al.* **“Qualidade de vida em mulheres com câncer e seus fatores de influência.”** Revista de ciências do cuidado vol. 8,1 9-15. 1 de março de 2019, doi: 10.15171 / jcs.2019.002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6428157/>. Acesso em: 01 de Mai. de 2020 às 16h14min.

STÜBE, Mariléia *et al.* **Percepções de enfermeiros e manejo da dor de pacientes oncológicos.** Rev. Min Enferm. 2015 jul/set; 19(3): 696-703, DOI: 10.5935/1415-2762.20150053. Acesso em: 13 de mai. de 2020 às 14h42min.

QUEIMADURAS TÉRMICAS EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS DE IDADE: ORIENTAÇÃO AOS CUIDADORES

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 03/08/2020

Paloma Lucena Farias da Costa

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro-RJ
<http://lattes.cnpq.br/6602936652181641>

Simone Elizabeth Duarte Coutinho

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa –PB
<http://lattes.cnpq.br/7818135530440801>

Jael Rubia Figueiredo de Sá França

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa –PB
<http://lattes.cnpq.br/4954436220551945>

Elissandra Ferreira Barreto

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa –PB
<http://lattes.cnpq.br/7588308180402266>

Eliane Cristina da Silva Buck

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa –PB
<http://lattes.cnpq.br/9855395433239611>

Evelyne de Lourdes Neves de Oliveira

Universidade Federal da Paraíba
João Pessoa –PB
<http://lattes.cnpq.br/9003358878263813>

família (USF) com os cuidadores de crianças em território de maior prevalência em queimaduras térmicas de crianças menores de cinco anos de idade, do município de João Pessoa – PB. *Material e Métodos:* Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. A população investigada foi de 767 casos de queimaduras em crianças menores de 05 anos atendidas em um hospital de referência entre janeiro de 2011 a dezembro de 2016, de acordo os registros de boletins de entrada disponibilizados pelo hospital. A amostra deste estudo foram os cuidadores familiares de crianças menores de cinco anos cadastradas em sete USF integradas do bairro de maior prevalência em queimaduras térmicas (72) de João Pessoa, considerando o nível de confiança de 95% e a margem de erro de 5%. A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho a agosto de 2017. Os dados foram analisados e apresentados em gráficos. *Resultados:* Dos 161 cuidadores do estudo, 8% receberam orientações vindas do serviço de saúde, em todas elas, foi o profissional enfermeiro que fez as orientações e 82% das mesmas falavam sobre queimaduras térmicas. *Conclusão:* concluímos que há um déficit de orientações dadas pelo serviço, podendo acarretar o desencadeamento do índice de queimaduras no bairro.

PALAVRAS-CHAVE: Queimadura. Prevenção. Orientação. Criança. Cuidadores.

RESUMO: *Objetivo:* investigar as orientações de prevenção realizada em unidades de saúde da

THERMAL BURNS IN CHILDREN UNDER FIVE YEARS OF AGE: COUNSELING CAREGIVERS

ABSTRACT: Objective: to investigate how surveillance guidelines carried out in family health units with caregivers of children in the territory with the highest prevalence of thermal burns of children under five years of age, in the city of João Pessoa - PB. Material and Methods: This is a descriptive research, with a quantitative approach. The investigated population was 767 cases of burns in children under 05 years of age treated at a referral hospital between January 2011 and December 2016, according to records of entry bulletins made available by the hospital. A sample of this study was the family members of children under the age of five enrolled in the seven UBS integrated in the neighborhood with the highest prevalence of thermal burns (72) in João Pessoa, considering the 95% confidence level and the 5% error margin . Data collection was carried out between June and August 2017. The data were analyzed and presented in graphs. Results: Of the 161 study assistants, 8% receiving guidance from the health service, in all of them, it was the nurse professional who provided the guidance and 82% of the following practice thermal burns. Conclusion: concludes that there is a deficit of guidelines given by the service, it can activate or deactivate the high rate of burns in the neighborhood.

KEYWORDS: Burn. Prevention. Guidance. Kid. Caregivers.

INTRODUÇÃO

Queimaduras térmicas são lesões cutâneas, causadas por alguma fonte de calor com temperaturas elevadas, podendo ser de primeiro grau, segundo grau ou terceiro grau (BRASIL, 2012). A queimadura de primeiro grau é superficial, pois afeta a epiderme, causa vermelhidão, é muito dolorosa, provoca edema e descamação (BRASIL, 2012). Já as lesões causadas por queimadura de segundo grau são identificadas por formação de flictenas (bolhas) no local lesionado, por atingir a epiderme e a derme. Estas flictenas não devem ser perfuradas.

No que se refere à queimadura de terceiro grau, esta é a mais preocupante, pois atinge o tecido subcutâneo, nervos e vasos sanguíneos, muitas vezes podendo atingir também a estrutura muscular e é indolor. Na lesão, pode haver a presença de uma placa esbranquiçada ou com necrose, não reepiteliza e muitas vezes necessitam de enxerto de pele (BRASIL, 2012).

As queimaduras térmicas são a segunda causa de mortes em crianças menores de quatro anos, a prevalência é maior em crianças com idades entre 01 e 02 anos, constituindo 37,1% dos casos que acontecem entre 0 e 5 anos, sendo os líquidos superaquecidos o maior agente causador (ROCHA ,ET AL,2014; CRUZ; CORDOVIL; BATISTA, 2012).

Os acidentes domésticos tem relação com a idade da criança, etapa de desenvolvimento psicomotor, fatores ambientais, educacionais, socioeconômicos e

culturais, os quais estão relacionados com o comportamento e estilo de vida.

Segundo o estudo realizado no Centro de Tratamento de Queimaduras (CTQ) (MORAES, 2012) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), no período de 1º de janeiro de 2005 a 31 de dezembro de 2010, os cuidadores costumam prevenir as queimaduras térmicas geralmente por supervisão dos pequenos. Este estudo também sugere, a importância de orientações aos cuidadores, sobre este tema, pelas unidades básicas de saúde (UBS), com foco na prevenção de queimaduras em crianças.

A educação em saúde é uma estratégia para prevenir doenças/problemas e promover saúde por meio de conhecimentos sobre determinados temas, tem a proposta de manter o equilíbrio entre o saber e o fazer, buscando estimular a tomada de decisões consciente e com responsabilidade (CÂMARA, et al,2012). Assim, a informação, se torna uma estratégia importante na prevenção de acidentes, como queimaduras. O profissional de saúde que atua na atenção primária em saúde, deve buscar orientar os cuidadores quanto os meios de prevenção, conhecendo a realidade da criança e discutindo à situação de risco para um acidente (CORREA ; SILVA, 2006).

A importância da Educação em Saúde nas UBS para os profissionais de saúde é imprescindível, no momento da orientação qualificada, ele traz consigo o conhecimento científico e o conhecimento cultural que a população apresenta (LIMA JUNIOR; MELO; ALVES; PERENTE; FERREIRA, 2014).

Por perceber a importância deste tema para a sociedade, sabendo que é um problema de saúde pública e visando ampliar a necessidade de orientações sobre a prevenção deste acidente, justificamos a importância deste estudo.

Diante da importância da orientação para os cuidadores e compreendendo os riscos que as queimaduras térmicas causam nas crianças, surge a hipótese: As queimaduras térmicas em crianças menores de cinco anos estão diretamente relacionadas ao serviço que orienta ou não orienta os cuidadores das crianças?

Portanto, o objetivo desse estudo foi investigar as orientações de prevenção utilizada em unidades de saúde da família com os cuidadores de crianças em um território de maior prevalência em queimaduras térmicas de crianças menores de cinco anos de idade, do município de João Pessoa – JP.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. A população estudada, foram de crianças menores de cinco anos com episódio de queimaduras, atendidas em um hospital de referência, no período de janeiro de 2011

a dezembro de 2016, perfazendo 767 casos. A amostra deste estudo foi constituída de cuidadores de crianças menores de cinco anos, em território de maior prevalência de queimaduras térmicas do município, em atendimento nas UBS, no momento da coleta. Foi considerado como critério de inclusão ser o cuidador principal das crianças. Adotou-se como critério de exclusão os cuidadores de crianças que não são cadastrados na área adscrita com maior prevalência. Levando em consideração que a população pode ser heterogênea, ou seja, a quantidade de queimaduras não se aproxima de 50% dos atendimentos, foi utilizado $p=25\%$. Executando o cálculo amostral através da fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{(N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Dado a heterogeneidade dessa população alvo, considerando o nível de confiança de 95% e a margem de erro de 5%, a amostra representativa desta população foi formada por 161 cuidadores. Porém, após a entrevista verificou-se algumas incompatibilidades como: cuidadores que se negaram a participar da entrevista e algumas entrevistas que foram preenchidas incorretamente, resultando uma amostra de 145 entrevistados, A amostra foi realizada através de uma amostragem de probabilidade, que envolve a seleção aleatória de elementos da população, ou seja, onde cada elemento tem uma chance igual, independente de ser selecionado ou não (POLIT DF; BECK CT; HUNGLER BP, 2004). Portanto, o delineamento utilizado foi amostragem aleatória simples.

Para a investigação das orientações disponibilizadas pela UBS, foram entrevistados os cuidadores das crianças cadastrados em sete unidades de Saúde da Família, todas atuando de forma integrada com 4 ou 3 equipes de saúde, localizadas no território de maior prevalência de queimaduras térmicas em crianças na faixa etária estudada do município de João Pessoa-PB, totalizando 27 unidades. Foi utilizada uma entrevista estruturada composta por nove questões objetivas.

Inicialmente foi elaborado um banco de dados em planilhas do software Microsoft Excel versão 2010, onde foi avaliada a amostra de 145 entrevistados, sobre prevenção de queimadura térmica com crianças na cidade de João Pessoa. Os dados foram organizados através de tabelas e gráficos, contendo informações sobre os cuidadores como: a idade dos cuidadores, parentesco com a criança, a quantidade de crianças por cuidador, se já houve algum tipo de queimaduras com as crianças, as quais são responsáveis, onde guardam objetos inflamáveis, manuseio de fogos de artifícios e se costumam manter velas e tomadas perto de móveis que podem provocar incêndios; e acerca das orientações: eles receberam orientações, quem foi o profissional, se as orientações falavam sobre queimaduras térmicas. A

variável com relação a idade dos cuidadores foi utilizada a mensuração de intervalo, o pesquisador (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Pode especificar a classificação dos objetos em um atributo e a distância entre esses objetos, as demais variáveis foram utilizadas a mensuração nominal que faz o uso de números para categorizar as estatísticas.

Atendeu-se no estudo as considerações éticas da resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde que assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2013), como também o que rege a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007), que trata do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o parecer de nº1.988.125 e CAAE: 64676317.1.0000.5188. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foi realizado um levantamento de dados através do boletim de entrada das crianças com queimaduras, referente ao período de janeiro de 2011 a dezembro de 2016 disponibilizado pelo Sistema de Arquivos Médicos e Estatísticos (SAME) do hospital de referência, foi mapeado a prevalência de queimaduras térmicas em crianças menores de cinco anos de idade no município de João Pessoa-PB. Este mapeamento obtido com os dados de queimaduras no hospital de referência para essa intercorrência demonstrou duas áreas do município com alta prevalência, sendo o território do bairro de Mangabeira com 72 casos e o do Valentina de Figueiredo com 40 casos. A área de Mangabeira foi o foco do estudo com os cuidadores por apresentar maior prevalência.

Examinando dados da entrevista, por meio do responsável principal da criança, pôde-se observar que apenas em 2 (1%) o cuidador não tinha grau de parentesco familiar com mesma. Dentre os demais se constatou que 113 (78%) era a mãe, a responsável pela criança, enquanto 16 (11%) era avó, apenas 6 (4%) o pai que era o responsável, os outros 4 (3%) a tia e as demais 4 (3%) os responsáveis, eram pessoas que possuem algum tipo de vínculo afetivo com a criança, seja um vizinho ou alguém com certo grau de parentesco.

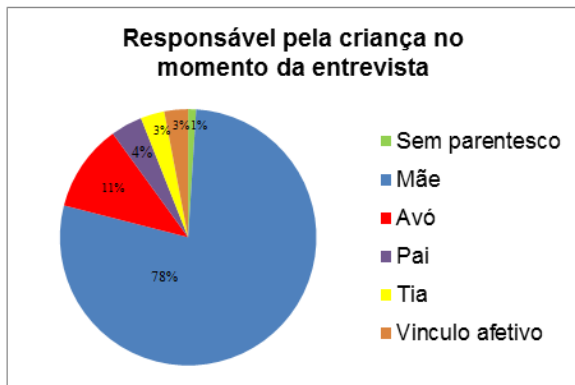


Gráfico 1. Responsável pela criança no momento da entrevista

Em relação, às orientações recebidas pelas USF pelos cuidadores na área estudada, do total da amostra, foi observado que em apenas 11 deles, os responsáveis relataram o recebimento de informações sobre queimaduras nas Unidades Saúde da Família correspondentes, o que indica que apenas 8% da amostra (aproximadamente) receberam orientações a cerca do assunto proposto, e em apenas 09 (82%) deles, os responsáveis obtiveram informações sobre queimaduras térmicas, conforme indica os Gráficos 1 e 2 Abaixo.

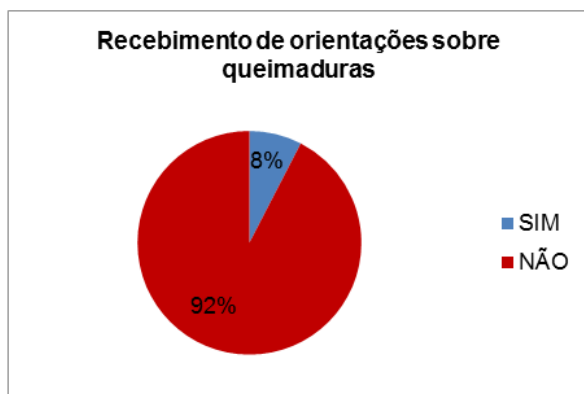


Gráfico 2. Recebimento das orientações sobre queimaduras térmicas pelos cuidadores das crianças nas Unidades Básica de saúde.

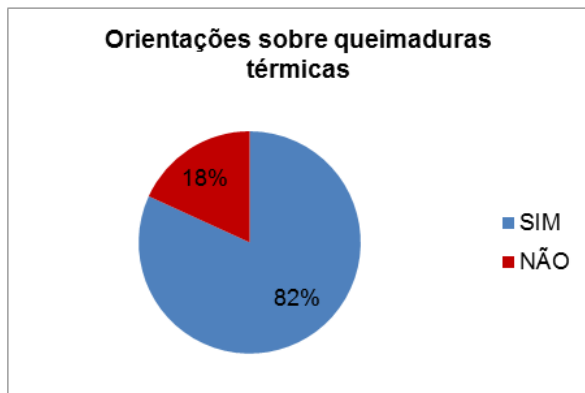


Gráfico 3. As orientações do profissional se referiam a queimaduras térmicas

Em todos os casos supracitados, as referidas informações foram repassadas por enfermeiros das USF.



Gráfico 4. Profissional que disponibilizou informações

Em relação aos acidentes por queimaduras térmicas com as crianças de menores de cinco anos de idade foi analisado que do total de 145 cuidadores, 30 (21%) dos responsáveis relataram que houve algum episódio anterior de queimadura com a(s) criança(s) sob sua responsabilidade.

No que diz respeito à prevenção de acidente doméstico que provocam queimaduras térmicas com as crianças, 122 (84%) dos responsáveis afirmam que habitualmente guardam objetos como isqueiros, fósforos, álcool entre outros, em locais que evitam o acesso da criança, enquanto que 21 (14,5%) utilizam outros locais da casa e 2 (1,5%) afirmou que tais objetos estão localizados abaixo da pia

no cômodo da cozinha.

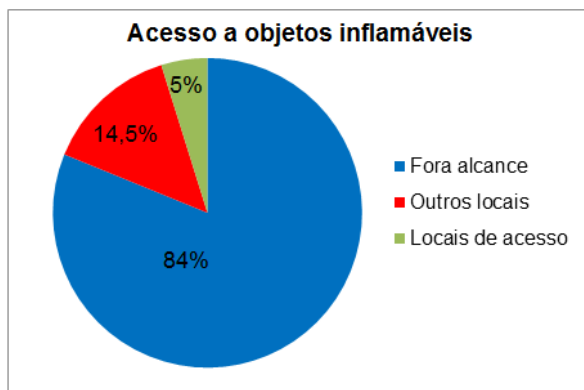


Gráfico 5. Acesso das crianças a objetos inflamáveis

Em relação a prevenção dos acidentes domésticos relacionados a queimaduras com líquidos superaquecidos, foi possível observar também que 135 (93%) dos responsáveis sempre costumam verificar a temperatura da água do banho e dos alimentos antes de ofertá-los às crianças, outros 6 (4%) mantêm esse comportamento ocasionalmente, e os demais 4 (3%) não verificaram

Em relação ao manuseio de fogos de artifício, 106 (73%) cuidadores afirmam que nunca deixam as crianças manusearem fogos de artifício, já, 30 (21%) em alguns momentos, liberam o manuseio dos fogos de artifício pela criança e 09 (6%) deixam sempre.

Ainda sobre a prevenção dos acidentes domésticos, foi possível observar também que 135 (93%) dos cuidadores sempre costuma verificar a temperatura dos alimentos antes de oferecê-los às crianças, outros 6 (4%) mantêm esse comportamento ocasionalmente, e os demais 4 (3%) não verificaram.

Por fim, em relação aos móveis da casa ficar em próximos às fontes de calor, apenas 28 (19%) afirmaram que mantêm camas e/ou sofás próximos a alguma fonte de calor, como por exemplo: velas.

DISCUSSÃO

O mapeado realizado no hospital, resultou na prevalência de queimaduras térmicas em crianças menores de cinco anos de idade no município de João Pessoa-PB. Este foi investigado com o propósito de identificar o bairro onde suponha que haveria menor índice de orientações sobre o problema citado. A prevalência é

um indicador de grande importância na saúde pública, pois fornece uma medida do volume ou carga da doença em uma comunidade ou população em um dado momento – informação essencial no planejamento dos serviços de saúde (OPAS, 2010).

Em apenas 2 (1%) casos o responsável pela criança não era o cuidador principal da criança, assim observa-se a importância do cuidador principal. O estudo realizado em dois prontos-socorros públicos no município de São Luís – MA, no período de agosto a novembro de 2011 (LAURSEN; NIELSEN, 2008). Refere que há muitas medidas preventivas que só quem cuida diretamente da criança é capaz de tomá-las, a família representa a primeira rede social dos indivíduos e contribui para a realização de nossas práticas e convívios sociais, nossa visão de mundo e de nós mesmos, influenciando inclusive em nossa saúde e sobrevivência (NETA; MACIEL; LOPES; SARDINHA ; CUNHA, 2014). Este estudo demonstrou, que 113 (78%) dos entrevistados, as mães eram as cuidadoras principais e apenas 6 (4%) o pai era o responsável principal. A mulher ainda é a principal responsável pelas atividades domésticas e pelos cuidados com os filhos, enquanto o homem permanece sendo considerado um ajudante, visto que não assume as responsabilidades e tarefas no lar como a mulher o faz (SANTOS; BONANI; YAKUWA ; ANDRADE; MELLO, 2016). Já o papel da avó como responsável no momento da entrevista, cerca de 6 (11%) se torna claro a importância de sua presença, visto que na maioria das vezes eles eram os cuidadores principais, as avós, nessas situações, muitas vezes acabam assumindo as responsabilidades referentes aos pais e tomam para si todos os cuidados com as crianças(CARDOSO; BRITO, 2014).

O estudo realizado demonstrou que apenas 11(8%) da amostra, recebeu devidamente as orientações sobre prevenção de queimaduras, 9(82%) delas falavam sobre queimaduras térmicas. As mesmas causam a destruição parcial ou total da pele, comprometendo funções básicas e podendo alterar o funcionamento dos outros órgãos, além de danos físicos, também é visto o trauma psicológico como um fator importantíssimo que modifica a vida do acidentado, como os meios educacionais são extremamente importantes para prevenir estas sequelas, educação em saúde como não só um meio de transmitir informação em saúde, mas também é uma ferramenta de promoção em saúde, a necessidade de haver promoções de campanhas educativas e maior propagação das informações relacionada sobre queimaduras para qualquer que seja o nível social e econômico a que pertença o indivíduo (BARBIERE ,et al, 2016; SALCI, et al, 2013; LIMA JUNIOR, et al, 2014).

Entretanto, todos os casos que foram repassados às orientações, estas foram realizadas pelos enfermeiros. As práticas educativas são parte integrante das ações dos enfermeiros, se tratando da atenção primária, essa prática é ainda mais necessária, visto que a educação em saúde está amplamente inserida no contexto da

atenção básica`, ainda conforme este autor a educação serve um instrumento que visa à conscientização e a liberdade do indivíduo (SILVA; ARAÚJO; SILVA; MERCÊS, 2013). De acordo, com a lei a qual atribui ao enfermeiro à educação, visando à melhoria de saúde da população. Os profissionais devem desenvolver a educação em saúde com, visão de integralidade, trabalho em equipe, desenvolvendo ações no campo individual e no coletivo, com conhecimento determinada por fatores inerentes a realidade local(BRASIL ,1986; ANDRADE; SCHWALM ;CERETTA; DAGOSTIN; SORATTO, 2013).

Neste estudo percebemos também que 30 (21%) responsáveis já presenciaram episódios de queimaduras com pelo menos uma das crianças que está em sua responsabilidade, as participantes do estudo vincularam o termo acidente à possibilidade de evitá-lo, condicionando a prevenção à vigilância contínua da criança (GURGEL; MONTEIRO, 2016).

Da amostra 122 (84%) dos responsáveis afirmam que habitualmente guardam objetos infláveis em locais altos, dentre os cômodos propícios para a ocorrência desses acidentes, destaca-se a cozinha. Nesse local, observa-se frequentemente a incidência de queimaduras com água fervente (VIEIRA; CARNEIRO; FROT; GOMES ;XIMENES, 2009).

Um estudo, realizado no período de outubro de 2009 e março de 2010 no Sistema de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) no hospital público estadual no município de João Pessoa, o mês de junho obteve o maior número de registros com 65 casos (22,4%) de queimaduras. Portanto, o estudo traz um dado preocupante, onde 9 (6%) deixam as crianças manusear fogos de artifícios durante as festas que ocorrem no referido mês (FERNANDES , 2012).

A maioria (97%) dos cuidadores geralmente tem o cuidado de verificar a temperatura dos alimentos antes de oferecer a criança, porém ainda há cuidadores 4(3%) não possuem o hábito de verificar antes de oferecer para a criança, em um estudo realizado em uma Unidade de Saúde da Família do bairro de Cidade Nova (USFCN), localizada no município de Natal/Rio Grande do Norte, doze cuidadoras afirmam que os acidentes domésticos acontecem por falta de atenção com a criança.

Por fim, apenas 28 (19%) afirmaram que mantém camas e/ou sofás próximos a alguma fonte de calor. Essa susceptibilidade de ocorrer um acidente, foi atribuída à infraestrutura domiciliar, evidenciada pelo espaço insuficiente (Gurgel; Monteiro, 2016) Tal realidade, poderá advir das condições socioeconômicas, atribuída há uma renda familiar mensal equivalente a um salário-mínimo, sendo a maioria dos entrevistados. Contudo, é necessário considerar a cultura, os costumes e as crenças familiares constituem fatores essenciais para implementação do cuidado e prevenção de novos acidentes domésticos. Estes, na maioria das vezes, são potencializados pela inobservância, pelos hábitos de vida e pela ausência de um

comportamento preventivo por parte das famílias (BRASIL, 2012).

CONCLUSÃO

Concluimos com este estudo, que ainda há um déficit significativo, em relação a orientações sobre o tema, vindas do serviço, visto que apenas 8% da amostra recebeu as devidas orientações, percebendo assim, que 92% da amostra permanece sem ter acesso a mesma, 82% dos entrevistados afirmaram que as orientações falavam sobre queimaduras térmicas, em contudo, o profissional de saúde que aborda é o enfermeiro, fazendo parte de orientador, seguindo o que lhe é atribuído, mas a educação em saúde deveria ser abordado pelas equipes de saúde que atuam na atenção primária em saúde. Estes resultados podem estar relacionados com o índice alto de queimaduras neste local. Assim, sugere-se para verificação da hipótese levantada que outros estudos possam ser realizados em outros bairros e municípios de prevalência de casos de queimaduras térmicas com crianças menores de cinco anos, correlacionando a atuação das Unidades Básicas de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Brasília,DF, 2012.

ROCHA, A.R.; MOREIRA, A.A.A.; SILVEIRA, B.F.; MELO, E.S.; FERREIRA, V.T.K.; REZENDE, M.S. et al. **Perfil epidemiológico de pacientes pediátricos queimados admitidos em um hospital público de referência**. Revista de Neurobiologia, Recife, 2014,v.77,p.1-2,2014.

FERNANDES, F.M.F.A.;TORQUATO, I.M.B; DANTAS,M.A.S;PONTES JÚNIOR, F.A.C;FERREIRA, J.A; COLLET, N. **Queimaduras em crianças e adolescentes: caracterização clínica e epidemiológica**. Rev. Gaúcha Enferm v. 33, n. 4, p 133-141, 2012.

CRUZ, B.F; CORDOVIL,P.B.L; BATISTA, K.N.M. **Perfil epidemiológicos de pacientes que sofreram queimaduras no Brasil: revisão de literatura**. Revista Bras. Queimaduras, Goiânia,v.11, n.4, p.50-246, 2012.

Moraes, E.F. **Percepção de pais e pediatras quanto à prevenção de queimaduras na infância**. 2012. Dissertação de mestrado- Centro de Pesquisa René Ranchou, Belo Horizonte, 2012.

CÂMARA, A.M.C.S.; MELO, V.L.C.; GOMES, M.G.P; PENA, B.C.; SILVA, A.P.; OLIVEIRA, K. et al. **Percepção do Processo Saúde-doença: Significados e Valores da Educação em Saúde**. Revista Brasileira de Educação Médica, Brasília, v.36, p 40-50, 2012.

CORREA, I.; SILVA, F.M. **Prevenção de acidentes domésticos à criança menor de 5 anos: Percepção materna**. Revi. Min. Enf, Belo Horizonte, v. 10, n.4, p 397- 401, 2006.

LIMA JUNIOR, E.M.; MELO, M.C.A.; ALVES, C. C.; PERENTE, E. A.; FERREIRA, G. E. **Avaliação do conhecimento e promoção da conscientização acerca de prevenção de queimaduras na população de Fortaleza-CE.** Rev. Bras. Queimaduras, Goiânia, v. 13, n. 3 p 161, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº466/2012, aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 14 de novembro de 2017.

COFEN. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução 311 de 12 de maio de 2007, que aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem.** Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=1-39-34-2007-02-09-311>. Acesso em : 14 de novembro de 2017.

OPAS. **Módulo de princípios de epidemiologia para o controle de enfermidades (MOPECE)**. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo_principios_epidemiologia_3.pdf. Acesso em: 15 de março de 2020.

LAURSEN, B.; NIELSEN, J.W. **Influence of sociodemographic factors on the risk of unintentional childhood home injuries.** Eur J Public Health, Reino Unido, v.18, n. 4, p 366-70, 2008.

NETA, A.P.R.; MACIEL, S.M.; LOPES, M.S.H.; SARDINHA, A.H.L.; CUNHA, C.L.F. **Perfil dos acidentes por queimaduras em crianças menores de dez anos.** SANARE, Ceará, v.13, n. 1, p.41-7, 2014.

SANTOS, J.S.; BONANI, M.S.; YAKUWA, M.S.; ANDRADE, R.D.; MELLO, M.F. **O cuidado e a prevenção de acidentes na infância: perspectiva de mães adolescentes.** Rev. Enf. UERJ, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 16681, 2016..

CARDOSO, A.R; BRITO, L.M.T. **Ser avó na família contemporânea: que jeito é esse?.** Psico-USF, São Paulo, v. 19, n.3, p. 433-4, 2014.

BARBIERE, M.C.; TACLA, M.T.G.M.; FERRERI, R.A.P.; SANT ANNA, F.L. **Cotidiano de pais de crianças de queimaduras após a alta hospitalar.** Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped, São Paulo, v. 6, n.1, p. 21-7, 2016.

SALCI, M.A.; MACENO, P.; ROZZA, S.G.; SILVA, D.M.G.V.; BOEHS, A.E.; HEIDEMANN, I.T.S.B. **Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões.** Texto Contexto Enfermagem, Santa Catarina, v. 22, n. 1, p. 224-230, 2013.

SILVA, A.L.Q.C.; ARAÚJO, L.S.; SILVA, Z.S.S.B.S.; MERCÊS, P.L. **Práticas educativas mais utilizadas pelos enfermeiros na atenção básica: uma revisão bibliográfica.** Revista Científica do ITPAC, Tocantins, v. 6, n. 4 p. 6, 2013.

BRASIL. Presidência da República. Congresso Nacional. **Lei N° 7. 498 de 25 de junho de 1986, art. N°11, atribui ao enfermeiro a educação, visando à melhoria de saúde da população.** Brasília, 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 14 de novembro de 2017.

ANDRADE, A. C. V.; SCHWALM, M.T.; CERETTA, L.B.; DAGOSTIN, V.S.; SORATTO, M.T. **Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da estratégia saúde da família.** O Mundo da Saúde. São Paulo, v. 374, p. 439-449, 2013.

GURGEL, A.K.C, MONTEIRO, A.L. **Prevenção de acidentes domésticos infantis: susceptibilidade percebida pelas cuidadoras.** Rev . Fund. Care, São Paulo, v. 8, n. 4,p. 5126- 35, 2016.

VIEIRA, L.J.E.S.;CARNEIRO,R.C.M.M.; FROTA, M.A.; GOMES, A. L.A.;XIMENES, L.B. **Ações e possibilidades de prevenção de acidentes com crianças em creches de Fortaleza.** Ciênc. Saúde coletiva, Ceará, v. 14, n.5, p. 1687- 97, 2009.

RISCO CARDIOVASCULAR EM DIABÉTICOS TIPO II DO CENTRO DE ATENDIMENTO AO DIABETES - CADIA, SEGUNDO O ÍNDICE UKPDS

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 30/06/2020

Salete Regina Daronco Benetti

UFPR

Universidade do Contestado

Mafra, SC

<http://lattes.cnpq.br/1437765388709422>

Susamar Ferreira da Silva

Universidade do Contestado, UnC

Mafra, SC

Fernanda Vandresen

Universidade do Contestado, UnC

Mafra, SC

<http://lattes.cnpq.br/2905432132157657>

Rosiclei Teresinha Weiss Baade

UNICAMP

São Bento do Sul, SC

RESUMO: Esta pesquisa quantitativa, exploratória, documental e bibliográfica foi realizada com o objetivo de investigar o risco cardiovascular em pacientes com diabetes melitos tipo II (DMII) do Centro de Atendimento ao Diabetes - CADIA. Dos 171 prontuários disponíveis no CADIA; 109 prontuários cumpriram os critérios de inclusão e exclusão, e foram incluídos no estudo. Uma calculadora específica (UKPDS Risk Engine, Universidade de Oxford, Reino Unido) foi utilizada para determinar o risco de doença cardiovascular (DCV) em pacientes com DMII. **Resultados:** a amostra foi composta,

em maior número, por mulheres (59,6%), e pacientes com idade entre 60-64 anos (19,26%) e entre 70-74 anos (19,26%). Escore de risco para doença arterial coronariana (DAC): 37,6% da amostra com risco baixo (resultados entre 4% e 9%); 35,8% com risco intermediário (entre 11% a 19%); 26,6 com alto risco (entre 21% e 68%). Escore de risco para DAC fatal: 51,4% dos pacientes tiveram baixo risco (2% a 9%); 31,2% com risco intermediário (10% a 19%); 17,4% apresentaram alto risco (21% a 60%). Possível acidente vascular cerebral (AVC): 59,6% com baixo risco (resultados de 2% a 9%); 22% com risco intermediário (10% a 19%); 18,3% alto risco (21% a 88%). Escore para AVC fatal: 98,2% com baixo risco (entre 0,2% e 9%); 1,8% com risco intermediário (10% a 18%). Não foram encontrados pacientes com alto risco de AVC fatal. Os resultados evidenciam que uma parte significativa dos usuários do CADIA apresentam fatores de risco que aumentam as chances de desenvolver doenças cardiovasculares, por isso torna-se importante intensificar o trabalho de rastreamento e intervenção no cuidado dos usuários do CADIA e de outros serviços de saúde do município.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus. Complicações. Risco cardiovascular. Hiperglicemia. Grupos de risco.

CARDIOVASCULAR RISK IN DIABETICS TYPE II OF THE DIABETES SERVICES CENTER - CADIA, ACCORDING TO THE UKPDS INDEX

ABSTRACT: This quantitative, exploratory,

documentary, and bibliographic research was performed to investigate the cardiovascular risk in patients with type II diabetes mellitus (DMII) of the Diabetes Care Center - CADIA. From 171 records available at CADIA; 109 medical records met the inclusion and exclusion criteria; and were included in the study. A specific calculator (UKPDS Risk Engine, University of Oxford, United Kingdom) was used to determine the risk of cardiovascular disease (CVD) in patients with DMII. Results: the sample was composed, mostly, by women (59.6%), and patients aged between 60-64 years (19.26%) and between 70-74 years (19.26%). Risk score for coronary artery disease (CAD): 37.6% of the sample showed low risk (results between 4% and 9%); 35.8% intermediate risk (between 11% to 19%); and 26.6% high risk (between 21% and 68%). Risk score for fatal CAD: 51.4% of patients were at low risk (2% to 9%); 31.2% intermediate risk (10% to 19%); and 17.4% presented a high risk (21% to 60%). Risk of cerebrovascular accident (CVA): 59.6% presented low risk (results from 2% to 9%); 22% intermediate risk (10% to 19%); and 18.3% high risk (21% to 88%). Score for fatal CVA: 98.2% showed low risk (between 0.2% and 9%); and 1.8% intermediate risk (10% to 18%). No patients were found to be at high risk of fatal stroke. The results show that an important part of CADIA users has risk factors that increase their chances of developing cardiovascular diseases. Therefore, it is important to intensify the work of screening, care and intervention in the CADIA users and other health services.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus; Complications; Cardiovascular diseases; Hyperglycemia; Risk groups.

1 | INTRODUÇÃO

Esta pesquisa investigou o risco cardiovascular dos usuários com Diabetes Mellitus tipo II (DM II), que buscam atendimento no Centro de Atendimento ao Diabetes (CADIA), localizado no município de São Bento do Sul – SC.

São Bento do Sul está localizado no norte de Santa Catarina com uma população estimada em de 83.576 habitantes no ano de 2018 (BRASIL, 2018), onde, 95,23% residem na área urbana e 4,77% na área rural. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,782 em 2010, a taxa de analfabetismo de 2,8% população acima de 15 anos (2010), e a expectativa de vida no estado de SC é de 79 anos (2013) (BAADE, 2015).

A Diabetes Mellitus (DM) não é considerada uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos apresentando em comum a hiperglicemia. Esta ocorre como consequência de defeitos na ação da insulina ou da secreção da insulina ou até mesmo ambos (BRASIL, 2006). A DM é considerada um dos principais fatores de riscos para eventos cardiovasculares, pois os altos níveis glicêmicos oxidam os vasos sanguíneos que levam sangue para o coração, com isso elevam a ocorrência, respectivamente, da angina ou do infarto. O tempo de duração da diabetes é um fator importante no desenvolvimento da doença coronariana. Esse distúrbio está entre as principais causas de morbidade e mortalidade, há outros

fatores de risco associados como o sedentarismo, que leva ao aumento de peso, e consequentemente aumento da resistência à insulina; a dislipidemia, que pode ou não ser acompanhada de hipertensão pré-existente ou levar ao aumento da pressão arterial secundária e a insuficiência renal (IR) (FLOR; CAMPOS, 2017).

A DM é distúrbio metabólico a ser manejada na Atenção Básica (AB), diante desses fatos se fez necessário conhecer a realidade existente no CADIA, visto que os resultados podem contribuir para um melhor acompanhamento e assistência desses usuários, propondo ações a ser implementadas no setor. Acredita-se que os dados da pesquisa são significativos, pois, mostram um olhar sobre as complicações decorrentes do DM II nesta população, contribuindo para melhorar das suas condições de saúde.

A pesquisa buscou uma maneira de rastrear esses indivíduos com prognóstico desfavorável, identificar pacientes diabéticos tipo II assintomáticos que se beneficiarão de testes e diagnósticos para detecção precoce de doença cardiovascular (DCV), visando medidas preventivas e terapêuticas, capazes de reduzir a morbimortalidade desses indivíduos. Tendo isso como base, estabeleceu-se a seguinte questão norteadora: qual o risco cardiovascular, segundo o índice UKPDS, dos usuários com DM II atendidos no CADIA?

Para a pesquisa foi estabelecido o seguinte objetivo geral: Investigar o risco cardiovascular em prontuários dos usuários do CADIA com DM II insulinizados, atendidas no serviço. Também foram elencados objetivos específicos: Identificar os fatores geradores dos riscos cardiovasculares, segundo calculadora UKPDS, em portadores de com DM tipo II; Correlacionar o risco de doenças cardiovasculares de acordo com o sexo e idade; Avaliar o risco cardiovascular de maior prevalência segundo sexo e idade; Elencar as comorbidades dos portadores de DM II usuários do CADIA. Para atingir o propósito da pesquisa, foi necessário analisar, nas bibliografias e documentos existentes, quais os fatores pré-existent que elevam o risco cardiovascular em pessoas com DM tipo II.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa caracteriza-se por abordagem quantitativa, exploratória, documental e bibliográfica. Para a sua execução buscaram-se informação nos prontuários dos usuários junto ao CADIA, com a devida autorização. O universo compreendeu um total de 171 prontuários de usuários com DM II e a amostra compreendeu 109 prontuários elegíveis (que constavam as informações completas) e que, portanto, foram analisados. Entre os critérios de exclusão estão: os prontuários de diabéticos tipos I, diabetes Lada, DM tipo II em tratamento via oral e diabetes gestacional.

Para coleta de dados foi utilizada a ferramenta UKPDS Risk Engine, da Universidade de Oxford – Reino Unido, uma calculadora de risco específico de DM II, que fornece uma estimativa de risco e intervalos de confiança de 95%, em indivíduos com DM II não conhecidos por ter doenças cardíacas (UKPDS RISK ENGINE, 2018). Este também é aceito pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2015).

Sobre o escore de risco, Bertoluci *et al.* (2015, p. 15), dizem que:

O uso da calculadora UKPDS demonstrou o escore de risco com estimativa de 10 anos para doença das artérias coronária fatal e não fatal (DAC), acidente vascular cerebral fatal e não fatal (AVC), em indivíduos com DM II, seu desfecho foi considerado da seguinte forma: menor que 10% baixo risco, entre 10% a 20% risco intermediário, maior que 20% alto risco.

Realizou-se a leitura de artigos e livros sobre DM II e DCV para uma melhor fundamentação teórica. Após a análise dos prontuários, organização e sintetize dos dados coletados, interpretação para alcançar o objetivo proposto e responder a questão norteadora. Em um terceiro momento foi realizado uma estimativa de risco com os dados coletados, o cálculo através da idade do indivíduo, sexo, etnia, tabagismo, presença ou ausência de fibrilação atrial e níveis de hemoglobina glicosada, pressão arterial sistólica, colesterol total e colesterol HDL. Ressalta-se que o risco calculado a estimativa de incidência de DCV fatal ou não fatal nos próximos 10 anos.

3 I RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 109 prontuários elegíveis que foram analisados, a idade dos usuários está entre 35 a 89 anos, distribuídos a seguir: sendo que o índice maior de usuários é de idosos entre 60-64 anos e entre 70-74 anos, ambos com 21 usuários (19,26% cada); 65 (59,6%) são mulheres e 44 (40,4%) homens. O tempo de diagnóstico comprovado dos usuários analisados foi de 1 a 40 anos.

As complicações relacionadas ao DM devem ser investigadas em relação ao tempo de diagnóstico, pois se observa que ao longo dos anos as complicações aumentam gradativamente. Entre os idosos há um maior percentual de complicações relacionadas ao DM, observando que o tempo da doença e os anos vividos podem ser afetados pela exposição clínica e o tempo de tratamento recebido ao longo da vida (CORTEZ *et al.*, 2015).

Referente ao diagnóstico de Fibrilação Atrial (FA): 108 (99,1%) não apresentaram FA; 01 (0,9%) usuário com diagnóstico comprovado de FA. A média de idade dos usuários pesquisados foi de 54,5 (DP 31,4). A FA ocorre quando há uma alteração eletrofisiológica na formação/propagação do impulso elétrico, resultante

de uma anormalidade de tecido atrial (MAGALHÃES *et al.*, 2016).

Referente a última verificação da Pressão Arterial: obteve-se os seguintes resultados: valores $<$ ou $=$ a 139 mmHg, 43 usuários (39,4%); $>$ 139 mmHg, 66 (60,6%), com média de 146 mmHg (DP 41,95). O valor limítrofe da Pressão Arterial Sistólica (PAS), de acordo com as recomendações da American Diabetes Association – ADA de 2009, é de 139 mmHg (TAVARES *et al.*, 2010).

Referente à etnia: 106 pertencem à etnia branca (97,2%) e 03 (2,8%) afro-caribenhos.

Referente ao tabagismo: 12 (11%) são fumantes ativos, destes 05 fumam há mais de 40 anos, com início na adolescência entre 13 e 16 anos de idade. Ex-fumantes totalizam 22 (20,2%), fumaram por 18 a 40 anos. O tempo referido nos prontuários da cessação do tabagismo variou de 02 a 37 anos. Informações sobre não fumantes configurou 75 (68,8%) usuários.

Referente aos exames laboratoriais:

- Hemoglobina Glicada (HbA1C ou A1C): A1C - entre 6% a 13%, média de 9,5% (DP 2,44) com equivalência de uma glicemia média estimada em 226 mg/dl. Para o cálculo da estimativa de glicemia média, foi utilizada a fórmula: $28,7 \times \text{Hb A1c} - 46,7 = \text{GME}$ (LAB TESTS, 2019).

Em 22 usuários (20,25%) os valores estavam entre 6% a 7%; 47 usuários (43,1%) entre 7,1% a 8%; 15 usuários (13,8%) entre 8,1% a 9%; 13 usuários (11,9%) entre 9,1% a 10%; 9 usuários (8,3%) entre 10,1% a 11%; 1 usuário (0,9%) entre 11,1% a 12% e 2 usuários (1,8%) entre 12,1% a 13%. Segundo as recomendações Sociedade Brasileira de Diabetes (2017/2018), a meta razoável de A1C é de 7% para uma pessoa com diabetes bem controlado.

- Colesterol Total (CT): 72 (66,1%) $<$ 190 mg/dl e 37 (36,9%) $>$ 190 mg/dl com média de 173 mg/dl (DP 41,95). Fuladi *et al.* (2017) sugerem que os valores do perfil lipídico desejável seja $<$ que 190 mg/dl.

- Colesterol HDL tem como valor de referência desejável $>$ de 40 mg/dl (MAGALHÃES, 2017). Nesta pesquisa 46 usuários (42,2%) tiveram seus exames com valores $<$ 40 mg/dl e 63 (57,8%) $>$ ou $=$ a 40 mg/dl, com média de 46,97 mg/dl (DP 16,98).

A Doença Arterial Coronariana (DAC) é o resultado da obstrução por placas de gordura, dos vasos sanguíneos que irrigam o coração, provocando assim uma diminuição da luz do vaso (isquemia) (SBIB, 2016).

Referente ao escore de risco para DAC: 41 (37,6%) usuários com resultados entre 4% a 9%, significando risco baixo, com média de 6,5% (DP 1,8); 39 (35,8%) usuários com resultados entre 11% a 19% caracterizado como risco intermediário, com média de 15,3% (DP 3,33); 29 (26,6%) usuários com resultados entre 21% a 68% caracterizado como alto risco, com média de 39,6% (DP 13,23).

Referente ao escore de risco para DAC fatal: 56 usuários (51,4%) entre 2% a 9%, caracterizado como baixo risco, com média de 5,5% (DP 2,44); 33 usuários (31,2%) entre 10% a 19% sendo risco intermediário, com média de 14,5% (DP 3,02); 19 usuários (17,4%) entre 21% a 60% alto risco, com média de 37,04% com (DP 11,8).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de morte, internações e incapacidades adquiridas em todo o mundo, é uma doença que acomete mais homens que mulheres, provocando paralisia da área cerebral acometida. Isso ocorre quando há o entupimento ou rompimento de vasos que levam sangue para o cérebro.

Referente à possível AVC: 65 usuários (59,6%) com resultados de 2% a 9%, caracterizando baixo risco, com média 5,1% (DP 2,41); 24 usuários (22%) entre 10% a 19%, risco intermediário, com média 15% (DP 3,33); 20 usuários (18,3%) entre 21% a 88%, alto risco, com média de 42,5% (DP 20,53).

Referente ao Escore para AVC fatal: 107 usuários (98,2%) têm resultados entre 0,2% a 9%, sendo baixo risco, com média de 4,5% (DP 3,02); 02 usuários (1,8%) 10% a 18%, risco intermediário, com média de 14% (DP 2,94). Não foram encontrados, nesta pesquisa, usuários avaliados com uso da calculadora UKPDS com alto risco em relação ao AVC fatal.

Referente a distribuição das comorbidades: As comorbidades de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, obesidade associadas a DM II, estão atribuídas da seguinte forma: 35 (22,93%) dos usuários são hipertensos; 25 (22,93%) possuem dislipidemia e hipertensão arterial sistêmica (HAS); 13 (11,92%) estão classificados na classe de pré-obeso e obeso conforme IMC.

Referente às complicações relacionadas ao DM II: 02 (1,8%) usuários apresentaram complicações oftalmológicas como (glaucoma e catarata) e HAS; 02 (1,8%) possuem retinopatia diabética.

Referente às neuropatias diabéticas periféricas: A neuropatia sensorial é mais conhecida entre as pessoas com diabetes, ela resulta na perda da sensibilidade das partes mais distais das extremidades. No diabético essa diminuição sensorial torna-os mais propensos aos comprometimentos das atividades dos nervos podendo alterar o comportamento autonômico, motor e sensorial, predispondo os indivíduos a lesões nos pés e outras complicações (IDF, 2017).

Há um sistema para classificação de grau de risco das neuropatias diabéticas periféricas, que é proveniente do consenso internacional sobre o pé diabético (BRASIL, 2001): 0 – Para neuropatias ausentes; 1 – Para neuropatias presentes; 2 – Para neuropatias presentes, sinais de doença vascular periférica e/ou deformidades nos pés; 3 – Amputação/úlceras prévias.

Dos 109 prontuários analisados, 78 (71,56%) usuários realizaram o exame

dos pés com enfermeiros ou médicos do município entre os anos de 2009 a 2019 e, 31 (28,44%) dos usuários não constam informações em seus prontuários sobre a realização do exame. Dos que realizaram exames, com os seguintes resultados: 53 usuários (48,62%) apresentaram grau de risco 0; 17 usuários (15,60%) apresentaram grau de risco 1; 5 usuários (4,59%) apresentaram grau de risco 2; e 3 usuários (2,75%) grau de risco 3.

Referente a Nefropatia: A microalbuminúria é usada como um marcador em pacientes diabéticos e hipertensos para desenvolvimento da doença renal sendo também um fator de risco DCV nessa população. Valores de microalbuminúria são considerados normais abaixo de 30mg/24h (WANG *et al.*, 2018).

Constatou-se que: 19 (17,43%) usuários apresentavam microalbuminúria aumentadas. Seus resultados variaram entre 51,90 mg/24h a 1458,3 mg/24h, diagnosticadas por exames laboratoriais; 90 (82,57%) usuários não apresentavam em seus prontuários físicos, nem no sistema integrado, exame de controle de microalbuminúria.

Referente às complicações cardíacas: 08 usuários (7,33%) apresentam diagnóstico de Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e 02 usuários (1,8%) de infarto agudo do miocárdio (IAM).

Referente a complicações neurológicas, associadas a outras comorbidades: 07 usuários (6,42%) têm histórico de AVC isquêmico.

Referente ao grau de instrução: 93 (85,32%) não concluíram o ensino fundamental; 09 (8,26%) têm o ensino médio completo; 04 (3,67%) possuem ensino superior completo; 02 (2,75%) são analfabetos funcionais.

4 | ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dos resultados encontrados, o fato do estudo ser constituído com predominância feminina sobre a masculina, explica-se devido que a maior procura pelos serviços de saúde por mulheres. Segundo Levorato *et al.* (2014), o homem sente certa dificuldade em relatar o que sente e os seus problemas, na holística masculina a busca pelos serviços de saúde representa um risco para sua masculinidade aproximando assim a uma representação da sua feminilidade.

Outro dado de grande relevância segundo o Ministério da Saúde (MS) é o crescimento da DM mundialmente, devido ao processo de envelhecimento da população (BRASIL, 2016b). O DM em idosos representa 50% dos casos de DM II, com mais de 60 anos de idade, representando uma doença de grande impacto para os serviços de saúde, e para o próprio idoso acometido (RAMOS *et al.*, 2017).

Não há dados atuais para o perfil de pessoas com diagnóstico de diabetes, conforme o MS, com dados coletados pela VIGITEL em 2013, o envelhecimento

populacional junto ao aumento da circunferência abdominal, sedentarismo e estresse contribuem para o aumento da diabetes no Brasil (SBD, 2014).

Este estudo revelou um baixo índice de usuários fumantes, no que diz respeito ao risco cardiovascular (CV) este é um fator positivo, pois o tabaco tem ligação direta com DCV, seu uso ou exposição contribuem em 17% das mortes relacionadas a doenças cardíacas. Políticas de prevenção foram criadas oferecendo apoio e acolhimento para que as pessoas possam deixar o tabaco, advertências e avisos estampados e embalagens de tabaco, aumento de impostos sobre esse produto, bem como a implementação de campanhas e programas antitabaco, que informam as pessoas em geral sobre danos diretos e indiretos da exposição ao fumo (WHO, 2018).

Dos 109 prontuários analisados os tabagistas e ex-tabagistas apresentaram um risco de DAC e AVC alto ou médio, com probabilidade de DAC fatal. Em relação ao DM os possíveis mecanismos envolvidos para o aumento das complicações, a vasoconstrição cutânea induzida pela nicotina pode diminuir ou retardar a absorção da insulina, além disso, receptores nicotínicos das células betas do pâncreas ligando-se com a nicotina e diminuem a secreção da insulina, promovendo a obesidade central, aumentando os níveis de cortisol, marcadores inflamatórios e estresse oxidativo (PIMAZONI-NETTO, 2018).

Referente aos níveis de HbA1C, sua manutenção em 7% é uma das metas de controle glicêmico para a maioria das pessoas com diagnóstico de DM II. Elevação do A1C acima de 7% de forma permanente desenvolve lesões orgânicas irreversíveis, os níveis de glicose elevados são tóxicos ao organismo elevando o risco de complicações progressivas (SBD, 2017/2018).

Referente à dislipidemia, os altos níveis de CT e baixos níveis de HDL são um fator de risco muito forte para DCV, considerando que é um risco modificável com a mudança no estilo de vida e tratamento medicamentoso, reduzindo o desfecho de DCV (XAVIER *et al.*, 2013).

Em relação às comorbidades, a HAS é uma condição comórbida com prevalência de até três vezes em pessoas com DM II, aumentado significativamente o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, diminuindo assim a qualidade e expectativa de vida da população (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Para Francisco *et al.* (2018) quando associada a DM, a HAS é uma importante causa de morbidade e mortalidade e, estudos demonstram que o risco de morte cardíaca aumenta em pessoas com esses distúrbios em cerca de quatro vezes, portanto seu controle é para reduzir os AVCs, os óbitos relacionados a DM, a ICC e as complicações microvasculares.

O sobrepeso e a obesidade caracterizam outra comorbidade associada ao grupo de usuários estudados, sendo um importante problema de saúde pública.

Pode estar relacionado a fatores metabólicos, genéticos, estilo de vida, aumento do consumo de alimentos gordurosos e carboidratos simples e, sedentarismo que aumentam o número de casos de obesidade. Essa comorbidade é um fator de risco para outras complicações, sendo apontada como uma doença de grande impacto social. Portanto dieta, reeducação alimentar, redução do peso e atividade física são medidas imprescindíveis para obtenção de resultados (SOUZA *et al.*, 2018).

Foram analisadas, também, complicações oftalmológicas, cardiovasculares e neurológicas decorrentes da DM. Entre as consequências encontra-se o IAM, AVC e retinopatia, neuropatias e nefropatias. A Sociedade Brasileira de Nefrologia descreve que a DM associada ao aumento da obesidade e envelhecimento da população é responsável pelo aumento do risco de desenvolver insuficiência renal crônica (IRC), dos portadores de DM II, 5% a 10% desenvolvem insuficiência renal (IR). A nefropatia diabética pode se manifestar vários anos após o diagnóstico de DM, pois é uma doença invisível e danifica os rins de forma irreversível, progredindo até a insuficiência renal crônica terminal (SBN, 2019).

As neuropatias levam muitas vezes a amputações de MMII sendo duas vezes mais comum em pessoas com DM. A neuropatia diabética afeta 60% a 70% dos diabéticos, sendo a neuropatia periférica a de maior impacto, propiciando junto com a doença vascular o aparecimento de lesões graves nos pés, denominado “pé diabético” (SOARES *et al.*, 2017).

Dados da Pesquisa Nacional da Saúde apontam que 5% das pessoas com DM diagnosticado a menos de 10 anos, e 5,8% com diagnóstico acima de 10 anos apresentam feridas nos pés. Aproximadamente 20% das internações de pessoas com DM decorrem de lesões em MMII e, 85% das amputações de MMII em diabéticos são devidos a ulcerações, tendo como fatores de risco a neuropatia periférica, deformidades e traumatismos nos pés, considerando que isso implica de maneira física, mental e social de forma significativa por ser uma complicação irreversível (BRASIL, 2016c).

Referente ao grau de instrução observa-se que grande parte da população estudada não completou o ensino fundamental. Segundo Motta *et al.* (2014), isso gera dificuldade de compreensão da doença e suas complicações, provocando assim, uma grande deficiência no processo de aprendizagem para realizar o autocuidado em saúde.

O estudo evidenciou elevada prevalência (média e alta) de RCV entre os usuários com DM do ambulatório da CADIA, sendo o risco alto maior entre os homens e o médio entre as mulheres. Para esses resultados as variáveis foram: a idade, os altos índices de A1C e os baixos níveis de colesterol HDL.

Deve-se levar em conta a importância desses dados como ferramenta no manejo dos usuários com DM, pois a estratificação de RCV e a identificação de

seus fatores permitem ao enfermeiro o desenvolvimento de ações educacionais e assistência continuada, realizando a promoção em saúde de forma individual ou coletiva entre os usuários com DM II na Atenção Básica. Grupos de educação em saúde são imprescindíveis para o monitoramento da situação de saúde de cada indivíduo, com objetivo de melhorar a qualidade de vida e aumentar a sobrevivência desses usuários.

Considerando o escore de risco Framingham utilizado para estratificação de risco cardiovascular, publicado pela revista de pesquisa em saúde em 2017, em um estudo realizado por Schmidt; Benetti e Aires (2017), verificou uma maior prevalência de mulheres com diagnóstico de DM II sendo 46% apresentaram médio risco para DCV e entre os homens 49% apresentaram um risco DCV alto de um total de 116 indivíduos pesquisados. Deve-se considerar os portadores de DM como alto risco, pois mesmo que ainda não apresentem complicações há grande probabilidade de vir a desenvolver no futuro.

5 | CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve por objetivo investigar o risco cardiovascular em DM II, a partir de informações contidas em prontuários físicos e eletrônicos de usuários de um centro de atendimento ao diabetes. É importante ressaltar que essa pesquisa apresenta limitações, visto que os dados foram obtidos a partir de informações previamente coletadas por profissionais da saúde do serviço, não sendo possível um controle maior dessas informações por parte da pesquisadora. Além disso, obteve-se uma amostra limitada, portanto as características do estudo não irão necessariamente refletir as características de todos os usuários do município pesquisado.

Porém, mesmo considerando as suas limitações, pode-se evidenciar que uma parte significativa dos usuários com DM II atendidos no serviço de saúde especializado, CADIA, apresentam fatores de risco que aumentam a chance de desenvolver doenças cardiovasculares. Devido a esse aumento é importante promover mudanças no processo de trabalho, otimizando recursos, qualificando os profissionais, proporcionando educação permanente com objetivo de compreender a complexidade e progressão do DM, traçando e compartilhando condutas entre a equipe multiprofissional, para melhor adesão do usuário ao tratamento.

Frente aos resultados devem-se elaborar estratégias com objetivo de obter um bom controle metabólico, estabelecendo uma comunicação de boa qualidade entre os profissionais de saúde e os usuários em todas as fases do tratamento para um melhor ajuste terapêutico em diabetes, envolver a família através do conhecimento das possíveis complicações do DM, tornando-os colaboradores no

autocuidado desses usuários, garantindo assim o aumento da qualidade de vida e sobrevida dessas pessoas.

Acredita-se que após o levantamento dos dados de classificação de RCV, e divulgação entre os profissionais do CADIA, haverá um trabalho de intervenção e implementação de Procedimento Operacional Padrão (POP), para rastreamento e monitoração dos usuários com DM II, bem como a utilização da calculadora UKPDS para cálculo de risco, que deverão abranger as demais unidades de saúde do município, estabelecendo um score de risco entre as pessoas com DM, pois este distúrbio metabólico já predispõe ao RCV.

Fica a sugestão para novas pesquisas sobre o tema, com outros atores em outros cenários, para que se possa cada vez mais conhecer e estabelecer estratégias a fim de reduzir as comorbidades e garantir maior longevidade com melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BAADE, Rosilei Teresinha Weiss. **Coconstrução da Autonomia do Cuidado da Pessoa com Diabetes Mellitus**. 2015. 298 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva Gestão e Políticas Públicas, Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015. Cap.10.

BERTOLUCI, Marcello Casaccia *et al.* Recomendação Sobre o Uso de Estatinas em Pessoas com Diabetes. **Sociedade Brasileira de Diabetes**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.1-23, mar., 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Distrito Federal – DF. Secretária do Estado do distrito Federal. **Consenso Internacional sobre Pé Diabético**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Distrito Federal - DF. João Gomes Temporão. Secretaria de Atenção a Saúde (Org.). **Cadernos de Atenção Básica: Diabetes Mellitus**. 16.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p.

_____. Fio Cruz. **No Dia Mundial da Saúde** - OMS lança seu primeiro relatório global sobre Diabetes. 2016a. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/oms-lanca-primeiro-relatorio-global-sobre-diabetes-em-celebracao-do-dia-mundial-da-saude>>. Acesso em 05 abr. de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **14,9% da população de São Luís consome doces em excesso**. 2016b. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/23068-14-9-da-populacao-de-sao-luis-consome-doces-em-excesso>>. Acesso em: 25 mar., 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. p 62.

_____. Ministério da Saúde. **AVC**: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção, julho 2017. Disponível em: <http://portalmms.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidente-vascular-cerebral-avc>. Acesso em 24 de mar., 2019

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **São Bento do Sul 2018**. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=421580>>. Acesso em 04 de mar., 2018.

CORTEZ, Daniel Nogueira *et al.* Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 28, n. 3, p.250-255, jun., 2015.

FALUDI, André Arpad, *et al.* Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose - 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 109, n. 1, p.1-91, ago. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

FLOR, Luisa Sorio; CAMPOS, Monica Rodrigues. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 20, n. 1, p.16-29, mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 12 nov., 2018.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo *et al.* Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 11, p.3829-3840, nov., 2018.

IDF. International Diabetes Federation. **Clinical Practice Recommendation on the Diabetic Foot**: A guide for health care professionals : International Diabetes Federation, 2017.

LAB TESTS. **Hemoglobina glicada e glicemia média estimada**. Artigo modificado em 30 jan., 2019. Disponível em: <https://labtestsonline.org.br/tests/hemoglobina-glicada-e-glicemia-media-estimada>. Acesso em: 09 de abr., 2019.

LEVORATO, Cleice Daiana *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 4, p.1263-1274, abr. 2014.

MAGALHÃES, Luiz Pereira de, *et al.* II Diretrizes Brasileiras de Fibrilação Atrial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 106, n. 4, p.1-35, abr. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 09 mar., 2019.

MALACHIAS, Marcus Vinícius Bolívar *et al.* Hipertensão Arterial no Idoso. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, p.1-103, set., 2016.

MOTTA, Mariana Delli Colli *et al.* Educação Em Saúde Junto A Idosos Com Hipertensão E Diabetes: Estudo Descritivo. **Revista Uningá Review**, Maringá, v. 2, n. 18, p.48-53, 2014. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1502>>. Acesso em: 29 de mar., 2019.

PIMAZONI-NETTO, Augusto. **Diabetes em Debate**: Tabagismo e Diabetes: como complicar uma situação já delicada. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2018. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes-em-debate/1611-tabagismo-e-diabetes-como-complicar-uma-situacao-ja-delicada>>. Acesso em: 31 mar., 2019.

RAMOS, Roberta de Souza Pereira da Silva *et al.* Fatores associados ao diabetes em idosos assistidos em serviço ambulatorial especializado geronto-geriátrico. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 363-373, maio 2017.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Vigitel 2013**: envelhecimento da população aumentou os casos de diabetes; 2014. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/publico/ultimas/663-vigitel-2013-envelhecimento-da-populacao-aumentou-os-casos-de-diabetes>> Acesso em: 25 de mar., 2019.

_____. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diabetes na Prática Clínica**. 2015. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/73-capitulo-1-aspectos-epidemiologicos-do-diabetes-mellitus-e-seu-impacto-no-individuo-e-na-sociedade>. Acesso em: 17jul., 2018.

_____. Sociedade Brasileira de Diabetes. Posicionamento oficial SBD, SBPC-ML, SBEM e FENAD 2017/2018. **Atualização sobre hemoglobina Glicada (A1C) para avaliação de controle glicêmico e para o diagnóstico do diabetes**: aspectos clínicos e laboratoriais. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/images/banners/posicionamento-3-2.pdf>. Acesso em 30 de mar., 2019.

SBIB. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. **Guia de Doenças e Sintomas**: Doença arterial coronariana (DAC), 2016. Disponível em: <<https://www.einstein.br/guia-doencas-sintomas/doenca-arterial-coronariana>>. Acesso em: 24 mar., 2019.

SBN. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **O que você precisa saber sobre diabetes?** 2019. Disponível em: <https://sbn.org.br/publico/doencas-comuns/diabetes-mellitus/>. Acesso em 30 mar., 2019.

SCHMIDT, Leucinéia; BENETTI, Fabia; AIRES, Marines. Avaliação do risco cardiovascular de pacientes diabéticos tipo 2. **Revista de Pesquisa em Saúde**, Maranhão, v. 2, n. 18, p.91-96, mai-ago., 2017.

SOARES, Rafaela Lopes *et al.* Avaliação de rotina do pé diabético em pacientes internados: prevalência de neuropatia e vasculopatia. **Hu Revista**, Juiz de Fora, v. 43, n. 3, p.205-210, 2017. Disponível em: <<http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2746>>. Acesso em: 30 mar., 2019.

SOUZA, Saul de Azevêdo *et al.* Obesidade adulta nas nações: uma análise via modelos de regressão beta. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, n. 8, p.1-13, 20 ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n8/e00161417/>>. Acesso: 30 mar., 2019.

TAVARES, Agostinho *et al.* VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 95, n. 1, p.1-51, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 09 mar., 2019.

UKPDS RISK ENGINE. Diabetes Trials Unit-The Oxford Centre for Diabetes Endocrinology and Metabolism. Disponível em: <<https://www.dtu.ox.ac.uk/riskengine/>>. Acesso em: set., 2018.

WANG, Qing *et al.* Association of microalbuminúrica with diabetes is stronger in people with prehypertension compared to those with ideal blood pressure. **Nephrology**, [s.l.], v. 23, n. 7, p.690-696, jul. 2018.

WHO. global health days. **World No Tobacco Day**, May 2018. Disponível em: <https://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2018/en/>. Acesso em 30 mar., 2019.

XAVIER, H. T. *et al.* V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 101, n. 4, p.01-22, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso : 30 mar. 2019.

CAPÍTULO 21

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE COM PRÉ-ECLÂMPSIA

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 25/08/2020

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/5883408075990521>

Maria Tamires Alves Ferreira

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/4183905820785710>

Luciana Stanford Balduino

Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das
Graças – FENSG
Recife-PE
<http://lattes.cnpq.br/7711123093020279>

Edildete Sene Pacheco

Universidade Estadual do Piauí – UESPI
Floriano-PI
<http://lattes.cnpq.br/4060937121005815>

Francisca das Chagas Sheyla Almeida Gomes Braga

Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Sobral - CE
<http://lattes.cnpq.br/6236439151068372>

Evellyn Stefanne Bastos Marques

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/958850492522365>

Ivanice Bastos dos Santos Gomes

Associação de Ensino Superior do Piauí–AESPI
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/4785713897082982>

Amanda Patrícia Chaves Ribeiro

Faculdade Integral Diferencial - Facid DeVry
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/6059592886926287>

Ariadne da Silva Sotero

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM
Timon-MA
<http://lattes.cnpq.br/4070900397606564>

Iana Christie dos Santos Nascimento

Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/3993932380136852>

Luzia Fernandes Dias

Centro Universitário Maurício de Nassau
Teresina-PI
<https://orcid.org/0000-0003-4770-2782>

RESUMO: Objetivo: descrever a sistematização da assistência de enfermagem à gestante com pré-eclâmpsia, identificando os principais cuidados de enfermagem. **Metodologia:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cuja coleta de dados ocorreu durante o período de janeiro a dezembro de 2020 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). **Resultados:** foram encontrados 80 artigos que após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 10 que compuseram a amostra do estudo. Os resultados mostraram que os os anos de 2016 e 2017 apresentaram o maior percentual de publicação, ambos com 30%. Já os anos que apresentaram o menor número de publicações foram os de 2014

e 2019, representando 10% do resultado. **Conclusão:** o enfermeiro tem um papel fundamental na prática do cuidado às gestantes, com pré-eclâmpsia, orientando-as e realizando as intervenções necessárias, promovendo um maior conforto físico e o bem-estar das mesmas, evitando, assim, um possível agravante tanto para a mãe quanto para o recém-nascido.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes; cuidados de enfermagem; pré-eclâmpsia.

SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE TO PREGNANCY PREGNANCY PREGNANT WOMEN

ABSTRACT: Objective: to describe the systematization of nursing care for pregnant women with pre-eclampsia, identifying the main nursing care. **Methodology:** this is an integrative literature review, whose data collection occurred during the period from January to December 2020 in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Nursing Database databases (BDENF). **Results:** 80 articles were found that, after applying the inclusion and exclusion criteria, 10 remained, which comprised the study sample. The results showed that the years 2016 and 2017 had the highest percentage of publication, both with 30%. The years with the lowest number of publications were those of 2014 and 2019, representing 10% of the result. **Conclusion:** nurses have a fundamental role in the practice of caring for pregnant women, with pre-eclampsia, guiding them and carrying out the necessary interventions, promoting greater physical comfort and well-being, thus avoiding a possible aggravating situation. both for the mother and the newborn.

KEYWORDS: Pregnant women. nursing care; pre eclampsia.

1 | INTRODUÇÃO

A Pré-eclâmpsia é considerada uma desordem que pode ocorrer após a vigésima semana gestacional, durante o parto e até 48 horas pós-parto. Afeta cerca de 5-8% de todas as gestações e é uma condição que progride rapidamente, caracterizada por aumento tensional da pressão arterial (PA) e presença de proteinúria. Alguns sinais podem ser indicativos desta condição, tais como: presença de edema, principalmente na face, ao redor dos olhos e mãos; ganho ponderal acentuado; náuseas e/ou vômitos; dor em região epigástrica que irradia para membros superiores; cefaleia e alterações visuais; hiperreflexia, taquipneia e ansiedade. No entanto, muitas vezes, a doença evolui de forma silenciosa (FERREIRA et al., 2016).

Segundo Rolim (2013), a Pré-eclâmpsia e suas complicações ainda são as principais causas de morte materna no Brasil, mas a identificação precoce da doença e seu tratamento adequado podem salvar muitas vidas. Sua incidência ocorre relativamente entre 6 a 10% na gestante primípara, na gravidez múltipla, gravidez múltipara, em grávidas acima de 35 anos e na presença de doenças autoimune, sendo de grande relevância a identificação dos sinais e sintomas e a atuação da

equipe de saúde visando à prevenção de complicações.

No período gestacional é assegurado a todas as gestantes no mínimo seis consultas, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeira, iniciado logo após a descoberta da gestação (BRASIL, 2012). Assim, é possível observar que dentre os profissionais capacitados para prestar assistência adequada, destaca-se o enfermeiro, que tem por objeto de trabalho o cuidar. Vale ressaltar que o tratamento dessas pacientes depende da enfermagem. A paciente com pré-eclâmpsia necessita de vigilância e do atendimento de suas necessidades (MOURA et al., 2015).

Nesse contexto, o enfermeiro que realiza as consultas de pré-natal deve estar atento às manifestações anormais que podem surgir durante o período gestacional e dar atenção às queixas que a gestante informar, observando e registrando todos os fatos relatados por elas, desde o acompanhamento do ganho de peso, da pressão arterial, dos resultados de exames, além de outros que servirão para o controle das principais doenças e intercorrências do período gestacional (OLIVEIRA, et al., 2016). Diante disso, objetivou-se com este estudo descrever a sistematização da assistência de enfermagem à gestante com pré-eclâmpsia, identificando os principais cuidados de enfermagem.

2 | METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura e foi desenvolvido a partir da seguinte questão norteadora: quais os cuidados de enfermagem frente à gestante com pré-eclâmpsia? A questão norteadora foi elaborada de acordo com a estratégia PICo (P – paciente; I – interesse; Co – contexto). Assim, considerou-se: P – gestantes; I – cuidados de enfermagem; Co – pré-eclâmpsia.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a dezembro de 2019 via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na qual foram pesquisadas as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Para a busca dos artigos foram utilizados os seguintes descritores: gestantes, cuidados de enfermagem e pré-eclâmpsia, todos de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Os critérios de inclusão foram artigos publicados no período de 2013 a 2019, redigidos em língua portuguesa e disponibilizados na íntegra nas bases de dados citadas. Os critérios de exclusão foram artigos repetidos e aqueles não abordavam diretamente o tema deste estudo.

Foram encontrados nas bases de dados um somatório de 80 artigos. Após o levantamento das publicações, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão preestabelecidos e uma leitura dos resumos, chegando a uma amostra final de 10 artigos, os quais foram lidos e analisados na íntegra (Figura 1).

Após a coleta e leitura dos artigos, os mesmos foram organizados e separados em quadros e tabelas, por meio de porcentagem simples e a análise dos dados foi realizada de forma descritiva.

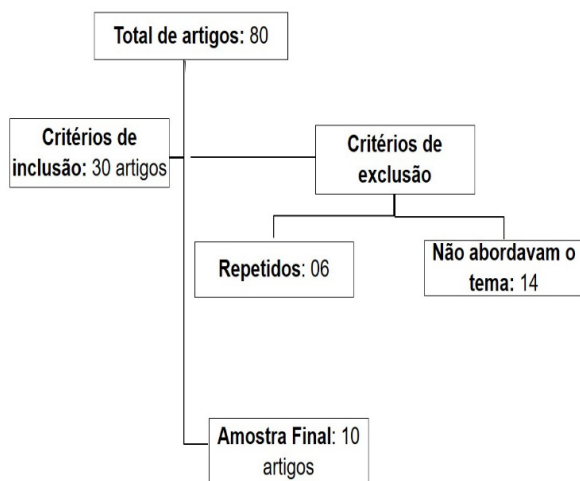


Figura 1 - Fluxograma de seleção e inclusão dos estudos.

3 | RESULTADOS

A amostra final dessa revisão constituiu-se de 10 artigos científicos sobre a sistematização da assistência de enfermagem à gestante com pré-eclâmpsia e os principais cuidados de enfermagem diante desse diagnóstico, que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, extraídos das bases de dados citadas (Tabela 01).

A tabela 01 mostra a distribuição desses artigos de acordo com o ano de publicação.

| VARIAVEIS | N | % |
|-----------|----|----|
| 2013 | 02 | 20 |
| 2014 | 01 | 10 |
| 2016 | 03 | 30 |
| 2017 | 03 | 30 |
| 2019 | 01 | 10 |

Tabela 1 - Distribuição das produções científicas segundo o ano de publicação.

Conforme demonstrado na tabela 1, os anos de 2016 e 2017 apresentaram o maior percentual de publicação, ambos com 30%. Já os anos que apresentaram o menor número de publicações foram os de 2014 e 2019, representando 10% do resultado.

O quadro 1 apresenta uma síntese dos artigos que foram analisados, destacando o autor, ano e foco da pesquisa.

| ARTIGO | AUTOR/ANO | FOCO DO ESTUDO |
|-----------|---|--|
| Artigo 01 | SILVA, R. S. et al., 2016 | Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe. |
| Artigo 02 | OLIVEIRA, G. S. et al., 2017 | A assistência de enfermeiros às gestantes com síndrome hipertensiva, em um hospital de baixo risco obstétrico. |
| Artigo 03 | SAMPAIO, T. A. F. et al., 2013 | Os cuidados de enfermagem que devem ser prestados às mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. |
| Artigo 04 | MEDEIROS, A. L. et al., 2016 | O uso de diagnósticos e intervenções de enfermagem propostos para mulheres em trabalho de parto e gestantes de alto risco. |
| Artigo 05 | OLIVEIRA, K.K.P.A. et al., 2016 | Assistência de enfermagem prestada à mulher acometida por pré-eclâmpsia. |
| Artigo 06 | ARAÚJO, A. K. S. et al., 2017 | Assistência de enfermagem a parturiente de alto risco. |
| Artigo 07 | AMORIM, T. V. et al., 2017 | Perspectivas do cuidado de enfermagem à mulher que vivencia a gestação de alto risco. |
| Artigo 08 | MENEZES, E. N; SANTOS, P. G; SILVA, R.C. V., 2014 | A assistência pré-natal realizada por enfermeiras no diagnóstico da DHEG. |
| Artigo 09 | CORREIA, S. G. RIQUINHO, D. L., 2013 | Perfil sócio-demográfico e causal da mortalidade materna. |
| Artigo 10 | SANTANA, R. S. et al., 2019 | Conhecimento sobre sinais e sintomas da pré-eclâmpsia para implementação dos cuidados de Enfermagem. |

Quadro 1 – Distribuição dos estudos segundo autores/ano de publicação, e foco do estudo.

4 | DISCUSSÃO

A Enfermagem tem como objeto de trabalho a pessoa que necessita de cuidado, o qual deve ser prestado de modo integral e individual. Para tanto, necessita de uma organização. Nessa perspectiva, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a estrutura de organização que visa dinamizar o trabalho da equipe de enfermagem, direcionando as práticas de cuidar de maneira planejada e individualizada, de forma a buscar atender as particularidades de cada cliente (SILVA et al., 2016).

O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) por meio da Resolução nº

358/2009, normatiza a implementação da SAE em todos os ambientes, públicos e privados, onde ocorra o cuidado profissional de enfermagem, lançando mão do Processo de Enfermagem (PE). Esse é definido como uma metodologia de trabalho que visa oferecer subsídios ao desenvolvimento da assistência, tendo como base o método científico. Tem como propósito a identificação de uma situação problema de um cliente/clientela, possibilitando, assim, direcionar a implementação adequada das terapêuticas de enfermagem (COFEN 2009; SILVA et al., 2010).

Nesse sentido, dentre os diagnósticos de enfermagem para gestantes com pré-eclâmpsia, verificou-se que alguns advêm da sua fisiopatologia, enquanto outros se relacionam as respostas às mudanças próprias do período gestacional, as quais estão vivenciando como um momento único de suas vidas. Logo, percebe-se a necessidade da implementação de uma sistematização da assistência de enfermagem voltada para este grupo de pacientes, que é considerado de risco devido às particularidades da patologia, sintomatologia, respostas clínicas das pacientes, e, principalmente, as consequências que a pré-eclâmpsia pode trazer ao binômio mãe-filho (AGUIAR et al., 2010).

De acordo com Medeiros (2016), os diagnósticos de enfermagem que foram registrados para as gestantes de alto risco foram elaborados para a categoria das necessidades psicobiológicas e dentre elas destacaram: sono e repouso prejudicado, ansiedade e medo. Esses diagnósticos se apresentaram com maior frequência nessa população, em virtude do ciclo gravídico puerperal provocar mudanças fisiológicas e/ou patológicas importantes que podem necessitar de uma assistência mais complexa realizada na UTI. Assim, não se pode esquecer que as alterações presentes nas esferas emocional, social e espiritual devem ser tratadas e valorizadas e nunca negligenciadas durante a assistência de enfermagem a essas mulheres.

Nesse contexto, percebe-se que a enfermagem é considerada a categoria para o atendimento ao ser humano em todas as suas dimensões, estabelecendo o primeiro vínculo ao acolher essa gestante na instituição e acompanhando no decorrer de todo o processo de parto e puerpério. Assim, aponta-se que a assistência de enfermagem à pacientes com síndrome hipertensiva durante todo o processo de parto e nascimento é essencial para resguardar complicações e assistindo as intercorrências, e preservando a vida humana (OLIVEIRA, et al., 2016).

No caso específico do atendimento à gestante que tenha uma gravidez de risco é necessário que a enfermagem seja capacitada, uma vez que os agravos decorrentes de uma gestação de alto risco comprometem aspectos biopsicossocioculturais e espirituais, tanto da gestante quanto dos seus familiares. Dessa forma, a atuação do enfermeiro nos programas de pré-natal requer um preparo clínico que o possibilite identificar problemas reais e potenciais da gestante,

família e comunidade, permitindo assim a intervenção nas situações presentes (CORREIA; RIQUINHO, 2013).

No âmbito da assistência primária, o cuidado com a saúde de forma contínua desempenha papel fundamental na redução da morbimortalidade materna e perinatal. Contudo, se há o diagnóstico de pré-eclâmpsia, as gestantes terão que ter a assistência do profissional de enfermagem e da equipe multidisciplinar da saúde para lhe assegurar e orientar para que tenham uma melhor qualidade e prevenção no seu período gravídico, para que não haja intercorrências graves e que a pré-eclâmpsia não evolua para outras doenças (ARRUDA et al., 2014).

Considerando os cuidados de enfermagem para pacientes com pré-eclâmpsia, deve-se realizar uma avaliação fetal cuidadosa, orientando as gestantes sobre a importância de repouso relativo, apoio emocional e sanando as dúvidas relativas à doença, tratamento e diagnóstico, como citado no estudo realizado por Sampaio et al. (2013).

Diante de diversas dificuldades enfrentadas pelas gestantes, o controle e a prevenção da doença hipertensiva requer o fortalecimento da assistência do pré-natal e passa também pela qualificação de seus profissionais e por uma rede articulada que possibilite o encaminhamento e atendimento adequado das mulheres com pré-eclâmpsia (MENEZES; SANTOS; SILVA, 2014).

Os cuidados de enfermagem são essenciais na preservação e manutenção da vida da mulher e do feto/neonato, pois este profissional possui diferencial, como autonomia e senso crítico, além do conhecimento técnico-científico, que quando somados a uma equipe multiprofissional torna o trabalho dinâmico e resolutivo. Porém alguns fatores interferem na qualidade dessa assistência como: falta da qualidade da assistência, falta da avaliação fetal e de um pré-natal de qualidade na atenção básica, falta de humanização e deficiência de conhecimentos relacionados ao manuseio de equipamentos (OLIVEIRA, et al., 2016).

Para Araújo et al. (2017) os cuidados prestados a gestante internada com pré-eclâmpsia leve são: atenção para os sinais e sintomas de eclâmpsia, fazer controle da pressão arterial de 4 em 4 horas ou, de 2 em 2 horas de acordo com a necessidade, estimular a gestante ao repouso em decúbito lateral esquerdo, administrar medicamentos de acordo com a prescrição médica, estimular a gestante a comunicar sua ansiedade, dúvidas e tremores, controlar batimentos cardíacos fetais de 4 em 4 horas e fazer controle do peso diariamente.

Conforme Santana et al. (2019), além dos cuidados mencionados acima, o enfermeiro também deve oferecer suporte emocional à paciente, pois frequentemente, o diagnóstico de pré-eclâmpsia só é revelado à gestante no momento de necessidade de internação hospitalar em consequência da condição clínica grave ou pela iminência do parto. Sentimentos como surpresa, choque e

ansiedade tomam conta da gestante no pós-diagnóstico.

Nesse contexto, é de competência do enfermeiro proporcionar uma comunicação dialógica com a parturiente e também com seu acompanhante acerca de alterações vividas nesse período, ofertando-lhes espaço para esclarecimento de dúvidas e verbalização de sentimentos, ideias pré concebidas sobre o quadro e preocupações a fim de facilitar o bom entendimento sobre seu tratamento e o motivo de sua permanência um pouco mais duradoura até a sua estabilização e liberação para o seu domicílio (MOURA, et al., 2010).

No tocante ao processo de cuidado de enfermagem direcionado à gestante de alto risco, o estudo realizado por Amorim et al. (2017) mostrou o direcionamento do olhar do enfermeiro para a SAE, especificamente na etapa de julgamento clínico das respostas das pacientes grávidas hipertensas, culminando com a elaboração dos diagnósticos de enfermagem. Estes, em sua maioria, expressaram desconfortos de ordem física. Intenções educativas com aberturas para que a gestante falasse de si, embora diminutas, também foram evidenciadas.

Diante do exposto, percebe-se que a atuação do enfermeiro nos programas de pré-natal requer um preparo clínico que o possibilite identificar problemas reais e potenciais da gestante, família e comunidade, permitindo assim a intervenção nas situações presentes (CORREIA; RIQUINHO, 2013).

5 | CONCLUSÃO

Foi possível concluir que os principais cuidados de enfermagem foram voltados à prevenção de complicações, ao apoio emocional e à sistematização da assistência de enfermagem.

O presente estudo demonstrou que a conduta do enfermeiro na assistência a gestante com diagnóstico de pré-eclâmpsia tem como principal objetivo minimizar qualquer complicação advinda desse agravo gestacional. Ademais, o enfermeiro precisa ter bom domínio técnico e teórico dos procedimentos a serem realizados a essas pacientes. E, para isso, as atualizações científicas e técnicas são essenciais, pois, além de auxiliarem no planejamento do atendimento e tratamento do indivíduo de forma integral, dando suporte à uma assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. I. F. et al. **Sistematização da Assistência de Enfermagem a pacientes com síndrome específicas da gestante**. Revista Rene, v. 11, n. 4, p. 66-75, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027972007>>. Acesso em: 01 de jan. 2019.

AMORIM, T. V. et al. **Perspectivas do cuidado de enfermagem na gestação de alto risco: revisão integrativa**. Enfermería Global, v. 16, n. 46, p. 515-529, 2017. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00500.pdf> Acesso em: 01 de jan. 2019.

ARAÚJO, A. K. S. et al. **Assistência de enfermagem a parturiente de alto risco. Ciências Biológicas e de Saúde.** Unit. v. 4, n. 1, p. 113-122, 2017. Disponível em: < <https://core.ac.uk/download/pdf/276634567.pdf> > Acesso em: 01 de jan. 2019.

ARRUDA, L. P. et al. **Evidências científicas do cuidado de enfermagem acerca da segurança do paciente: revisão integrativa.** J Nurs UFPE. v.8, n. 7, p. 2107-2114, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9890/10143>> Acesso em: 08 de nov. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual gestão de alto risco:** Ministério da Saúde. Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf> Acesso em: 05 de ago. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BR). **Resolução 358/2009 do COFEN, 15 de outubro de 2009 (BR).** 2009 [Citado 2015 jul 26] Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html> Acesso em: 05 de ago. 2019.

CORREIA, S. G. RIQUINHO, D. L. **Mortalidade Materna: perfil sócio demográfico e causal.** Revista Brasileira de Enfermagem. v. 59, n. 3, p. 303-307, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n3/a10v59n3.pdf>> Acesso em: 05 de ago. 2019.

FERREIRA M. B. G. et al. **Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia:** revisão integrativa. Rev Esc Enferm. v. 50, n. 2, p. 324-334, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/pt_0080-6234-reeusp-50-02-0324.pdf> Acesso em: 08 de set. 2019.

MEDEIROS, A. L. et al. **Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestão de risco.** Rev Gaúcha Enferm. v. 37, n. 3, p. 1-9, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/0102-6933-rgenf-1983-144720160355316.pdf>> Acesso em: 10 de jan. 2019.

MENEZES, E. N.; SANTOS, P. G; SILVA, R.C. V. **Assistência pré-natal prestada pela enfermeira na doença hipertensiva específica da gestação.** Rev. Gaúcha Enfermagem. v. 2, n.6, p. 45-56, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/658/1/%283%29%20Final_Elenilda%20e%20Priscila_novembro_final.pdf> Acesso em: 02 de jul. 2019.

MOURA, E. R. F. et al. **Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia.** Cogitare Enferm, v. 15, n. 2, p. 250-255, 2010. Disponível em: <<https://revistas.ufrpr.br/cogitare/article/download/17855/11650>> Acesso em: 02 de jul. 2019.

MOURA, S. G. et al. **Assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro(a): um olhar da mulher gestante.** Rev. Gaúcha enfermagem. v. 7, n. 3, p. 2930-2938, 2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3542/pdf_1651> Acesso em: 02 de jun. 2018.

OLIVEIRA, G. S. et al. **Assistência de enfermeiros na síndrome hipertensiva gestacional em hospital de baixo risco obstétrico.** Rev Cuid. V. 8, n. 2, p. 1561-1572, 2017. Disponível em: < <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v8n2/2216-0973-cuid-8-2-1561.pdf> > Acesso em: 02 de jun. 2018.

OLIVEIRA, K. K. P. A. et al. **Assistência de enfermagem a parturientes acometidas por pré-eclâmpsia**. Rev. enferm. UFPE. v. 10, n. 5, p. 1773-1780, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13556/16335>> Acesso em: 02 de jun. 2019.

ROLIM, R. D. **Pré-eclâmpsias**: Etiologia e Prática Clínica. 1ªed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

SAMPAIO, T. A. F. et al. **Cuidados de enfermagem prestados a mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia**. Revista Saúde Física & Mental. v.2 n.1, p. 36-45, 2013. Disponível em: <<https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/SFM/article/view/791/830>>Acesso em: 02 de mai. 2019.

SANTANA, R. S. et al. **Importância do conhecimento sobre sinais e sintomas da pré-eclâmpsia para implementação dos cuidados de Enfermagem**. Rev. Eletrônica Acervo Saúde. v. 11, n. 15, p.1-6, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1425/818> Acesso em: 02 de mai. 2019.

SILVA, R. S. et al. **Aplicação do processo de enfermagem: estudo de caso com um portador do vírus da hepatite C**. Rev Baiana Enferm. v 24, n.1, p. 87-95, 2010.

SILVA, R. S. et al. **Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe**. Enfermagem em Foco. v. 7, n. 2, p. 32-36, 2016. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/803>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

CAPÍTULO 22

SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE SOCIAL E PROGRAMÁTICA À VIOLÊNCIA: CONTEXTO DE VIDA E TRABALHO DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO

Data de aceite: 01/10/2020

Rubia Geovana Smaniotto Gehlen

Universidade Federal de Santa Maria
Campus Santa Maria
Santa Maria, RS, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-0930-2796>

Marta Cocco da Costa

Universidade Federal de Santa Maria
Campus Palmeira das Missões
Palmeira das Missões, RS
<https://orcid.org/0000-0002-9204-3213>

Jaqueline Arboit

Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria, RS, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-6610-5900>

RESUMO: O artigo analisa as situações de vulnerabilidade social e programática à violência vivenciadas por mulheres profissionais do sexo no seu contexto de vida e trabalho. Trata-se de um estudo qualitativo no qual foi utilizado o método do estudo de caso. O cenário da pesquisa compôs-se de duas casas noturnas de dois municípios do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A unidade de análise foi constituída de oito mulheres profissionais do sexo atuantes nas casas noturnas. A coleta das evidências deu-se por entrevistas semiestruturadas, gravações dos áudios em MP3, observação do ambiente das casas e anotações no diário de campo. A análise deu-se pela proposta de adequação ao padrão, tendo em vista as proposições iniciais do estudo. O estudo atendeu aos preceitos

éticos de estudos com seres humanos. Como resultados destacam-se que as profissionais do sexo vivenciam na sociedade violências nas formas verbal, moral e psicológica. Na dimensão social da vulnerabilidade, evidenciou-se que as mesmas encontram-se socialmente vulneráveis à violência, e acesso limitado a recursos cognitivos e materiais, e instituições sociais como espaços de lazer. Quanto a dimensão programática, evidenciou-se violação e negligência de direitos, como falta de acesso à saúde integral, de qualidade e com equidade. Observa-se violação dos direitos humanos e não visibilização das profissionais do sexo enquanto sujeito de direitos, e certo distanciamento das equipes de saúde no desenvolvimento de ações e práticas preventivas e promocionais em saúde para esse grupo de mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Profissionais do sexo; Violência; Vulnerabilidade; Direitos Humanos; Enfermagem.

SITUATIONS OF SOCIAL AND PROGRAMMATIC VULNERABILITY TO VIOLENCE: THE CONTEXT OF THE LIFE AND WORK OF FEMALE SEX WORKERS

ABSTRACT: This article analyzes situations of social and programmatic vulnerability to violence experienced by female sex workers in their life and work context. This is a qualitative study in which the case study method was used. The research scenario consisted of two nightclubs in two municipalities in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. The analysis unit consisted of eight sex workers working in the nightclubs. The evidence was collected through semi-structured

interviews, audio recordings in MP3, observation of the environment of the houses and notes in the field diary. The analysis was based on the proposed adaptation to the standard, considering the initial propositions of the study. The study met the ethical precepts of studies with human beings. As results it is highlighted that the sex workers experience in society the violence in the verbal, moral and psychological forms. In the social dimension of vulnerability, it has been shown that they are socially vulnerable to violence, and limited access to cognitive and material resources, and social institutions as leisure spaces. Regarding the programmatic dimension, there was evidence of violation and neglect of rights, such as lack of access to integral health, quality and equity. It is observed a violation of human rights and non-disclosure of sex workers as a subject of rights, and a certain distance from health teams in the development of actions and preventive and promotional health practices for this group of women.

KEYWORDS: Sex professionals; Violence; Vulnerability; Human rights; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O termo vulnerabilidade designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados na proteção, promoção ou garantia de seus direitos de cidadania. Especificamente voltado à saúde, o termo designa um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e grupos a um agravo e ao adoecimento, e maior ou menor disponibilidade de recursos para sua proteção. A análise da vulnerabilidade envolve a avaliação articulada de três eixos interligados: o componente individual, social e programático (institucional) (AYRES et al., 2017).

O conceito ressalta que indivíduos ou grupos não ‘são’ vulneráveis, mas ‘estão’ vulneráveis a algo, em algum grau e forma, e num certo ponto do tempo e espaço (AYRES et al., 2017). Nesse sentido, destaca-se as mulheres profissionais do sexo (PS), foco do estudo em tela. Este grupo não se constitui como vulnerável por si só, mas que está vulnerável a diferentes intempéries em seu cotidiano profissional e de vida, dentre as quais sublinha-se neste estudo, a violência.

As PS, em todo o mundo, vivenciam situações de violência como toda mulher, independente de sua condição social. Essa vivência agrava-se com as PS, tendo em vista que ocorrem em um contexto de banalização, naturalização e de exclusão. Nesse contexto, seus direitos humanos são violados em todas as formas, e por vários segmentos da sociedade e operadores de saúde (LYONS et al., 2017; ARBOIT, 2014).

Estudos nacionais e internacionais evidenciam que o cotidiano de trabalho e vida da PS é permeado pelas diversas expressões de violência, perpetrada nas suas diferentes formas e por diferentes sujeitos, o que potencializa o seu adoecimento (VIDA et al., 2014; LIMA et al., 2017; SMANIOTTO GEHLEN et al.,

2018; PRANGNELL et al., 2018; DUFF et al., 2017; TSAI et al., 2016; ZHANG et al., 2017; PARCESEPE et al., 2016).

É relevante citar que a violência contra as mulheres PS configura-se como uma forma de violação de direitos, e as coloca em inúmeras situações de vulnerabilidade social, na medida em que constroem a história social de seu adoecimento e produzem as situações de exposição à violência. A mulher PS, inserida em um contexto de violência, se protege menos e cuida menos de sua própria saúde se não tiver apoio nas esferas individual, social e institucional para enfrentar tais situações (VENTURI, 2012).

Sabe-se que os indivíduos ou grupos específicos que não tem seus direitos respeitados e garantidos apresentam piores perfis de saúde, sofrimento, doença e morte, como é o caso da PS (AYRES et al., 2017). Da mesma forma, onde há maior violação ou negligência dos direitos ao trabalho, a moradia decente, ao acesso a serviços de saúde de qualidade, a educação, ao lazer, a constituir família, e viver a sexualidade de forma livre e como cada pessoa a define, há maior vulnerabilidade à violência e ao adoecimento (AYRES, PAIVA, FRANÇA JR, 2012).

Desta forma, para identificar e superar a vulnerabilidade à violência das PS nas suas três dimensões, faz-se necessário considerar que cada mulher é concebida como sujeito de direito, independente da profissão que exerce ou do contexto em que se insere. E a partir de então identificar quais aspectos na dinâmica de sua vida cotidiana a expõe à violência e, conseqüentemente, ao adoecimento (AYRES, PAIVA, FRANÇA JR, 2012).

Para tanto, é necessário observar como as instituições locais respeitam, protegem e efetivam os direitos das PS e como a sua condição social exige ações específicas que promovam a equidade, que as apoiem para lidar com processos de estigmatização e discriminação. Processos estes que contribuem para reproduzir cotidianamente a desigualdade social e, portanto, aumentam a vulnerabilidade social e programática à violência (AYRES, PAIVA, FRANÇA JR, 2012). Assim, entende-se que as situações de vulnerabilidade à violência se estendem para além do campo individual e do mundo relacional profissional/cliente, abarcando aspectos sociais e institucionais.

Nesta direção, sobressalta-se o importante papel dos programas de saúde para reduzir tais vulnerabilidades, os quais precisam levar em consideração o contexto social e de trabalho das PS, bem como a sua condição de gênero, diminuindo programaticamente a vulnerabilidade dessas mulheres. Ainda, se os operadores de saúde não levarem o aspecto da vulnerabilidade social destas em consideração, estarão aumentando a vulnerabilidade programática das mesmas, e, portanto, sua vulnerabilidade individual (VENTURI, 2012).

Diante do exposto, fica evidente que as três dimensões da vulnerabilidade

entrelaçam-se nas discussões acerca das situações de vulnerabilidade a violência das PS. Desta forma, este estudo busca discutir e compreender as situações de vulnerabilidade à violência vivenciada pelas PS em seu contexto de vida e trabalho para além da dimensão individual, já discutida em estudo anterior (SMANIOTTO GEHLEN et al., 2018).

Menciona-se também que, uma vez que a vulnerabilidade expressa os ‘*potenciais*’ de adoecimento/não adoecimento relacionados a todo e cada indivíduo que vive em certo conjunto de condições (AYRES et al., 2017), este estudo utiliza o termo ‘*situações de vulnerabilidade*’ para definir tais ‘potenciais’, termo este já utilizado em outros estudos (SMANIOTTO GEHLEN et al., 2018; COCCO, LOPES, 2010). E que reporta à ideia da possibilidade de fuga desses elementos que se configuram como agravo ao adoecimento. Ainda, o termo ‘profissionais do sexo’ é utilizado em oposição à ‘prostitutas’, na tentativa de romper estigmas e reconhecê-las como mulheres trabalhadoras.

Nota-se a fragilidade das informações acerca das situações de vulnerabilidade a violência das mulheres PS, o que impossibilita o avanço na construção de estratégias e políticas públicas que atendam a esse grupo populacional. Desta forma, o estudo em tela apresenta relevância, pois é campo nativo acerca dos aspectos da vulnerabilidade social e programática que envolvem as profissionais do sexo, o que as distancia de políticas públicas e ações estratégicas para a promoção e a proteção da vida e de sua saúde.

A partir da problemática exposta, o estudo teve como questão norteadora: Quais as situações de vulnerabilidade social e programática à violência vivenciadas por mulheres profissionais do sexo no seu contexto de vida e trabalho? Visando respondê-la, teve como objetivo analisar as situações de vulnerabilidade social e programática à violência vivenciadas por mulheres profissionais do sexo no seu contexto de vida e trabalho.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa cujo método empregado foi o estudo de caso. Obedecendo ao rigor metodológico do método, seguiram-se as proposições teórico-metodológicas que balizam a utilização de diferentes técnicas de levantamento de evidências, direcionando a sua triangulação, sistematizadas através de um protocolo de pesquisa, validando assim os achados (YIN, 2015).

Parte-se da premissa de que cada “caso” constitui uma unidade de análise, que pode ser um indivíduo, uma organização, um grupo específico, uma comunidade ou até mesmo uma nação. Desta forma, possibilita-se o desenvolvimento de estudo de caso único ou estudo de casos múltiplos, em que a unidade de análise é composta

por vários indivíduos ou casos (YIN, 2015). O estudo em tela constitui-se em um estudo de casos múltiplos, em que a unidade de análise foi composta por um grupo específico, o que possibilita a realização de uma análise mais aprofundada.

O cenário da pesquisa foi composto por duas casas noturnas localizadas em dois municípios do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, sendo que um destes possui características predominantemente urbanas e o outro, menor número de habitantes em relação ao primeiro e características rurais. A justificativa para a escolha destes deu-se pela necessidade de se conhecer o contexto social e programático sob a ótica das profissionais do sexo que trabalham em casas noturnas, e em cenários com características distintas.

O caminho metodológico percorrido para a realização deste estudo de caso seguiu as etapas de: desenvolvimento do protocolo da pesquisa; coleta de evidências; e categorização e classificação dos dados coletados. Assim primeiramente foi realizada a sistematização do protocolo de pesquisa mediante a proposição da questão de pesquisa, dos objetivos, das proposições teóricas; do método de coleta de dados (entrevistas e observação em campo) e instrumento de coleta dos dados. Ainda, realizou-se o planejamento da agenda das atividades de coleta de dados; o plano de análise dos dados, e por fim, elaborou-se o relatório com a triangulação de dados. Destaca-se que anteriormente a elaboração do protocolo de pesquisa e concomitantemente a todas as fases do estudo, realizaram-se exaustivas leituras acerca da metodologia empregada bem como acerca da temática para apropriação e fundamentação do tema.

A unidade de análise deste estudo foi composta por oito mulheres profissionais do sexo atuantes nas casas noturnas dos municípios delimitados como cenário do estudo. O número de participantes deste estudo justifica-se pela recomendação de que nos estudos de caso não devem ser investigadas mais do que dez unidades de análise (YIN, 2015). Os critérios de inclusão elencados foram: ter idade igual ou superior a 18 anos e estar presente na casa no momento da coleta de dados.

Quanto aos procedimentos relativos à coleta de dados, primeiramente foi agendada com o (a) proprietário (a) de cada uma das casas noturnas uma visita no turno de trabalho inverso das PS, objetivando a explanação dos objetivos do estudo e esclarecimento de possíveis dúvidas. Após, mediante o consentimento do (a) proprietário (a) e das possíveis participantes, foi agendado previamente dia e horário de acordo com a disponibilidade das mulheres. Ficou acordado com os mesmos o turno da tarde para a realização das entrevistas, tendo-se assim cautela para não interferir na dinâmica de trabalho e rotina das mulheres.

A coleta das evidências reuniu as técnicas de entrevista semiestruturada; gravações dos áudios em MP3; observação do ambiente das casas noturnas, anotações no diário de campo e realizações de notas de áudio. Essa etapa ocorreu

no período de setembro de 2012 a fevereiro de 2013.

Para a etapa das entrevistas desenvolveu-se um roteiro contendo perguntas abertas e fechadas, dividido em duas partes. A primeira relacionada aos dados sociodemográficos e econômicos das mulheres e a segunda referente a vulnerabilidade social e programática às situações de violência. As entrevistas foram realizadas de forma individual em local escolhido pelas próprias participantes. Tiveram duração média de 60 minutos, sendo gravadas (áudio) com o consentimento das participantes, de modo a registrar integralmente as falas, assegurando material autêntico para a análise.

Na fase de categorização e classificação dos dados, estabeleceu-se o encadeamento lógico das evidências tendo em vista as proposições teóricas. Para tanto, procedeu-se com a transcrição das entrevistas na íntegra em programa editor de textos. Em seguida foi realizada a escuta simultânea dos áudios e leitura das transcrições, validando os dados transcritos. Após, realizou-se a triangulação dos dados a partir das diferentes fontes de evidências utilizadas, compondo-se o *corpus* da pesquisa, que permitiu estabelecer padrões de relacionamento entre os dados.

Para a fase de análise das evidências foi utilizada a proposta de adequação ao padrão, tendo em vista as proposições iniciais do estudo. Assim, foram comparados os padrões empíricos encontrados no estudo com os padrões prognósticos, derivados das proposições teóricas ou de outras evidências (YIN, 2015). A interpretação dos achados foi realizada com apoio da literatura.

Este estudo respeitou os aspectos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/ 2012 que se aplica a estudos com seres humanos no Brasil (BRASIL, 2012). Assim, anteriormente a coleta de dados, as mulheres foram esclarecidas acerca dos objetivos da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As que aceitaram participar o assinaram em duas vias, ficando uma com as participantes e outra com a pesquisadora. Para preservar o anonimato, estas foram identificadas utilizando-se o código Casa 01 (casa noturna urbana) e Casa 02 (casa noturna rural), seguidos do código PS (profissional do sexo) e do número sequencial conforme a ordem de realização das entrevistas. Salienta-se que o estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

3 | RESULTADOS

As mulheres profissionais do sexo tentam manter a vida privada o mais separadamente possível da vida pública, buscando preservar o âmbito privado da violência que suportam no âmbito social.

“Eu não chego lá na rua e falo: ‘eu sou uma profissional do sexo’. Aqui dentro sim, lá fora não [...] É por medo mesmo, por vergonha.

Porque as pessoas lá fora não sabem o que acontece aqui dentro. Não entendem por que a gente está aqui. Então elas vão te julgar de uma maneira bem diferente, e se tiver a oportunidade vão te humilhar, xingar, excluir mesmo. E isso também é violência né?” (Casa 01 PS1)

“Eu tento manter a minha vida pessoal bem distante daqui, dessa realidade.” (Casa 02 PS8)

O âmbito social da prostituição está marcado por vários personagens que produzem a violência, e com ela compactuam e convivem.

“Quando tem uma briga a gente liga e a polícia não vem.” (Casa 01 PS2)

“Eu não denunciei [a violência], não fiz nada [...] porque nem o dono daqui fez algo, então quem sou eu para fazer [...] O dono ainda queria que eu continuasse no quarto fazendo o programa porque ainda não tinha acabado o tempo [do programa] [...] A verdade é que ninguém leva a gente a sério, ninguém respeita.” (Casa 02 PS7)

“Eu até hoje nunca denunciei [a violência sofrida] porque os donos [do estabelecimento] não deixam a gente denunciar porque pega mal pra casa [...] então a gente deixa por isso mesmo [...] e eu preciso do trabalho.” (Casa 02 PS8)

Existe, no senso comum da sociedade, a concepção de que a profissional do sexo está inserida em um espaço de marginalização e criminalidade. Desta forma, o segmento social constitui-se como gerador de situações de vulnerabilidade à violência.

“As mulheres daqui xingam a gente quando a gente passa, ficam dizendo: ‘oh chegaram as cadelas da cidade’ [...] ficam humilhando a gente na rua.” (Casa 02 PS7)

“Uma mulher dentro do supermercado falou assim para mim: ‘sua puta, vagabunda, tu não tem vergonha de sair com homem casado não?’ E eu disse: eu não vou bater na porta de ninguém não. E vagabunda não, porque eu sou uma mulher trabalhadora.” (Casa 01 PS5)

“Teve um dia que nós fomos tomar sorvete no centro, e quando nós chegamos lá uma mulher falou: oh as cadelas da cidade chegaram, e deram risada de nós e ficaram apontado nós para as outras pessoas. Depois daquilo nós nunca mais fomos lá.” (Casa 02 PS8)

“Às vezes você chega num lugar e sabem o que você faz [...] daí ficam cochichando, ficam te olhando e falando; ‘ah, aquela lá é puta, é de zona’ [se referindo a casa noturna].” (Casa 01 PS4)

“A gente não vai ao posto de saúde porque tem muitas mulheres casadas e elas conhecem a gente [...] A gente se sente mal, ficam falando entre elas, humilhando nós, daí a gente nem vai no posto.” (Casa 01, PS2)

“Às vezes as palavras e o preconceito doem mais do que um ato violento.” (Casa 02 PS6)

A carga de violência que é exercida sobre a profissional provoca impactos no seu contexto de vida social. Nesse sentido, evidencia-se a preocupação com os reflexos da violência para com seus filhos diante do preconceito e da discriminação que as mesmas sofrem.

“A gente tem medo de a violência afetar não só a gente como os filhos da gente, eu morro de medo disso [...] às vezes eu tenho vergonha das crianças saber o que eu faço, das pessoas lá na cidade porque, às vezes, tem muito preconceito da rapaziada no colégio [...] eu morro de medo de acontecer a violência que acontece geralmente” [referindo-se ao bullying]. (Casa 01 PS3)

Diante do estigma, as profissionais do sexo são vistas como mulheres que buscam formas de ganhar “dinheiro fácil” associado ao prazer e ao proibido. Assim, o ser mulher é deixado de lado, e a sociedade passa a não ver a mulher, mas a prostituta.

“A nossa realidade é difícil, porque a gente fica longe dos filhos, e depende só disso daqui [se referindo ao trabalho na casa noturna] [...] e muitas vezes não dá movimento [...] então tem meses que a gente não ganha muito. Só que isso ninguém pensa [...] todo mundo acha que aqui a vida é fácil, que a gente está aqui porque gosta, mas ninguém se preocupa em conhecer a nossa realidade.” (Casa 02 PS6)

As mulheres profissionais do sexo não possuem uma referência a quem recorrer nas situações de violência. Quando questionado qual profissional ou instituição deveria protegê-las em caso de uma situação de violência, nenhuma citou os serviços de saúde, vislumbrando a polícia como sua única fonte de recurso e segurança.

“A polícia [...] acho que deveria ter uma lei que protegesse a gente, porque a gente não sabe nem o que fazer ou com quem falar quando acontece uma coisa com a gente.” (Casa 02 PS7)

“A justiça [...] ser mais firme, mais persistente, atender mais também, porque a saúde a gente procura e não faz nada, ainda dão risada da nossa cara [...] eu já passei por isso, eu sei como é.” (Casa 01 PS3)

As PS reconhecem a falta de assistência e apoio quando em situação de violência. As mesmas não se visualizam incluídas nas ações de saúde e políticas de

enfrentamento a violência, deixando-as às margens do institucional, e desamparadas em todas as formas.

“Acho que tinha que ter alguma coisa que a gente pudesse contatar, falar. Específico pra gente, mulher da noite. Porque vai falar com a polícia, e eles dizem, vai dar parte, na saúde também não adianta ir. Não tem como. Acho tinha que ter algo específico.” (Casa 01 PS5)

“Eu acho que tinha que ter alguma coisa tipo ‘Maria da Penha’ sabe, alguma coisa específica para nós, que tivesse a quem apelar quando batem ou estupram a gente, porque tu vai na delegacia dar parte ou no posto de saúde eles dão risada da tua cara...então alguma coisa que ajudasse a gente nesse sentido, até porque nós somos muito discriminadas pela sociedade.” (Casa 02 PS6)

“Tem já a Maria da Penha, acho que já foi uma grande conquista [...] mas eu acho que a saúde também tinha que dar apoio, inclusive psicológico para nós mulheres, porque a gente fica com a mente transtornada, às vezes anos já sofrendo [...] e eles não ajudam, não se importam com a gente por causa na nossa profissão.” (Casa 02 PS8)

Apesar dos inúmeros avanços no campo da saúde e nas tentativas de desconstruções sociais das questões de gênero, as PS ainda encontram-se às margens e desassistidas institucionalmente. Assim, as mesmas necessitam e esperam pelo acompanhamento dos profissionais da saúde.

“A saúde não vem aqui na casa, elas deveriam cuidar [...] elas nunca vieram aqui fazer nada, nem que seja uma vez por mês elas deveriam vir nos locais de trabalho das mulheres da noite [...] assim a gente poderia conversar com elas sobre essas coisas de violência e os problemas que a gente passa aqui [...] seria muito melhor, porque a gente não vai até o posto de saúde porque eles não gostam de nós, não dão confiança.” (Casa 01 PS2)

“O pessoal da saúde nem aparece aqui [...] então fica difícil [...] nem trazer camisinha não trazem, ou conversar com a gente [...] nada [...] nem um agente comunitário de saúde, a gente se sente abandonada sabe, excluída.” (Casa 02 PS7)

“A gente sempre faz consulta particular com ginecologista [...] sempre que precisa vai lá [no consultório particular] [...] a gente se sente mais confortável sabe, conversando com eles do que quando a gente vai ao posto de saúde [...] porque os do postinho [referindo-se aos profissionais do serviço público de saúde] tratam a gente diferente.” (Casa 01 PS1)

4 | DISCUSSÃO

A partir do contexto de vida e trabalho expressos pelas PS e as interações sociais estabelecidas com os personagens que o permeiam, foi possível identificar situações de vulnerabilidade social e programática no cenário em que se encontram. Destaca-se que foi possível identificar que as três dimensões da vulnerabilidade permeiam a vida e trabalho dessas mulheres e que estão dinamicamente implicadas e interligadas.

Desta forma, no anseio de preservar-se de tais situações de vulnerabilidades, as PS mantêm a vida privada o mais distante possível da vida social, e passam assim a compartilhar de um universo constituído de dois mundos opostos: o “mundo de fora” e o “mundo de dentro”. O “mundo de fora” é governado pelo moralismo, enquanto o de “dentro”, aos valores e expressões de comportamento contrário ou incompatíveis com os de fora, e que as profissionais do sexo precisam adotar no exercício da profissão (GOIS, LIMA, 2013).

Desta forma, tal dicotomia se manifesta para que, aquele indivíduo ao qual foi atribuído um estigma, uma identidade social deteriorada (GOFFMAN, 2008), possa transitar da periferia ao centro das formações sociais sem ser visto ou apontado, invisibilizando assim, a sua existência (GOIS, LIMA, 2013). Esta divisão entre os “mundos” fica evidente nas falas das PS, e se projeta no território físico e nos espaços sociais identificados como de ‘conduta moral a ser seguida’. Deste modo, as profissionais evitam os espaços frequentados principalmente por mulheres casadas ou aqueles nos quais possam vir a sofrer discriminação e preconceito.

Esses territórios físicos de moralidade ditados pela sociedade desencadeiam atitudes e sentimentos propulsores do adoecimento das PS, pois na medida em que tentam frequentar tais espaços, sofrem violências de diversas formas. Nesse sentido, reflete-se que, nos espaços sociais e/ou institucionais, a discriminação pode existir para quem tem a oportunidade de frequentá-los. Assim, muitas vezes, ocorre a exclusão autoimposta pelas próprias PS, uma vez que as mesmas evitam frequentar locais específicos, como os espaços públicos e de lazer, supermercados, e até mesmo as instituições de saúde nos municípios onde as casas noturnas estão localizadas, por entenderem de antemão que a recepção será negativa, gerando vulnerabilidade à novas violências e ao adoecimento.

Nesse contexto, verificam-se ambiguidades de sentimentos em relação a sua prática laboral. Ao mesmo tempo em que se reconhecem como profissionais do sexo e lutam pela sua valorização como ‘trabalho honesto’, acabam velando publicamente seu labor na tentativa de se autopreservar e preservar seus filhos da discriminação e preconceito que poderão sofrer ao revelar-se a natureza de sua profissão.

Ser profissional do sexo impõe a essas mulheres não somente um estigma,

uma marca deteriorada, mas também um marcador social de diferença, que reforça ou agrava as situações de vulnerabilidade à violência e a violação dos seus direitos. Ressalta-se que os marcadores sociais são componentes determinantes na sociedade para a sustentação de preconceitos, atitudes estigmatizantes e comportamentos discriminatórios que permeiam as relações sociais, tanto na esfera pública como na institucional (VENTURI, 2012). Assim, as mulheres PS, a desigualdade social é acentuada na medida em que atribui-se a elas o marcador social da profissão sexual, além de outros pré-existentes, como raça/cor, gênero e classe social.

Evidencia-se assim que, o processo social de estigmatização e preconceito, afetam o processo saúde-doença-história das mulheres PS, na medida em que ocorre a violação do direito a não ser discriminado, afetando o acesso a saúde integral dessas mulheres. Quando, na vida cotidiana das profissionais do sexo, esses estigmas estão visíveis à sociedade, as mesmas podem tornar-se pessoas “desacreditadas” imediatamente aos olhos da sociedade e das instituições (PAIVA, ZUCCHI, 2012). Estas são vistas então como mulheres “más”, o que “justifica” seu menor acesso a direitos e recursos, o que aumenta a sua vulnerabilidade a vários agravos, especialmente à violência e aos aspectos relacionados à saúde sexual e mental (VILLELA, MONTEIRO, 2015; COSTA, 2018). Nesse contexto, as PS são reconhecidas na sociedade como uma ameaça à família tradicional e aos valores atribuídos a ela, enquanto os operadores de saúde não as visualizam como sujeito de direitos.

Em relação a violência sofrida na sociedade, evidenciou-se que esta ocorre principalmente nas formas de violência verbal, moral e psicológica, por meio de insultos, humilhações, injúrias e discriminação. Para as PS, as formas mais subjetivas de violência sofridas no meio social e institucional causam a elas sofrimentos equivalentes à violência física, pelos danos emocionais, constrangimentos e diminuição da autoestima que a mesma acarreta. Desta forma, as PS relatam evitar expor-se publicamente na cidade em que trabalham a fim de evitar tais situações de vulnerabilidade à violência. Este contexto acaba colocando-as suscetíveis ao consentimento da marginalização e exclusão que a sociedade impõe, mesmo que esta situação não seja percebida por elas.

Assim infere-se que a sociedade não leva em consideração que a mulher PS se deparou em determinado momento de sua vida, com uma falta de alternativas para suprir suas necessidades e de seus filhos e famílias, encontrando nesse trabalho uma forma de atendê-las. Visto que para ser profissional do sexo não há um pré-requisito, tampouco a exigência de escolaridade mínima ou elementos intelectuais. A partir deste cenário, faz-se a reflexão de que por trás desta escolha de vida e trabalho há um conjunto de elementos determinados socialmente, fruto

das relações contraditórias estabelecidas e legitimadas na sociedade.

Na dinâmica da vida cotidiana, o universo das PS é marcado por vários personagens que influenciam ou reproduzem situações de vulnerabilidade à violência. Além dos clientes e amigos, este universo inclui policiais e os proprietários das casas noturnas. Assim, muitas vezes, aqueles que deveriam dar amparo e protegê-las diante da exposição a situações de vulnerabilidade, acabam por compactuar com a violência, e por vezes até as reproduzindo.

Evidenciou-se nos relatos das PS, a discriminação e preconceito na prática laboral perpetrado pelos próprios proprietários das casas noturnas, os quais banalizam e naturalizam a violência no ambiente de trabalho. Conferindo invisibilidade para o problema e colocando a profissional em posição vulnerável a novas situações de violência, uma vez que o cliente entende que a violência é uma prática que ele pode exercitar.

Entretanto, neste estudo observou-se que esta violência por parte do proprietário não ocorria na “Casa 01”, uma vez que o proprietário da casa noturna era uma mulher, a qual eventualmente também realizava programas na casa. Já no que diz respeito a “Casa 02”, nesta percebeu-se diversas situações de violência perpetradas também pelo proprietário do estabelecimento. Esses elementos trazem à tona as questões de gênero, evidenciando que a presença de um homem como figura hierarquicamente superior no ambiente de trabalho potencializa as situações de vulnerabilidade à violência, uma vez que a mulher passa a ser negligenciada e inferiorizada pelo próprio estabelecimento, o que reforça a invisibilidade da violência.

Na dimensão programática, evidenciou-se a violação e negligência de direitos, e falta de acesso à saúde integral, de qualidade e com equidade. Observou-se que os serviços locais de saúde de ambos os municípios não atuam buscando reduzir vulnerabilidades desse grupo social, mas pelo contrário, as reproduzem ou as potencializam. Na atuação dos operadores de saúde, estes acabam não levando em conta as relações dos contextos sociais em que as PS se inserem, e as dinâmicas do processo de trabalho, adoecimento e vulnerabilidades das mesmas.

No lócus institucional, as PS se sentem discriminadas e oprimidas, tanto por parte dos profissionais de saúde, como pelas pessoas que o frequentam. O horário de funcionamento das unidades, a rotina de vida e o temor de ser mal atendida em função do estigma, afastam as PS dos serviços de saúde, fazendo com que apresentem maior vulnerabilidade a vários agravos (VILLELA, MONTEIRO, 2015). Evidenciou-se nos relatos das PS que quando estas procuram os serviços, as consultas médicas e de enfermagem, são permeadas pelo preconceito e pela desassistência. Desta forma, as profissionais não se sentem acolhidas e amparadas para discutir sobre sua saúde sexual, tampouco para expor as situações de violência vividas, uma vez que a recepção é negativa e discriminatória.

Nesta perspectiva, no momento em que as PS se sentem rejeitadas pelos operadores de saúde que compõe os serviços, na mesma perspectiva elas também passam a rejeitá-los, o que fica evidenciado pelos discursos das PS, em que todas relataram frequentar serviços de saúde privados. Nestes serviços, sentem-se confortáveis para conversar abertamente com o profissional sobre suas dúvidas em relação ao seu corpo e a sua sexualidade, além de receberem um atendimento livre de preconceitos. Demonstrando assim, que os obstáculos para o cuidado e autocuidado com a sua saúde tornam-se mais frequentes nos contextos de maior exclusão, e de maior violência e vulnerabilidade, resultando em desigualdades.

Em contrapartida, visualiza-se também o preconceito e discriminação dos operadores de saúde para com as PS, com discursos que reforçam o estigma. Estudos realizados com profissionais de saúde demonstram que, para os mesmos, o fato das PS exporem-se às situações de vulnerabilidade a doenças, violência e morte são riscos inerentes à profissão, e não conseguem identificar as causas das situações que tornam essas mulheres mais vulneráveis à violência, limitando-se a dizer que esta é uma profissão de risco (BORTOLI, COSTA, SILVA, 2016; BELÉM, 2018).

Entretanto, a maior prevalência de problemas de saúde entre mulheres PS não é percebida por eles como consequência da sua exclusão social. O estigma que recai sobre elas opera no sentido de ocultar a relação de determinação entre vulnerabilidade e agravo. Assim, prevalece a ideia de que as PS são mais doentes por não seguirem as normas de gênero relativas ao exercício da sexualidade por mulheres, sendo a doença e seus agravos o preço a se pagar pelo desvio de conduta moral, perpetuando-se assim o estigma (VILLELA, MONTEIRO, 2015).

Observa-se que os profissionais de saúde, e em particular os profissionais enfermeiros, não comparecem às casas noturnas para promover as ações de cuidado. Salienta-se que é na consulta de enfermagem que o profissional enfermeiro pode promover a escuta sensível, produzindo um cuidado integral condizente com a realidade na qual a profissional está inserida, discutindo assuntos sobre sua sexualidade, autoimagem e sentimentos aflorados diante das vivências, minimizando os efeitos causados pelas situações de violência e orientando para com relação a exposição as situações de vulnerabilidade (ARAUJO, PROGIANTI, VARGENS, 2004). Quando o profissional de saúde percebe que esse grupo de mulheres não está comparecendo ao serviço de saúde, é de sua responsabilidade realizar a busca ativa e facilitar o acesso aos serviços.

Desta forma, sinaliza-se que a atenção despendida às PS no que diz respeito à saúde da mulher apresenta-se fragilizada e fragmentada, uma vez que não contempla adequadamente todos os grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade, o que viola o princípio da equidade, sem o qual não se pode assegurar a universalidade do

direito à saúde tal como definido na Constituição Brasileira (CORRÊA, 2011). Para além disso, a rede de apoio aos grupos em situação de vulnerabilidade deve ter um olhar atento para as demandas específicas desse grupo populacional, visando à integridade da saúde nos mais diversos aspectos: físico, mental e social (LEAL, SOUZA, RIOS, 2017).

Ainda, evidencia-se pelos relatos que as ações em saúde, quando existentes, são incipientes e ineficazes diante das necessidades das PS. Nesse contexto, ao vivenciar situações de violência, essas mulheres frequentemente esbarram em obstáculos assistenciais, pois não sabem a quem recorrer, especialmente quando o tipo de agressão não deixa marcas visíveis. Se sentem discriminadas e invisibilizadas pelas instituições das quais conhecem e têm como referência: a saúde e o sistema policial e jurídico.

Neste contexto de invisibilidades, as PS são colocadas à margem da sociedade e ignoradas também pela instituição na qual costumam primeiramente buscar apoio e proteção: o sistema jurídico. Este por sua vez, não criminaliza a atividade de profissional do sexo, entretanto, não esmera esforços suficientes para proporcionar condições dignas de existência para essas mulheres. Desta forma, no cenário brasileiro não se criminaliza a prostituição, as PS, ou o cliente que procura o serviço sexual, contudo, a lei penal condena o estímulo à prostituição - o *lenocínio*. Ou seja, induzir, aliciar, facilitar a prostituição ou a exploração sexual, bem como dificultar ou impedir que alguém a abandone, é criminalmente condenável, assim como as casas de prostituição também o são (SANTOS, OLIVEIRA, 2016).

Diante do exposto, reflete-se que a invisibilidade das demandas específicas das PS seja um reflexo desta postura do Estado Brasileiro de não criminalizar a prostituição e sim as atividades associadas a ela. Tal postura deixa esse grupo específico de mulheres em situação de desproteção e de vulnerabilidade social e programática, uma vez que não podem exigir condições de trabalho higiênicas, seguras e em um ambiente livre de violências e vulnerabilidades, e ainda não são reconhecidas como sujeito de direitos. Entretanto, salienta-se que, se nos autodenominamos como sujeito de direitos, faz-se necessário reconhecer também, simetricamente, que os outros também o são, independente de qualquer coisa, caso contrário, é desejar para si um privilégio. E assim, sob o véu da aparência de que se respeita o direito da mulher de se prostituir, ocorre, de fato, uma desassistência a suas necessidades de segurança e de redução de vulnerabilidades no contexto de trabalho, o que dificulta o enfrentamento das situações de violência e do estigma que recai sobre as mesmas (VILLELA, MONTEIRO, 2015; PAIVA, 2012).

As limitações desta investigação são inerentes a estudos qualitativos, especialmente por ter sido desenvolvida a nível local e com PS que trabalham apenas em ambientes fechados, prejudicando a generalização dos achados. Devido

ao estigma e à discriminação, o acesso às PS torna-se mais difícil pelo receio das mesmas em envolver-se efetivamente em estudos. Ao utilizar a abordagem metodológica do estudo de caso, possibilitou-se investigar as situações de vulnerabilidade social e programática à violência pela ótica das PS, contudo, tal abordagem limitou o número de participantes. Entretanto, a pesquisa superou as proposições teóricas iniciais do estudo, e tem como aplicabilidade proporcionar a reflexão de atitudes estigmatizantes e discriminatórias praticadas no contexto social e institucional contra o grupo de mulheres PS, principalmente no que diz respeito às ações dos operadores de saúde para promover a integralidade e equidade do acesso aos serviços de saúde a esse segmento de mulheres.

Como implicação para futuras pesquisas, vislumbra-se a possibilidade de desenvolver estudos com diferentes abordagens metodológicas, na qual se sugere a utilização da Metodologia das Cenas da Vida Cotidiana. Visto que esta metodologia permite contribuir para a compreensão de forma densa e aprofundada da dinâmica da vida cotidiana das PS e suas determinações sociais, enquanto busca estabelecer modos de interagir na prevenção e promoção da saúde que ampliam a participação das PS e da comunidade.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a vida das pessoas na sociedade é mediada por instituições sociais como famílias e serviços de saúde. Para que os recursos sociais de que as PS necessitam para evitar estigmas, preconceitos e novas violências e evitar o adoecimento estejam disponíveis de forma efetiva, é necessário que existam esforços programáticos nesta direção. Tais esforços não devem partir somente das instituições locais de cada município, mas em nível de Governo, principalmente no que diz respeito a implementação de programas de saúde que contemplem esse grupo específico de mulheres, que possui demandas singulares.

Observa-se a violação dos direitos humanos e a não visibilização das PS enquanto sujeito de direitos como todo e qualquer cidadão. Ainda a exposição a diversas situações de vulnerabilidade a violência nos eixos individual, social e programático, os quais se mostraram interconectados nos contextos de vida e trabalho dessas mulheres, além da ausência de proteção para que o direito à dignidade da pessoa humana seja efetivado.

Em relação ao componente social, evidenciou-se que as PS encontram-se socialmente vulneráveis à violência, uma vez que possuem acesso limitado a recursos cognitivos e materiais, e a instituições sociais como serviços de saúde e espaços de lazer. O poder de participar e influenciar nas decisões políticas da comunidade em que vivem, de participar na elaboração de programas de saúde que

as contemplem e de enfrentar barreiras culturais é uma realidade distante, e elas se calam diante das situações estigmatizantes e discriminatórias praticando assim a exclusão autoimposta, por pensarem que jamais terão voz ativa para mudar a realidade atual da sociedade em que vivem e coabitam.

No que tange ao componente programático da vulnerabilidade, evidenciou-se que as PS carecem de informações e acesso aos serviços e programas de saúde, e ainda de ações que favoreçam seu acesso social a recursos, sua dignidade, seu poder de decisão e sua influência política e cultural, bem como ações que promovam o atendimento integral e equitativo à sua saúde, incentivando sua autonomia e respeitando seus direitos humanos. Ainda, as mesmas não buscam os serviços de saúde como recurso para superar diversas situações de violência, demonstrando lacunas entre esse grupo específico de mulheres e os operadores de saúde, as quais precisam ser reduzidas. Em contrapartida, os serviços de saúde também não visualizam a problemática das situações de vulnerabilidade social e programática à violência contra as PS como de sua responsabilidade.

Observou-se certo distanciamento dos profissionais enfermeiros para com ações e práticas preventivas e promocionais em saúde para com o grupo de mulheres PS, refletindo assim a necessidade de desenvolver e aprimorar ainda na academia sensibilidade para trabalhar com grupos em situação de vulnerabilidade, bem como identificar e compreender os sinais que revelam uma mulher em situação de violência. Além disso, profissionais enfermeiros precisam estar preparados para trabalhar com todos os grupos sociais que se moldam no contexto de saúde.

Por fim, reflete-se que o enfermeiro constitui-se importante profissional nas instituições de saúde, coordenando e implementando programas e ações, e desta forma, torna-se peça chave para reduzir vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas das PS. Além disso, faz-se necessário incluir efetivamente nos programas de saúde da mulher as mulheres em situação de vulnerabilidade, especificamente o grupo de PS, atentando para as suas demandas específicas, e ainda sob a ótica da saúde ocupacional.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

A primeira autora foi a responsável pela concepção da pesquisa, análise das informações e redação do manuscrito, e a segunda e terceira autora foram responsáveis pela concepção da pesquisa, revisão crítica do manuscrito, aconselhamento metodológico e aprovação da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

AYRES, JRCM; FRANÇA JÚNIOR, I; CALAZANS, GJ; SALETTI FILHO, HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. IN: CZERESNIA, D; FREITAS, CM (Organizadores). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 5ª Edição, 2017. 176p.

AYRES, JRCM; PAIVA, V; FRANÇA JR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro de vulnerabilidade e direitos humanos. IN: PAIVA, V; AYRES, JRCM; BUCHALLA, C (Organizadores). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde**. Livro I, Curitiba, Editora Juruá, 2012, 320p.

ARAUJO, LM; PROGIANTI, JM; VARGENS, OMC. **A consulta de enfermagem ginecológica e a redução da violência de gênero**. Rev Enferm UERJ. 2004;12(3):328-31.

ARBOIT, J; HIRT, MC; GEHLEN, RGS; BORTOLI, VS; COSTA, MC; SILVA, EB. **Female sex workers' situations of vulnerability to violence**: interfaces in the field of health. Rev enferm UFPE on line, Recife, 8(supl. 2):3784-9, out., 2014.

BELÉM, JM; ALVES, MJH; PEREIRA, EV; MAIA, ER; QUIRINO, GS; ALBUQUERQUE, GA. **Prostituição e saúde**: representações sociais de enfermeiros/as da Estratégia Saúde da Família. Rev baiana enferm. 2018;32:e25086.

BORTOLI, V; COSTA, MC; SILVA, EB. **Violência contra mulheres profissionais do sexo**: concepções e ações dos trabalhadores da Atenção Básica. Rev enferm UFPE. 2016; 10(7):2445-52.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012.

COCCO, M; LOPES, MJM. **Violência entre jovens**: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade. Rev Gaúcha Enferm. 2010; 31(1):151-9.

CORRÊA, S; PIMENTA, P; MAKSUD, I; DEMINICIS, S; OLIVAR, M. **Sexualidade e desenvolvimento**: a política brasileira de resposta ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo: relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: ABIA; 2011.

COSTA, TVA; LOURENÇO, MPC; OTONI, GHS; SANTOS, FP; VIDALA, CEL. **Preconceito, relações familiares e práticas de saúde em profissionais do sexo**: uma abordagem qualitativa. Rev Med Minas Gerais 2018;28 (Supl 4): S54-S62.

DUFF, P; ET AL. **Poor working conditions and work stress among Canadian sex workers**. *Occup Med (Lond)*. 2017 Oct 1;67(7):515-521.

GOIS, ML; LIMA, MEO. **De dentro de fora e de fora de dentro**: representações sociais da prostituição feminina. *Interacções*, nº. 23, pp. 71-87 (2013).

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008. 158p.

LEAL, CBM; SOUZA, DA; RIOS, MA. **Aspectos de vida e saúde das profissionais do sexo.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(11):4483-91, nov., 2017.

LIMA, FSS; MERCHÁN-HAMANN, E; URDANETA, M; DAMACENA, GN; SZWARCOWALD, CL. **Fatores associados à violência contra mulheres profissionais do sexo de dez cidades brasileiras.** Cad Saúde Pública [Internet]. 2017, 33(2): e00157815.

LYONS, CE; GROSSO, A; ^{DRAME}, FM; KETENDE, S; DIOUF, D; BA, I; SHANNON, ^{EZOUATCHI}, RK; ^{BAMBA}, A; KOUAME, A; BARAL, S. Physical and sexual violence affecting female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire: **Prevalence, and the relationship with the work environment, HIV and access to health services.** J Acquir Immune Defic Syndr. 2017 May 01; 75(1): 9–17.

PAIVA, V; ZUCCHI, E. Estigma, discriminação e saúde: aprendizado de conceitos e práticas no contexto da epidemia de HIV/AIDS. IN: PAIVA, V; AYRES, JRMC; BUCHALLA, C (Organizadores). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde.** Livro I, Curitiba, Editora Juruá, 2012, 320p.

PAIVA, V. Cenas da Vida Cotidiana: Metodologia para compreender e reduzir vulnerabilidade na perspectiva dos Direitos Humanos. IN: Paiva V, Ayres JRMC, Buchalla C (Organizadores). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde.** Livro I, Curitiba, Editora Juruá, 2012, 320p.

PARCESEPE, AM; L'ENGLE, KL; MARTIN, SL; GREEN, S; SUCHINDRAN, C; MWAROGO, P. **Early Sex Work Initiation and Violence against Female Sex Workers in Mombasa, Kenya.** J Urban Health. 2016 Dec;93(6):1010-1026.

PRANGNELL, A; ET AL. **Workplace violence among female sex workers who use drugs in Vancouver, Canada:** Does client targeted policing increase safety? J Public Health Policy, 2018 Feb; 39 (1): 86-99.

SANTOS, G; OLIVEIRA, AV. **Regulamentação da prostituição no Brasil:** analisando o problema da prostituição como forma de dominação masculina e a necessidade de garantir direitos às prostitutas. Departamento de Direito. PUC- Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: http://www.puc-rio.br/pibic/relatorio_resumo2016/relatorios_pdf/ccs/DIR/DIR-Gabriel_Santos.pdf. Acessado em: 14/02/2020.

SMANIOTTO GEHLEN, RG; COSTA, MC; ARBOIT, J; SILVA, EB. **Situações de vulnerabilidade a violência vivenciadas por mulheres profissionais do sexo:** estudo de caso. Ciencia y Enfermería [en linea] 2018, 24 (Noviembre-Sin mes).

TSAI, LC; CARLSON, CE; AIRA, T; NORCINI PALA, A; RIEDEL, M; WITTE, SS. **The impact of a microsavings intervention on reducing violence against women engaged in sex work:** a randomized controlled study. BMC Int Health Hum Rights. 2016 Oct 28;16(1):27

VENTURI, G. Misoginia, homofobia, racismo e gerontofobia: contribuições de análises da opinião pública para a prevenção. IN: PAIVA, V; AYRES, JRMC; BUCHALLA, C (Organizadores). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde.** Livro I, Curitiba, Editora Juruá, 2012, 320p.

VIDA, CEL; AMARA, B; FERREIRA, DP; DIAS, IMF; VILELA, LA; FRANCO, LR. **Preditores de prováveis transtornos mentais comuns (TMC) em prostitutas utilizando o Self-Reporting Questionnaire.** J Bras Psiquiatr. 2014; 63(3):205-12.

VILLELA, WV; MONTEIRO, S. **Gênero, estigma e saúde:** reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(3):531-540, jul-set 2015.

YIN, RK. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

ZHANG, L; ET AL. **Violence, stigma and mental health among female sex workers in China:** A structural equation modeling. Women Health. 2017 Jul;57(6):685-704.

VIOLÊNCIA CONTRA MULHER: UMA ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES

Data de aceite: 01/10/2020

Data de submissão: 21/07/2020

Silvana de Matos Francisco de Oliveira

Faculdade Santa Maria da Glória
Maringá - Paraná

<http://lattes.cnpq.br/3234758335657630>

Romulo Valentim Pinheiro

Faculdade Santa Maria da Glória
Maringá - Paraná

<http://lattes.cnpq.br/4703621529993581>

Jaqueline da Silva Santos

Faculdade Santa Maria da Glória
Maringá - Paraná

<http://lattes.cnpq.br/2185100626760884>

Viviane da Silva

Faculdade Santa Maria da Glória
Maringá - Paraná

<http://lattes.cnpq.br/9661093808841553>

Kelly Cristina Suzue Iamaguchi Luz

Faculdade Santa Maria da Glória
Maringá - Paraná

<http://lattes.cnpq.br/0158996139792502>

RESUMO: **Introdução:** A violência é um fenômeno social e histórico, definido como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio ou outras pessoas, que pode resultar em sofrimento, morte ou dano psicológico. **Objetivo:** Analisar as notificações de violência contra mulher na cidade de Maringá-PR no período de 2010 a 2017. **Método:** Estudo

quantitativo, de corte transversal, retrospectivo de caráter censitário onde foram analisados os dados epidemiológicos retirados do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil) e IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), sendo estes as notificações de casos de violência contra mulher identificados em Maringá na faixa etária de 15 a 59+, durante os anos 2010 a 2017. Os dados foram extraídos do site e submetidos a análise descritiva simples. **Resultados:** De acordo com o levantamento, em Maringá foram notificados 2.943 casos de violência contra mulheres no período, totalizando 1,6% da população feminina do município, que era de 185.353 mulheres. Também, percebe-se que dentre os eventos diagnosticados, 83% eram por violência física, 1,7% aconteceram por tortura, 0,6% por violência financeira, 3,8% por abandono e 11% por abuso sexual. Até então, dentre estes, 76% das agressões decorreram-se em sua moradia, 1% sucederam-se em escolas, 2,5% em bares, 18% em vias públicas, 1,7% acometeu em comércios/local de trabalho, 0,4% em habitação coletiva e 0,3% em local de prática esportiva. **Conclusão:** Observou-se uma expressiva parte da população feminina sofre com a violência dentro das suas casas e, sendo a violência física a mais registrada. É necessário que equipes de saúde, especialmente na atenção primária, estejam preparadas para ofertar apoio para a mulher vencer medos e a vergonha e buscar acesso ajuda, pois, uma vez que o agressor, geralmente, está muito perto das suas vítimas.

PALAVRAS-CHAVE: Violência; Violência contra mulher; Mulheres.

VIOLENCE AGAINST WOMEN: AN ANALYSIS OF NOTIFICATIONS

ABSTRACT: Introduction: Violence is a social and historical phenomenon, defined as the use of physical force or Power. **Objective:** To analyse notifications of violence against women in the city of Maringá-PR from 2010 to 2017. **Method:** Quantitative, cross-sectional, retrospective census study where epidemiological data from DATASUS (Department of Information Technology of the Brazilian Unified Health System) and IBGE (Brazilian Institute of Geography and Statistics) were analyzed, these being the notifications of cases of violence against women identified in Maringá-PR in the 15 to 59+ age group, during the years 2010 to 2017. The data were extracted from the site and submitted to simple descriptive analysis. **Results:** A total of 2,943 cases of violence against women were reported in the period, totaling 1.6% of the municipality's female population, which was 185,353 women. The most reported types of violence was physical violence (83%), in second were sexual abuse (11%) psychological (1.7%), financial violence (0.6%) and abandonment (3.8%). Until then, among these, 76% of the aggressions was home-based abused, 1% happened in schools, 2,5% in pubs, 18% in public ways, 1,7% affected in commerce/workplace, 0,4% in collective housing and 0,3% in place of sports practice. **Conclusion:** A significant part of the female population suffers from violence with in their homes and, with physical violence being the most registered. It is necessary that health teams, especially in primary care, are prepared to offer support for women to over come fears and shame and seek Access to help, since the aggressoris usually very close to his victims.

KEYWORDS: Violence; Violence against women; Women.

INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno social e histórico, definido como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio ou outras pessoas, que pode resultar em sofrimento, morte ou dano psicológico (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

A violência contra a mulher é um problema mundial, nas relações desiguais de poder, ou seja, constitui um tipo de violência motivada pela condição desigual de sexo, a qual começa no universo familiar, e as relações de gênero se estabelecem de forma hierárquica (BANDEIRA, 2014).

As Nações Unidas definem a violência contra as mulheres como “qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada”. Estima-se que, aproximadamente, 35% das mulheres em todo mundo sofreram violência física e/ou sexual por parte do parceiro ou de terceiros durante toda a vida (OMS, 2017).

O conceito de violência, para alguns autores, não faz parte da natureza humana nem tem raízes biológicas, mas baseia-se nas diretrizes da Lei, sendo

entendido como um fenômeno biopsicossocial complexo e dinâmico, onde devemos considerar problemas políticos, econômicos, morais, direitos e aspectos psicológicos, bem como a orientação familiar (MARQUES ET AL; 2020).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2016), são considerados fatores de risco para violência contra a mulher tanto por parte das vítimas quanto dos agressores, os baixos níveis de escolaridade, a exposição a maltrato infantil, experiência de violência familiar, uso nocivo do álcool, múltiplos parceiros e atitudes de aceitação de violência.

A prevenção para a violência doméstica está na sensibilização e no avanço da consciência social (DESLANDES, 1993). Para Oliveira (2007), a violência contra a mulher é algo que merece a intervenção dos profissionais de saúde, porém estes ainda não se encontram preparados para acolher e lidar com situações de violência.

Reconhecer os índices de violência da região e caracterizá-la pode ser ferramentas úteis para os profissionais de saúde na tentativa de ajudar as vítimas a procurarem ajuda e a reconstrução da vida. Desta forma, este estudo buscou analisar as notificações de violência contra mulher na cidade de Maringá-PR no período de 2010 a 2017, identificando os fatores de risco para a população estudada.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, de corte transversal, retrospectivo de caráter censitário onde foram analisados os dados epidemiológicos retirados do DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil) e IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

Foram analisadas as notificações ocorridas no período de 2010 a 2017, que tinham como vítima da violência mulheres com idade entre 15 a 59+ anos, identificados em Maringá, cidade localizada no Noroeste do Estado do Paraná.

Os dados foram extraídos do site e submetidos a análise descritiva simples.

RESULTADOS

De acordo com o levantamento, em Maringá foram notificados 2.943 casos de violência contra mulheres no período, totalizando 1,6% da população feminina do município, que era de 185.353 mulheres. Também, percebe-se que dentre os eventos diagnosticados, 83% eram por violência física, 1,7% aconteceram por tortura, 0,6% por violência financeira, 3,8% por abandono e 11% por abuso sexual. Até então, dentre estes, 76% das agressões decorreram-se em sua moradia, 1% sucederam-se em escolas, 2,5% em bares, 18% em vias públicas, 1,7% acometeu em comércios/local de trabalho, 0,4% em habitação coletiva e 0,3% em local de

prática esportiva.

DISCUSSÃO

De acordo com o mapa da violência contra a mulher de 2018, foram analisadas 140.191 notícias veiculadas pela imprensa brasileira entre os meses de janeiro e novembro de 2018 e a partir dessa análise, foram identificados 68.811 casos de violência contra a mulher divididos em cinco categorias: importunação sexual, violência online (crimes contra a honra), estupro, feminicídio e violência doméstica. Ou seja, aproximadamente 1,6% da população de mulheres daquele ano foram vítimas de algum tipo de violência. Dado muito semelhante ao encontrado nas notificações deste estudo. Infelizmente, o Brasil continua sendo um país violento. Mesmo com os recentes avanços como a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) propondo a criminalização e a aplicação de penas para os agressores e medidas que são dirigidas às mulheres para a proteção de sua integridade física e de seus direitos, ainda noticiamos a agressão, física, moral e a morte de mulheres.

Os casos de violência física mostraram-se prevalentes neste estudo, assim como o trabalho de Bernardino e seus colaboradores (2016) em estudo realizado no Nordeste do Brasil que analisou 1.388 registros policiais de violência contra a mulher, sendo que a violência física foi a mais prevalente (644 casos). Violência física é compreendida como casos nos quais as vítimas eram empurradas, espancadas, chutadas, puxadas pelos cabelos, arrastadas, queimadas ou agredidas com algum instrumento.

De acordo com a Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM) que conduziu um estudo em São Paulo (SOUZA E CARDOSO, 2012), mostra que os resultados de nossa pesquisa são consistentes, pois a violência física também foi a mais relatada. A agressão física é facilmente reconhecida como uma forma de violência, pois a vítima sofre fisicamente e o ato de agressão deixa marcas visíveis, o que faz com que a vítima perceba sua condição, pois a agressão física demonstra o “verdadeiro” significado da palavra violência, que vem do latim e significa “com ímpeto, furioso, à força”. Diante disso, expõe que a violência resulta da ação ou força irreversível, com o intuito de manter o poder sobre outrem (RIBEIRO, L.C., 2018; LIMA E LEÃO, 2019).

A vítima de violência física acredita na maioria das vezes na mudança do companheiro devido ao seu comportamento de arrependimento e carinhoso depois da agressão, mas que com o tempo, ela piora e se torna mais intensa. Outro tópico a ser destacado que justifica a violência, e a dificuldade de a mulher perceber que estão sendo vítima de algum tipo de violência como agressão física, psicológica entre outras (RIBEIRO, L.C., 2018).

Fonseca e seus colaboradores (2012) realizaram uma pesquisa não probabilística por conveniência com 12 mulheres com idades iguais ou maiores que 18 que buscaram a delegacia especializada no atendimento da mulher na cidade Joao Pessoa. Na pesquisa foi percebido que a violência psicológica/emocional e a violência física ocorriam mais frequentemente, que eram representadas de modo depreciativo e desarmônico. Apontam também que as principais consequências apresentadas pelas mulheres são desamor, insensibilidade, e o trauma contribuindo para a falta de qualidade de vida.

Em relação ao local onde a violência foi praticada, a moradia é o local de maior prevalência. Para Gedrat e colaboradores (2020) e Waiselfisz (2012), a violência contra a mulher compreende atos praticados em ambiente público ou privado e em diversos contextos do cotidiano, porém é no ambiente doméstico que, fundamentalmente, ela ocorre. Tal violência é praticada quase sempre por homens da família que exercem relações de poder sobre as vítimas e, ao serem protegidos pelos laços afetivos, podem levar ao extremo as relações de dominação, originadas de uma cultura patriarcal que ainda se perpetua no país.

CONCLUSÃO

Observou-se uma expressiva parte da população feminina sofre com a violência dentro das suas casas e, sendo a violência física a mais registrada. É necessário que equipes de saúde, especialmente na atenção primária, estejam preparadas para ofertar apoio para a mulher vencer medos e a vergonha e buscar acesso ajuda, pois, uma vez que o agressor, geralmente, está muito perto das suas vítimas.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Rev Soc Estado*. vol 29, nº 2, pág 449-469, 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-69922014000200008>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200008. Acessado em 20 julh. 2020.

Brasil. Câmara dos Deputados. Comissão de defesa dos Direitos da Mulher. **Mapa da violência contra a mulher 2018**. Brasília. 2018.

Brasil. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Presidência da República. [1984]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.htm. Acessado em 20 julh. 2020

Brasil. ONU Mulheres et al. **Diretrizes Nacionais- Femicídio. Investigar, processar e julgar com perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres. Brasília- DF, 2016.** Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/diretrizes_femicidio.pdf. Acessado em 20 julh. 2020

DESLANDES, S. F. Prevenir e proteger: análise de um serviço de atenção aos maus tratos na infância. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol.10, supl 1, 1993. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500013>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500013&lng=pt&lng=pt. Acessado em 20 julh. 2020.

FONSECA, H.D., RIBEIRO, G.C., LEAL, N.S.B. Violência doméstica contra mulher: realidade e representações sociais. *Psicologia & Sociedade*. vol 24, n ° 2, pág 307-314, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/07.pdf>. Acessado em 18 julh. 2020

GEDRAT, D. C., SILVEIRA, E. F., ALMEIDA, H. A. Perfil dos parceiros íntimos de violência doméstica: uma expressão da questão social brasileira. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 138, p. 342-358, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/0101-6628.216>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282020000200342&lng=pt. Acessado em 20 julh. 2020.

GUIMARÃES, M. C., Pedroza, R. L. S. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. *Psicologia & Sociedade*. vol 27, n ° 2, pág 256 - 264, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n2/1807-0310-psoc-27-02-00256.pdf>. Acessado em 20 julh. 2020

LIMA, J.O., Leão, S.M. Ineficácia da punição da violência física e psicológica contra a mulher no Brasil. *Âmbito Jurídico*. nº 190, ano XXII. ISSN 1518-0360 Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-penal/ineficacia-da-punicao-da-violencia-fisica-e-psicologica-contra-a-mulher-no-brasil/>. Acessado em 20. julh. 2020

MARQUES, B. O. M., ERTHAL, R. M. C., GIRIANELLI, V. R. Lei Maria da Penha: uma análise crítica à luz da criminologia feminista. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v 43, n °4, p. 140-153. 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s412>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000800140&lng=en&nrm=iso. Acessado em 19julh. 2020

RIBEIRO, Laís Cristina. Violência contra mulher nas relações domésticas: uma análise acerca da proteção conferida pela lei maria da penha em face do direito comparado. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. 2018

SOUZA, L., CORTEZ, M. B. A delegacia da mulher perante as normas e leis para o enfrentamento da violência contra a mulher: um estudo de caso. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 621-639, jun. 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-76121141>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000300005&lng=pt&nrm=iso. Acessado em 19 julh. 2020.

WASELFSZ, Júlio Jacobo. Mapa da violência 2012: atualização: homicídios de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA, 2012.

VISÃO ALTRUÍSTA DA ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO DE TRAUMA DE TÓRAX

Data de aceite: 01/10/2020

Joycilene Tavares Gonçalves

Faculdade Estácio do Amazonas

Jonas Matos de Souza

Faculdade Estácio do Amazonas

Thaiane Duarte Correa

Faculdade Estácio do Amazonas

Laudemar Moura D'Ávila

Faculdade Estácio do Amazonas

Elaine Cardoso L. Araujo

Faculdade Estácio do Amazonas

Keila Ramires Soares

Faculdade Estácio do Amazonas

Leandro Pimentel

Faculdade Estácio do Amazonas

RESUMO: A atuação da enfermagem ao trauma de tórax é abrangente dinâmico, pois a mesma irá desempenhar um papel globalizado, onde irá estabelecer parâmetros no prognóstico e convalescença do politraumatizado de tórax com suas inúmeras características. A enfermagem se fará presente com respeito, amor, entrega, presença pessoal e psicológica. **OBJETIVO:** A enfermagem irá assegurar ao traumatizado de tórax, toda assistência necessária, haja vista que o paciente com trauma de tórax irá necessitar de acompanhamento vinte quatro horas para sua recuperação. **METODOLOGIA:** Esse trabalho teve como enfoque, a busca

em trabalhos de autores que verbalizaram de maneira abundante ao assunto do trauma de tórax. Esse tipo de busca tem sua credibilidade documental e qualitativa, onde é apresentada a visão dos autores. **CONCLUSÃO:** A enfermagem vislumbra o trauma de tórax como problema mundial e de consequências e sequelas graves. Urge a urgência de se trabalhar critérios para minimizar suas causas e transtornos.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de Enfermagem. Trauma de Torax. Emergência.

ABSTRACT: The role of nursing in chest trauma is comprehensive, dynamic, since it will play a globalized role, where it will establish parameters in the prognosis and convalescence of the chest trauma with its numerous characteristics. Nursing will be present with respect, love, delivery, personal and psychological presence. **OBJECTIVE:** Nursing will assure the traumatized of the chest, all necessary assistance, considering that the patient with chest trauma will need follow-up twenty four hours for his recovery. **METHODOLOGY:** This work focused on the search for works by authors who verbally expressed the subject of chest trauma. This type of search has its documentary and qualitative credibility, where the authors' view is presented. **CONCLUSION:** Nursing sees chest trauma as a worldwide problem with serious consequences and sequelae. There is an urgent need to work on criteria to minimize their causes and disorders. **KEYWORDS:** Nursing Assistance. Torax trauma. Emergency.

1 | INTRODUÇÃO

O trauma tem sido a principal causa de morte na população adulta jovem no mundo atual, e o traumatismo torácico tem se destacado em virtude de fatores vinculados ao avanço tecnológico, como meio de transporte cada vez mais veloz e pelo aumento da violência urbana.

O trauma de tórax pode ser classificado em fechado ou penetrante, em função da abertura ou não da cavidade pleural. Qualquer um dos órgãos contidos na cavidade torácica pode ser atingido durante um trauma, dependendo de seu mecanismo, trajetória e magnitude. Órgãos abdominais também podem ser acometidos, como o fígado e o baço mais frequentemente, no trauma torácico abdominal.

A enfermagem tem buscado dados que corroboram confiadamente que o trauma de tórax é uma das causas com incidência alarmante de morte em adultos de 15 a 39 anos. A que se devem essas mortes? Essas mortes são causadas por traumas e que têm características e inúmeras como, acidentes automobilísticos de trânsito penetrantes como arma de fogo e arma branca, perfazendo um percentual de 25% de óbitos. O índice de morte é elevado, todavia 85% dos politraumatizado podem receber assistência e obter sucesso no prognóstico se houver uma conduta embasada em critérios decisivos que tragam sobrevida ao paciente com trauma de tórax. A assistência que enfermagem irá empreender fará toda a diferença para que os resultados sejam alcançados, todo protocolo de sistematização deverá se instalar

Onde a equipe de enfermagem irá ser de grande destaque para que o paciente com trauma de tórax receba uma assistência diferenciada com todos os seus recursos instalados no setor de assistência, onde haverá decisiva potencialização no tratamento do paciente com trauma de tórax.

2 | METODOLOGIA

Está pesquisa foi elaborada de forma exploratória em diversos conteúdos, voltado para atuação da enfermagem no trauma de tórax.

Com ênfase na atuação de enfermagem, abordando estatísticas vitais e como o trauma de tórax deve ser abordado pelo enfermeiro na assistência.

Critérios de inclusão: foram utilizados os artigos científicos referentes à assistência de enfermagem ao paciente com trauma torácico no pré-hospitalar, fatores de risco voltado para esse trauma, e como a enfermagem vai atuar no meio, publicados no período de 2013 a 2017, resultantes de pesquisas primárias quantitativas, qualitativas e estudos teóricos e com acesso on-line em texto completo.

3 | RESULTADO

Realizada a pesquisa em inúmeros artigos, os autores convergem em uma somatória objetiva e conclusiva onde o trauma de tórax é maléfico acarretando montante separadamente, onde veremos os fatores que se apresentam: Sexo masculino com a idade média de 34 anos, tendo assim um percentual de 96,4% na mesma estimativa apresenta traumas que contabilizam 30,6% onde aparecem o sexo feminino. Ainda fazendo parte desse percentual que elevam as estimativas estão casados, solteiros, viúvos, separados e com escolaridade de todos os níveis foram contabilizados 35.085 óbitos por trauma de tórax em nosso país.

Concluimos então que o trauma de tórax com suas características, acarreta um vasto prejuízo em nosso país. Nessa demanda estão envolvidos a presença das equipes multidisciplinar, onde farão o atendimento e toda uma estrutura para estabelecer a convalescença ao paciente com trauma de tórax.

Característica dos resultados selecionados

| Autor/ano | Base de dados | Metodologia | Resultados | Conclusão |
|------------------------------------|---------------|------------------------|--|---|
| Souza Santos, Pereira 2013 | Cielo | Qualitativa | Informações constam uma semelhança no resultado onde adultos e jovens não casados nível escolar baixo. Esses contabilizam 34084 vidas ceifadas em acidentes | Constatou-se que os traumas de tórax são em homens. Na sua maioria torácico fechado com piora no caso clínico, mas com ressalva de prognóstico bom e com recuperação |
| Silva Pereira Guedes, Peixoto 2017 | Cielo | Qualitativa Descritiva | Os traumas torácicos tem uma variante em sua esfera de acometidos apresentam vários resultados que foram estabelecidos de acordo com a sua área de atuação fechado, hemotórax, pneumotórax, e enfisema subcutâneo. | O trauma de tórax é um problema que se tem evidenciado com uma grande taxa de mortalidade, isso significa que o atendimento ao trauma de tórax precisa ser especializado. |
| Fontelles Pantoja Mantovani 2000 | Cielo | Qualitativa Descritiva | O resultado define-se que o período final de ano o volume de traumas torácicos é aumentado. Os números precisos são do sexo masculino com a idade de 20 a 29 anos verificou-se que nesse período o trauma por queda, transporte e violência e arma de fogo são mais evidentes apresentando um percentual mais significativo. | O trauma de tórax traz um vasto numero de internações os quais são do sexo masculino. Com faixa etária de 20 a 29 anos envolvidos em acidente automobilístico. |

| | | | | |
|-------------------------|-------|------------------------|---|--|
| Bertoncello. et.al 2013 | Cielo | Qualitativa Descritiva | Considerando o quadro e sua natureza critica fez-se necessário desenvolver um plano de assistência de enfermagem que atua na recuperação do paciente debilitado para dar ao mesmo, uma reabilitação ao seu meio social profissional e familiar. | No atendimento ao pneumotórax faz-se necessário um atendimento de emergência para preservar a vida, cabe aos profissionais de enfermagem que exerçam em sua assistência uma atenção em seus procedimentos, e que não tragam prejuízo ao bem estar do paciente. |
|-------------------------|-------|------------------------|---|--|

4 | DISCUSSÃO

Com alta prevalência no mundo, o trauma passou a ser considerado um problema de saúde pública, associado à alta morbi/mortalidade, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde, morrem mais de nove pessoas por minuto vítimas de trauma, com um gasto equivalente a 12% ao de todas as doenças. No Brasil, dados do Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde (DATASUS) mostram que, em 2015, houve 37.306 mortes somente por acidentes de trânsito. Agressões físicas, acidentes automobilísticos e outras formas de violência urbana representaram 12,5% do total de mortes, sendo a terceira causa de morte no país (SOUZA, et al; 2013).

De acordo com o Conselho Federal de Medicina, um balanço feito separadamente dos últimos 10 anos, de 2009 a 2018, aponta que os acidentes de trânsito deixaram mais de 1,6 milhão de feridos. Isso levou ao custo de quase R\$ 3 bilhões ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao avaliar o volume total de vítimas graves do tráfego nos últimos dez anos (1.636.878), o CFM informa que 60% desses casos envolveram vítimas com idade entre 15 e 39 anos, sendo menor a frequência nas faixas etárias que vão de zero a 14 anos (8,2%) e em maiores de 60 anos (8,4%). Do total, quase 80% das vítimas eram do sexo masculino.

O trauma torácico (TT) representa de 10% a 15% do total de traumas no mundo. Nos Estados Unidos, corresponde ao terceiro tipo de trauma mais letal, ficando atrás do trauma cranioencefálico e do trauma de extremidades. Já no Brasil, essa taxa corresponde a 7,3% das ocorrências, sendo o segundo tipo de trauma mais frequente, atrás apenas do trauma de extremidades. (SILVA, et al; 2017). Representa aproximadamente 25% das mortes causadas por trauma, além de ser fator contribuinte em outros 25%. Das vítimas de TT, cerca de 80% são tratadas apenas por toracostomia com drenagem pleural fechada (TDPF) associada à analgesia e terapia ventilatória. Já a toracotomia é reservada à menor parcela dos

pacientes, entre 10% e 20%. Ainda assim, um terço dos pacientes com injúrias graves de tórax morrem antes de receberem o atendimento hospitalar e outros 20% apresentam morte tardia, em consequência de complicações pleuropulmonares de natureza infecciosa. (FONTELLES e MANTOVANI, 2000).

Em um acidente automobilístico é comum ocorrerem traumas torácicos e, como se sabe, a caixa torácica contém órgãos nobres que são fundamentais para o bom funcionamento de nosso organismo. As lesões de tórax podem ser classificadas em traumas abertos e fechados, que diferem entre si pela comunicação ou não da cavidade torácica com o meio externo, sendo que ambas podem causar hemotórax e/ou pneumotórax. O tipo mais comum de lesão torácica resultante de um trauma contuso é a fratura de costelas, que contribui diretamente para a diminuição da função ventilatória, pois o indivíduo sente intensa dor no local da lesão, especialmente na inspiração e tosse. Diante disso, respirações superficiais são realizadas para tentar reduzir a dor, podendo acarretar em complicações posteriores, porém, se não diagnosticado e tratado rapidamente, o trauma de tórax pode ser fatal. (CARRISSIMI, et al, 2015).

Comumente as lesões torácicas não se expressam de forma óbvia, sendo necessário exames complementares. Por outro lado, quando há lesão grave verdadeiramente nítida ou altamente suspeita, embora menos comum, o diagnóstico pode ser realizado sem os exames de imagem, na própria sala de emergência ou até mesmo na cena do trauma. O exame de imagem de primeira escolha, após avaliação inicial, é a radiografia de tórax. Na maioria das lesões traumáticas é suficiente para elucidar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento. A radiografia anteroposterior, junto à história clínica, pode avaliar e diagnosticar rapidamente acometimentos de risco de vida intratorácico, como, por exemplo, hemotórax maciço. No entanto, possui baixa sensibilidade para diagnosticar algumas lesões graves, como a contusão pulmonar. A tomografia computadorizada (TC) é um método mais sensível, mas deve-se ter cautela em usá-la, uma vez que sua eficácia nem sempre compensa os potenciais riscos relacionados ao tempo gasto para realização e aos custos mais elevados. (ZANETTE, et al, 2019).

O enfermeiro que atua em unidades de emergência necessita ter competência e habilidade quanto a “conhecimento científico, prático e técnico, afim de que possa tomar decisões rápidas e resolutivas, transmitindo segurança a toda equipe e principalmente diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente”. (ROCHA, 2012)

O atendimento à vítima de múltiplos traumas requer uma atenção ainda mais especializada, visto que suas particularidades e necessidades de tomadas de decisões devem ser muito mais rápidas, principalmente nas primeiras horas do trauma, que são cruciais para o bom prognóstico desse paciente. Logo, o enfermeiro,

junto com a sua equipe, deve utilizar os conhecimentos que detém na tentativa de reduzir as possíveis iatrogenias, como também minimizar os danos e potencializar o tratamento para esses pacientes específicos. (BERTONCELLO, 2013)

Nesse atendimento, o enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados ao paciente de acordo com suas prioridades e, no sistema hospitalar, tem como atribuição a realização dos diagnósticos e prescrições dos cuidados de enfermagem, para os quais este planejamento é um instrumento essencial para assistência à vida. Também o fato de ter uma equipe de saúde treinada e coordenada nas ações e equipamentos disponíveis influencia a sobrevivência do atendimento à vítima de trauma. Ressalte-se que o enfermeiro como coordenador da equipe de enfermagem deve programar e priorizar a assistência a ser prestada, considerando as diferenças que se apresentam nessas vítimas e estabelecer medidas preventivas e reparadoras, em um cenário em que o tempo entre a vida e a morte é tênue. (CALADO e LIMA, 2017).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trauma de tórax e seus resultados é sem dúvida um problema de Largo alcance e somando um grande percentual de mortalidade. Há dados de crescimento constante de cidadãos que sofreram qualquer tipo de trauma torácico em suas em suas modalidades.

Aos profissionais de enfermagem que fazem parte do corpo de atendimento busquem qualificação e embasamento e reciclagem para prestar assistência eficiente e de qualidade, realizando procedimentos seguros sem margem de erros e projetar uma recuperação bem assistida ao paciente de trauma torácico.

Com a configuração dessa pesquisa não foi difícil estabelecer um parâmetro e ter um resultado de como as lesões de trauma de tórax são agravantes e os números que se apresentam de pessoas que sofreram o trauma de tórax. Nesse trabalho identificamos que há uma prevalência em pessoas do sexo masculino com a idade precoce envolvidos nas quatro modalidades mais vistas de trauma de tórax. Espera-se que este estudo possa oferecer subsídios esclarecedores aos que fazem parte das equipes de enfermagem que estão na linha de frente e atuam no serviço de urgência e emergência recebendo os lesionados de trauma de tórax e contribuir no atendimento multidisciplinar. O trauma de tórax é visto de forma globalizada e em nosso país é um fato real, seus resultados são catastróficos de longo alcance bem como deixam marcas e sequelas por toda vida; em todos esses acontecimentos e resultados a enfermagem está atuando e somando com sua parcela de contribuição no empenho e atendimento assistencial ao paciente com trauma de tórax. É de essencial importância atuar nesse âmbito, pois a enfermagem estará responsável

juntamente na convalescença do paciente com trauma de tórax. A enfermagem está estabelecida e utilizará regras padronizadas onde o amor, respeito é pautado pela causa de recuperar e dar esperança ao paciente acometido de qualquer trauma.

REFERÊNCIAS

BERTONCELLO, Kátia Cilene Godinho; CAVALCANTI, Cibele D'Avila Kramer; ILHA, Patrícia. Diagnósticos de risco e propostas de intervenções de Enfermagem aos pacientes vítimas de múltiplos traumas. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, v.15, n.2, abr-jun, 2013.

CALADO, Sandra Regina Silva; LIMA, Carlos Bezerra. Vítima politraumatizada com trauma torácico: assistência de enfermagem no pré-hospitalar. Rev. Temas em saúde. João Pessoa, v.17, n4, p,242-263, 2017.

CARISSIMI, Daiana Klein Weber; DERGAM Emiliana Dutrenit; ANTONIAZZI Viviany Avila. Análise retrospectiva da prevalência e do perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de trauma em um hospital secundário. Rev Med (São Paulo). 2017 out.-dez;96(4):246-54.

FONTELLES Mauro José Pantoja , MANTOVANI Mario. Trauma torácico: fatores de risco de complicações pleuropulmonares pós-drenagem pleural fechada. Rev Col Bras Cir. 2000;27(6):400-7.

<https://g1.globo.com/carros/noticia/2019/05/23/a-cada-1-hora-5-pessoas-morrem-em-acidentes-de-transito-no-brasil-diz-conselho-federal-de-medicina.ghtml/>. Acesso em 27 mar. 2020

ROCHA, Elivania Costa de Almeida. Atuação da enfermagem em urgências e emergências. <https://egov.ufsc.br/portal/conteudo/atua%C3%A7%C3%A3o-da-enfermagem-em-urg%C3%AAcias-e-emerg%C3%AAcias>

SILVA Larissa Aparecida Pereira, FERREIRA Ariela Carrijo, PAULINO Ruth Elisa Sued, et al. Análise retrospectiva da prevalência e do perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de trauma em um hospital secundário. Rev Med. 2017;96(4):246-53.

SOUZA Vanessa Silva, SANTOS Alex Caetano, PEREIRA Leolídio Vitor. Perfil clínico-epidemiológico de vítimas de traumatismo torácico submetidas a tratamento cirúrgico em um hospital de referência. Sci Med. 2013;(2):96-101.

ZANETTE, Guilherme Zappellini; WALTRICK, Rafaela Silva; MONTE, Mônica Borges. Perfil epidemiológico do trauma torácico em um hospital referência da Foz do Rio Itajaí. Rev. Col. Bras. Cir. Vol. 46 no.2 Rio de Janeiro 2019.

SOBRE A ORGANIZADORA

SILENE RIBEIRO MIRANDA BARBOSA-Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Wenceslau Braz, da cidade de Itajubá/MG (1995). Com especialização em Gerontologia pela Universidade Federal da Bahia (2004), especialização em Auditoria de Sistemas e Serviços de Saúde também pela Universidade Federal da Bahia (2006), e especialização em Gestão em Saúde pela UNIFESP (2012). Concluiu o Mestrado em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília, no ano de 2013 defendendo a dissertação intitulada como “Um estudo da sexualidade da idosa com a doença de Alzheimer leve”, tendo a dissertação publicada em um livro. Organizou o livro Biossegurança no Contexto da Saúde, e também escreveu um capítulo deste livro em 2013. Docente com diversas disciplinas: Vigilância Sanitária, Metodologia do Trabalho Acadêmico, Fundamentos Históricos de Enfermagem, Nutrição aplicada à enfermagem, Práticas Educativas em Saúde, Políticas de Atenção a Saúde da Mulher, Biossegurança e Ergonomia, Políticas de Atenção a Saúde do Adulto, Enfermagem do Idoso, Políticas de Nutrição e Alimentação a Saúde I, Ética em Enfermagem e Exercício da Profissão, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Saúde Coletiva, Saúde do Homem, Estágio Supervisionado. Atuou como coordenadora auxiliar junto ao curso de Graduação em Enfermagem em uma instituição privada. Na gestão pública, a nível municipal e estadual atuou como Supervisora Técnica da Estratégia Saúde da Família (ESF). A nível federal, atuou como Consultora externa do Ministério da Saúde (MS) na Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e na Coordenação da Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI). É avaliadora dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde - MEC.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Alívio da dor 55, 170, 204

Assistência de enfermagem 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 58, 77, 78, 80, 83, 84, 85, 89, 90, 95, 99, 100, 101, 127, 134, 174, 180, 181, 194, 199, 202, 203, 204, 234, 236, 237, 238, 239, 241, 242, 243, 269, 270, 272, 275, 276

Atendimento 8, 13, 14, 15, 17, 18, 31, 46, 54, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 104, 125, 127, 149, 150, 167, 210, 220, 221, 229, 236, 239, 240, 241, 256, 259, 266, 267, 269, 271, 272, 273, 274

C

Câncer pélvico 1, 2, 3, 4, 7

Catarata 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 134, 135, 225

Cirurgia 50, 53, 60, 100, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 184

Clampeamento tardio 35, 36, 37, 38, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48

Complicações maternas 61, 62, 64, 65, 67, 68, 69, 71, 180

Comunidade 21, 88, 93, 103, 108, 109, 114, 115, 121, 130, 155, 156, 163, 211, 215, 240, 241, 247, 258

Cordão umbilical 35, 36, 37, 38, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48

Cuidadores 99, 207, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216

Cuidados de enfermagem 72, 73, 75, 82, 84, 86, 88, 90, 125, 127, 128, 132, 148, 179, 181, 196, 234, 235, 236, 237, 238, 240, 241, 243, 274

Cuidados paliativos 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 198, 205

D

Diabetes 68, 103, 104, 105, 109, 111, 112, 114, 115, 120, 121, 123, 124, 130, 158, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 191, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 229, 230, 231, 232, 233

E

Emergência 15, 76, 82, 83, 84, 85, 86, 89, 90, 133, 217, 269, 272, 273, 274

Enfermagem domiciliar 1

Evidências 61, 64, 78, 83, 84, 87, 88, 94, 135, 138, 160, 192, 195, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 231, 242, 244, 247, 248, 249

F

Fator de risco 67, 68, 117, 172, 173, 175, 176, 226, 227, 228

G

Gestação 36, 43, 62, 63, 65, 67, 68, 69, 137, 139, 140, 141, 143, 144, 161, 163, 164, 165, 167, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 180, 236, 238, 239, 241, 242

Gordura total e abdominal 116, 118

H

Hipertensão 53, 62, 66, 67, 103, 105, 113, 115, 122, 137, 138, 141, 177, 178, 222, 225, 231, 232, 238, 243

I

Idoso 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 105, 109, 113, 125, 126, 127, 128, 226, 231, 276

Impactos na qualidade de vida 49

Insuficiência renal crônica 137, 138, 140, 143, 144, 228

Insuficiência venosa 49, 50, 51, 52, 54, 58, 60

L

Longitudinalidade do cuidado 147, 149, 150, 155, 156, 157

M

Maturidade 103, 109, 113

N

Neonato 35, 37, 43, 240

Notificações 19, 22, 24, 27, 32, 263, 265, 266

O

Orientação aos cuidadores 207

P

Paciente 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 72, 75, 76, 77, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 99, 100, 111, 125, 126, 131, 132, 133, 134, 139, 143, 144, 147, 148, 149, 150, 154, 155, 173, 174, 178, 179, 186, 189, 190, 192, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 236, 240, 242, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275

Paciente oncológico 192, 194, 195, 196, 198, 199, 200, 202, 204, 205, 206




Papel do enfermeiro 91, 94, 128, 157

Politraumatizado 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 87, 269, 270

População indígena 116, 117, 118, 119, 122, 124

Tecnologia e Inovação para o Cuidar em Enfermagem

3

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Portadores de lesões 49

Profissionais do sexo 244, 245, 247, 248, 249, 251, 253, 254, 260, 261

Q

Qualidade de vida 1, 3, 16, 49, 50, 52, 56, 57, 58, 59, 76, 91, 96, 98, 99, 100, 101, 105, 113, 115, 130, 137, 138, 144, 145, 149, 183, 190, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 229, 230, 267

Queimaduras 11, 54, 55, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218

R

Risco cardiovascular 220, 221, 222, 227, 229, 232

S

Saúde materno infantil 137, 140

Sistematização da assistência de enfermagem 1, 2, 3, 5, 7, 8, 13, 78, 80, 134, 194, 199, 202, 203, 204, 234, 236, 237, 238, 239, 241, 243, 276

Situações de vulnerabilidade 244, 246, 247, 250, 253, 254, 255, 256, 258, 259, 260, 261

T

Terapia intensiva 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 47, 62, 67, 69, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 145, 191

Tipo de parto 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 169

Transplantes 182, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 190, 191

Trauma de tórax 269, 270, 271, 273, 274, 275

Traumatismo cranioencefálico 72, 74, 75, 79, 80, 81

V

Velhice 103, 115

Via de parto 62, 65, 66, 68, 70, 71, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 169, 171, 172, 180

Violência 172, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 251, 252, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 270, 271, 272

Visão altruísta 269

Vítima de queimaduras 89



*Tecnologia e Inovação
para o Cuidar em
Enfermagem*

3

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br