

Atena  
Editora  
Ano 2021

# SABERES, ESTRATÉGIAS E IDEOLOGIAS DE ENFERMAGEM II



MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES  
(Organizador)

Atena  
Editora  
Ano 2021

# SABERES, ESTRATÉGIAS E IDEOLOGIAS DE ENFERMAGEM II



MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES  
(Organizador)

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



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.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial****Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

## Saberes, estratégias e ideologias de enfermagem 2

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Maiara Ferreira  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizador:** Marcus Fernando da Silva Praxedes

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S115 Saberes, estratégias e ideologias de enfermagem 2 /  
Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. –  
Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-648-2

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.482212311>

1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Praxedes, Marcus  
Fernando da Silva (Organizador). 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](http://www.atenaeditora.com.br)

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, desta forma não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

## APRESENTAÇÃO

Temos o prazer de apresentar a coleção “Saberes, estratégias e ideologias de enfermagem”. Trata-se de uma obra que reúne trabalhos científicos relevantes das mais diversas áreas da Enfermagem. A coleção divide-se em dois volumes, em que o objetivo central foi apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais.

O primeiro volume traz estudos relacionados à sistematização da assistência da enfermagem em diferentes unidades hospitalares e na atenção básica, destacando a importância do trabalho da equipe de enfermagem do pré-natal até os cuidados paliativos; discussão sobre os desafios da enfermagem frente ao contexto da pandemia de COVID-19; questões gerenciais como o dimensionamento de pessoal e auditoria em saúde; e por fim, a importância da qualidade do cuidado e a segurança do paciente.

O segundo volume reúne variados estudos que abordam temáticas atuais e sensíveis a uma melhor atuação da enfermagem. Dentre algumas discussões, tem-se o processo de educação em saúde, tanto para os profissionais e estudantes da área quanto para os usuários do sistema de saúde; a saúde da mulher, a qualidade do atendimento obstétrico e à criança hospitalizada, com destaque para a humanização do cuidado; a gestão da dor e a importância de intervenções não farmacológicas; atenção à saúde do idoso e necessidade de inovação da prática clínica em relação ao exercício da parentalidade.

Ressaltamos a relevância da divulgação científica dos trabalhos apresentados, para que os mesmos possam servir de base para a prática segura dos profissionais de saúde. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marcus Fernando da Silva Praxedes




## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **AÇÕES EDUCATIVAS E ASSISTENCIAIS DO PROGRAMA NASCER PARA CONTROLE INTEGRAL DO CÂNCER DE COLO UTERINO**


Maryana Vieira Rodrigues  
Luciana Netto  
Liliam Santos Neves  
Júlia Fontes Soares  
Mayrane Caroline Batista Ribeiro  
Ana Letícia Trivelato

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4822123111>

### **CAPÍTULO 2..... 12**

#### **COMO OS JOGOS INFANTIS ADAPTADOS PARA O CONTEÚDO DA PARASITOLOGIA PODEM AJUDAR NAS AÇÕES REALIZADAS POR ALUNOS DE ENFERMAGEM PARTICIPANTES DE PROJETO DE EXTENSÃO VISANDO À PROMOÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**


Claudia Moraes Clemente Leal  
Adriana Raineri Radighieri  
Gerson Moura Ferreira  
Daniel Barbosa Guimarães  
Beatriz Albuquerque Machado  
Regina Bontorim Gomes  
Michele Costa da Silva  
Renata Heisler Neves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4822123112>

### **CAPÍTULO 3..... 24**

#### **CONHECIMENTO DE PAIS E PROFESSORES SOBRE MANOBRAS DE DESOBSTRUÇÃO RESPIRATÓRIA EM CRIANÇAS**


Rene Ferreira da Silva Junior  
Maria Isa Alquimim Silva  
Erica Andrade de Souza  
Tadeu Nunes Ferreira  
Reginalda Maciel  
Silvânia Paiva dos Santos  
Joana Carolina Rodrigues dos Santos Schramm  
Neuriene Queiroz da Silva  
Isabela Mary Alves Miranda  
Jessica Najara Aguiar de Oliveira  
Ana Paula Ferreira Maciel  
Andreia Correia  
Christiane Silva Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4822123113>

**CAPÍTULO 4..... 36**

**ELABORAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA VISITANTES DE UMA UNIDADE DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL**


Aline de Oliveira de Freitas  
Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva  
Waldélia Maria Santos Monteiro  
Isabelly Gomes de Oliveira  
Consuelo Helena Aires de Freitas  
Lídia Rocha de Oliveira  
José Erivelton de Souza Maciel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4822123114>

**CAPÍTULO 5..... 47**

**ACCIONES DE AUTOCUIDADO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2, EN UNA ZONA RURAL DE VERACRUZ**

Oscar Yovani Fabian José  
Esther Alice Jiménez Zúñiga  
Martha Pérez Fonseca  
Patricia González de la Cruz  
Alma Delia Santiago Mijangos  
Manuel Salazar Chaga  
Yum Sem Chiu Cruz  
Elia del Carmen Martínez Ruíz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4822123115>

**CAPÍTULO 6..... 58**

**RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE LA SEXUALIDAD A ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA CON EL PATRÓN FUNCIONAL DE SEXUALIDAD**


Dolores García Cerón  
Concepción Araceli Méndez Ramírez

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4822123116>

**CAPÍTULO 7..... 66**

**A PARTEIRA E O PARTEIRO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE: RE-SIGNIFICADOS DO PARTEJAR**


Mirian Gomes de Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4822123117>

**CAPÍTULO 8..... 79**

**ACOLHIMENTO DA PACIENTE EM EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA UTILIZANDO A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**


Aline Pereira dos Santos  
Juliano de Souza Caliarí

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4822123118>

**CAPÍTULO 9..... 86**

**ATENDIMENTO HUMANIZADO EM UNIDADE OBSTÉTRICA A MULHERES COM GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA**


Lídia Raquel Freitas  
Alciléia Barbosa de Andrade Soro  
Daniele Coutinho Pereira de Souza  
Daniele Chaves Maximo da Silva  
Helena Portes Sava de Frias  
Gabrielle Souza Santos  
Genilda Vicente de Medeiros Manoel  
Giselle Gabriele Ramos Queiroz  
Marcelly Martins Alves  
Marcos Alexandre Borges de Souza  
Thayana de Oliveira Vieira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4822123119>

**CAPÍTULO 10..... 96**

**ESTRATÉGIAS PARA A REDUÇÃO DA DOR MAMILAR EM PUÉRPERAS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**


Cristiano Alves Marques Filho  
Michelle Zampieri Ipolito

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.48221231110>

**CAPÍTULO 11 ..... 106**

**SAÚDE DA MULHER E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA VISÃO DA FISIOTERAPIA**

Larissa Mantoan do Nascimento  
Ligia Maria da Costa Canellas  
Susi Mary Fernandes  
Gisela Rosa Franco Salerno

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.48221231111>

**CAPÍTULO 12..... 118**

**A EXPERIÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL NA PERSPECTIVA DO ACOMPANHANTE: REVISÃO DE ESCOPO**

Sâmia Leticia Moraes de Sá  
Anne Gabrielle Rocha Moro  
Nathan Reis de Moraes Ramon  
Luana Nunes Lima  
Erilane Correia Aquino de Andrade  
Manuela Costa Melo


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.48221231112>

**CAPÍTULO 13..... 131**

**EXPERIÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA**

Fernanda Alves Monteiro  
Débora Alves Monteiro


João Pedro Sanches Teixeira Lages  
Luciângela Vasconcelos da Silva  
Rodrigo Ribeiro Cardoso  
Luana Nunes Lima  
Manuela Costa Melo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.48221231113>

**CAPÍTULO 14..... 142**

**INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN PACIENTES DESNUTRIDOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD**


Betty Sarabia-Alcocer  
Betty Mónica Velázquez-Sarabia  
Baldemar Aké-Canché  
Tomás Joel López-Gutiérrez  
Román Pérez-Balan  
Rafael Manuel de Jesús Mex-Álvarez  
Carmen Cecilia Lara-Gamboa  
Patricia Margarita Garma-Quen  
Eduardo Jahir Gutiérrez-Alcántara  
Pedro Gerbacio Canul-Rodríguez  
Alicia Mariela Morales-Diego  
María Eugenia López-Caamal

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.48221231114>

**CAPÍTULO 15..... 153**

**ALEITAMENTO MATERNO E CÁRCERE: A PERCEÇÃO DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE**


Vanessa dos Santos Pereira  
Patricia Lima Pereira Peres  
Priscila Marques Nascimento  
Cristiane Santos Gomes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.48221231115>

**CAPÍTULO 16..... 165**

**EFEITOS DE TERAPIAS/INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS EM DOENTES ONCOLÓGICOS COM DOR**


Cristina Raquel Batista Costeira  
Nelson Jacinto Pais  
Dulce Helena Ferreira de Carvalho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.48221231116>

**CAPÍTULO 17..... 172**

**SATISFAÇÃO COM A GESTÃO DA DOR EM PACIENTES SUBMETIDOS A CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS IMEDIATOS NUM HOSPITAL DE NÍVEL TERCIÁRIO**


Beatriz Adriana Herrera Ramos  
Daniela Alejandra de Jesús González Olmos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.48221231117>

**CAPÍTULO 18..... 183**

**O USO DE MEDICAÇÃO TIREOIDIANA PARA PERDA DE PESO E SUA RELAÇÃO COM A TIREOTOXICOSE: UMA REVISÃO DE LITERATURA**


Aline Akemi Murata  
Raulcilaine Érica dos Santos  
Bruno Augusti de Souza Oliveira  
Gustavo Faleiro Barbosa  
Izabella Takaoka Gaggini  
Leonardo Murilha Ruiz  
Letícia Lopes Soares  
Juliana Caroline Mendonça Justino  
Letícia Cabral Guimarães  
Bárbara Santarém Soares  
Matheus Seiti Murata  
Marcos Rogério Marques

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.48221231118>

**CAPÍTULO 19..... 187**

**MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS PARA IDOSOS NO BRASIL**


Yasmin Magalhães Ribeiro  
Tainara Costa dos Santos  
Rosiléia da Silva Argolo  
Marcus Fernando da Silva Praxedes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.48221231119>

**CAPÍTULO 20..... 202**

**MÉTODOS SUBJETIVOS DE AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL EM IDOSOS CARDIOPATAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA**


Anna Paula de Sousa Silva  
Carla Larissa Cunha Sottomaior  
Ramyne de Castro da Paz  
Lorrany Fernandes Gomes  
Melorie Kern Capovilla Sarubo Baptistella  
Renata Costa Fortes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.48221231120>

**CAPÍTULO 21..... 213**

**MORTALIDADE POR DESNUTRIÇÃO EM IDOSOS NO ESTADO DO MARANHÃO**

Silvia Cristianne Nava Lopes  
Rafayelle Maria Campos


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.48221231121>

**CAPÍTULO 22..... 225**

**EMPRESA DO POLO PETROQUÍMICO DE TRIUNFO: PERFIL DOS TRABALHADORES HIPERTENSOS**

Rochelly Gomes Hahn


Terezinha de Fátima Gorreis  
Rozemy Magda Vieira Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.48221231122>

**CAPÍTULO 23..... 237**

**INSEGURIDAD SOBRE EL EMPLEO EN UN GRUPO DE TRABAJADORES MUNICIPALES**

Zully Shirley Díaz Alay  
Jeffry John Pavajeau Hernández  
Yanelis Suárez Angerí  
César Eubelio Figueroa Pico  
Silvia María Castillo Morocho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.48221231123>

**CAPÍTULO 24..... 248**

**SEGURANÇA DO TRABALHO: ACIDENTES COM INSTRUMENTOS  
PERFUROCORTANTES EM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM**


Sara da Conceição Cajazeira  
Marcos Vinicius Pereira Leal  
João Vitor Nascimento Palaoro  
Marianna Tamara Nunes Lopes  
Claudia de Souza Dourado  
Fabiana Rosa Neves Smiderle

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.48221231124>

**CAPÍTULO 25..... 258**

**TRABALHO INTERPROFISSIONAL EM MEIO AO COVID 19: UMA REFLEXÃO TEÓRICA**

Beatriz Rodrigues de Souza Melo  
Aline Russomano de Gouvêa  
Fernanda Marega Nery Ruiz  
Jamila de Lima Gomes  
Juliana Dias Reis Pessalacia  
Tatiana Carvalho Reis Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.48221231125>

**CAPÍTULO 26..... 271**

**HOMENS NA ENFERMAGEM: SIGNIFICADOS E REPERCURSSÕES NA CONCEPÇÃO  
DOS PROFISSIONAIS E GRADUANDOS**

Cristiano Alves Marques Filho  
Victor Cunha de Souza  
Patrícia Littig Melo  
Marcos Antônio Leão Martins Filho  
Paula Regina de Souza Hermann


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.48221231126>

**CAPÍTULO 27..... 284**

**O CONFRONTO COM O EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE E A (IN)CAPACITAÇÃO**

PARENTAL


Cristina Araújo Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.48221231127>

**CAPÍTULO 28.....298**

O DESAFIO DE TORNAR-SE PAI OU MÃE: ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NO EXERCÍCIO DO PAPEL PARENTAL

Cristina Araújo Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.48221231128>

**SOBRE O ORGANIZADOR .....315**

**ÍNDICE REMISSIVO.....316**

# CAPÍTULO 1

## AÇÕES EDUCATIVAS E ASSISTENCIAIS DO PROGRAMA NASCER PARA CONTROLE INTEGRAL DO CÂNCER DE COLO UTERINO

*Data de aceite: 01/11/2021*

*Data de submissão: 06/08/2021*

### **Maryana Vieira Rodrigues**

Universidade Federal de São João del-Rei,  
Acadêmica do Curso de Graduação em  
Enfermagem, Voluntária do Programa NASCER  
Divinópolis – MG, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0003-1816-9501>

### **Luciana Netto**

Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta  
da Universidade Federal de São João del-  
Rei, Campus Centro-Oeste (UFSJ-CCO),  
Coordenadora do Programa NASCER  
Divinópolis – MG, Brasil  
<http://orcid.org/0000-0001-6573-5006>

### **Liliam Santos Neves**

Universidade Federal de São João del-Rei,  
Acadêmica do Curso de Graduação em  
Medicina, Voluntária do Programa NASCER  
Divinópolis – MG, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0003-1789-1682>

### **Júlia Fontes Soares**

Universidade Federal de São João del-Rei,  
Acadêmica do Curso de Graduação em  
Enfermagem, Bolsista do Programa NASCER  
(PIBEX/UFSJ)  
Divinópolis – MG, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0001-9262-5494>

### **Mayrane Caroline Batista Ribeiro**

Universidade Federal de São João del-Rei,  
Acadêmica do Curso de Graduação em  
Enfermagem, Voluntária do Programa NASCER  
Divinópolis – MG, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0003-1786-6057>

### **Ana Letícia Trivelato**

Universidade Federal de São João del-Rei,  
Acadêmica do Curso de Graduação em  
Enfermagem, Voluntária do Programa NASCER  
Divinópolis – MG, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0001-7930-2172>

**RESUMO:** O câncer do colo do útero é a quarta causa de mortalidade por cânceres entre as brasileiras e o terceiro tipo de câncer mais incidente neste grupo. Educação em saúde e realização do Papanicolaou proporcionam atendimento essencial na manutenção da saúde da mulher, de forma a prevenir o avanço do câncer de colo uterino por meio da detecção precoce de lesões. Este trabalho objetiva relatar a experiência da realização de exames preventivos, por meio de mutirão promovido pelo Programa NASCER – Núcleo de Atenção à Saúde da Coletividade como Estratégia de Rede em uma ESF, tendo como público-alvo, mulheres atendidas na área de abrangência da unidade. Durante o mutirão foi realizada a abordagem das mulheres em consultório, e utilizada uma cartilha produzida pelo Programa com o tema “Orientação sobre câncer de colo uterino” como apoio na educação em saúde antes da realização do exame. Durante as consultas foram esclarecidas as dúvidas e reforçada a relevância do exame e sua realização. A individualidade de cada mulher foi reforçada a cada atendimento. As mulheres mais novas se apresentaram mais tranquilas, enquanto as mais velhas tinham mais vergonha de se despir para realização do exame. Três adolescentes atendidas já tinham



vida sexual ativa há alguns anos e era a primeira vez que realizavam o exame e uma das mulheres havia realizado histerectomia anos antes. Após a abordagem das mulheres, foi discutido entre os estudantes, profissionais e professores as abordagens que foram feitas e as especificidades de cada caso com o objetivo de compartilhar o conhecimento e reforçar o aprendizado. A realização do mutirão favoreceu o aprendizado e a prática do conteúdo, para além das salas de aula e laboratórios. A atividade extensionista ampliou a visão da prática do cuidado integral e favoreceu o entendimento das necessidades da saúde da mulher na atenção primária.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em Saúde; Assistência Integral à Saúde; Teste de Papanicolaou; Enfermagem.

## EDUCATIONAL AND ASSISTANT ACTIONS OF THE NASCER PROGRAM FOR INTEGRAL CONTROL OF UTERINE CERVICAL CANCER

**ABSTRACT:** Cervical cancer is the fourth cause of cancer mortality among Brazilian women and the third most common type of cancer in this group. Health education and Pap smears provide essential care in maintaining women's health, in order to prevent the advance of cervical cancer through early detection of lesions. This paper aims to report the experience of carrying out preventive exams, through a joint effort promoted by the NASCER Program – Center for Health Care of the Collective as a Network Strategy in an ESF, with the target audience of women assisted in the area covered by the unit. During the task force, women were approached in the clinic, and a booklet produced by the Program with the theme “Guidance on cervical cancer” was used as support in health education before taking the exam. During the consultations, doubts were clarified and the relevance of the exam and its performance reinforced. The individuality of each woman was reinforced at each visit. Younger women were calmer, while older women were more embarrassed about undressing for the exam. Three adolescents attended had already had an active sexual life for a few years and it was the first time they had undergone the exam and one of the women had undergone a hysterectomy years before. After approaching the women, the approaches that were taken and the specifics of each case were discussed among students, professionals and teachers, with the aim of sharing knowledge and reinforcing learning. The realization of the task force favored the learning and practice of the content, in addition to the classrooms and laboratories. The extension activity broadened the vision of the practice of comprehensive care and favored the understanding of women's health needs in primary care.

**KEYWORDS:** Health education; Comprehensive Health Care; Papanicolaou Test; Nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero, ou câncer cérvico uterino, é responsável pela quarta principal causa de mortalidade por cânceres entre as mulheres brasileiras e o terceiro tipo de câncer mais incidente neste grupo, quando se exclui o câncer de pele não melanoma (INCA, 2019).

Trata-se de um tipo de câncer que possui evolução relativamente lenta ao longo dos anos e apresenta características bem definidas de suas fases pré-clínicas e clínicas, o que

possibilita a detecção precoce das células potencialmente neoplásicas por meio do exame colpocitológico preventivo (Papanicolaou) e, conseqüentemente, o diagnóstico da doença nas suas fases iniciais (SILVA et al., 2017).

É consenso na literatura que a realização do exame colpocitológico é uma das principais estratégias de rastreamento e prevenção do câncer do colo do útero, sendo a técnica de fácil execução e baixo custo. Entretanto, para que o exame preventivo seja realmente efetivo, é preciso que a estratégia tenha alta cobertura e adesão, para que seja efetiva na redução das taxas de incidência e mortalidade (BRASIL, 2016).

Apesar do acesso ao rastreamento do câncer de colo uterino ter avançado nos últimos anos, a partir da instituição da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda há diversos desafios encontrados pela rede assistencial para que se possa ampliar a cobertura do exame. Esses problemas são advindos, principalmente, de dificuldades no acesso ao exame, do atraso na sua realização e da falta de orientações dadas às usuárias. Os desafios estão diretamente ligados a desigualdades socioeconômicas, falta de preparo das equipes de saúde, além de características culturais e comportamentais relacionadas tanto à adesão quanto ao acolhimento das mulheres nos serviços de saúde. Para contornar esses problemas, diferentes estratégias devem ser empregadas para aumentar o acesso de mulheres ao exame colpocitológico, visando o aumento do investimento na rede básica de saúde e a adequação da estrutura e dos processos, com o objetivo de aumentar a qualidade do atendimento e promover a equidade no sistema público de saúde (BARCELOS et al., 2017).

Outro ponto importante a ser destacado é a relação entre a não adesão das mulheres ao exame preventivo e o pouco conhecimento sobre como o exame é feito e sua importância, principalmente no grupo de mulheres com menores níveis socioeconômicos e educacionais. Além disso, por ser um procedimento que expõe suas privacidades, muitas mulheres se sentem constrangidas ao realizar o exame, o que também contribui para diminuir a adesão. Isso demonstra a relevância da promoção da educação em saúde, principalmente pelas equipes de enfermagem em parceria com as universidades e centros educativos (DANTAS et al., 2018; ACOSTA et al., 2017).

Tendo em vista a necessidade de melhoria nos índices de prevenção do câncer de colo uterino é importante investir na formação e capacitação dos profissionais de saúde em cursos de graduação e de pós-graduação quanto a esses desafios (BARCELOS et al., 2017). As ações de extensão universitária podem ser uma saída para o enfrentamento desse desafio de ampliar o acesso ao exame colpocitológico, visto que se trata de uma ponte entre a instituição de ensino superior e a sociedade, permitindo a aplicação ativa dos conhecimentos inovadores advindos da academia diretamente nos contextos da prática profissional, possibilitando a articulação do ensino e da pesquisa (BRASIL, 2018).

Dessa forma, a partir das ações extensionistas, os acadêmicos dos cursos da área da saúde, notadamente a Enfermagem e a Medicina, podem contribuir para a intervenção

e a assistência direta em diversos problemas de saúde pública, como a prevenção ao câncer do colo do útero. Essas ações acontecem, principalmente, por meio dos projetos e programas extensionistas (OLIVEIRA et al., 2018).

Nesse contexto, apresenta-se este estudo, cujo objetivo é relatar a experiência do Programa de Extensão NASCER - Núcleo de Atenção à Saúde da Coletividade como Estratégia de Rede - da Universidade de São João del-Rei, na realização de um mutirão de coleta do exame preventivo em conjunto com abordagem de educação em saúde para mulheres em uma ESF de um município de grande porte da região centro-oeste mineira.

Nesta atividade de extensão, além da realização da coleta do exame citopatológico, na atividade educativa, foi trabalhado com as usuárias da ESF uma cartilha elaborada pelo NASCER com o tema “Orientações sobre o câncer de colo uterino”. A tecnologia educacional citada dispõe de informações sobre o órgão reprodutor feminino, o colo uterino, o câncer do colo uterino - suas causas e fatores de risco -, o que é o HPV, a prevenção, como é feito o exame preventivo, além de outros conteúdos correlatos. Portanto, trata-se de um estratégia pedagógica de elevada relevância, que vem sendo disponibilizada para instituições parceiras.

O uso de materiais didático-instrucionais estreita a parceria entre os serviços de saúde e as universidades e ajudam a fomentar a educação em saúde e a formação continuada dos profissionais, cujo desdobramento, nesse caso, favorece o aumento da cobertura efetiva da população de risco e a melhoria da qualidade técnica na coleta do exame preventivo (CASARIN; PICCOLI, 2008).

O propósito desse relato é realçar a necessidade de estimular continuamente as parcerias entre universidade e serviços de saúde para o desenvolvimento de atividades promotoras da saúde, para que a população tenha acesso facilitado à informação e assistência de qualidade, favorecendo a manutenção do vínculo com a unidade e equipe de saúde.

## 2 | MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência sobre a realização de exames de Papanicolaou para detecção precoce do câncer cérvico uterino, por meio de mutirão de coleta de preventivo na Atenção Primária à Saúde (APS) promovido pelo Programa NASCER – Núcleo de Atenção à Saúde da Coletividade como Estratégia de Rede em uma ESF de Divinópolis, tendo como público-alvo, mulheres atendidas na área de abrangência da unidade de saúde.

O objetivo da ação extensionista foi proporcionar ampliação do acesso ao atendimento essencial na manutenção da saúde da mulher, de forma a detectar precocemente as lesões precursoras e prevenir o avanço do câncer de colo uterino, aliado ao processo de educação em saúde sobre o tema.

O NASCER – Núcleo de Atenção à Saúde da Coletividade como Estratégia de Rede é um programa que busca, por meio de atividades educativas e assistenciais, favorecer o empoderamento da mulher, gestante, familiares e comunidade por meio do trabalho em equipe em parceria academia-sociedade. Visa contribuir para a reorientação do modelo assistencial, reorganizando a assistência, contribuindo para a quebra do paradigma assistencial-biomédico, valorizando o autoconhecimento, o autocuidado, a participação social e a tomada consciente de decisões sobre o processo saúde-doença, empoderando os sujeitos para o pleno exercício da cidadania, adotando estratégias de promoção da saúde que permite o resgate de valores, saberes e práticas sob o eixo da integralidade em saúde e da gestão em redes, contribuindo para o cuidado integrado em saúde.

### 3 | RESULTADOS

Unindo as estratégias de educação em saúde e prevenção do câncer de colo uterino com a extensão universitária, o mutirão de preventivo proposto pelo NASCER foi realizado em uma ESF e favoreceu o aprendizado dos acadêmicos da Instituição Formadora, ampliou o acesso e a manutenção da saúde da população feminina no que diz respeito ao câncer de colo uterino, se tornando uma via de mão dupla no âmbito do conhecimento tanto de acadêmicos quanto das usuárias do SUS.

As mulheres que participaram do mutirão foram abordadas individualmente durante a consulta de enfermagem e questionadas sobre seu conhecimento em relação ao exame de Papanicolaou e sua finalidade. A partir da troca de conhecimentos, sustentada nos conteúdos disponibilizados no material de apoio produzido pelo Programa (cartilha “Orientação sobre câncer de colo uterino”), as usuárias puderam externar e sanar as dúvidas que surgiam antes, durante e após a realização do exame.

O procedimento de coleta do exame colpocitológico era explicado a cada mulher, sendo esse um momento de grande relevância, pois percebia-se a falta de conhecimento das mulheres que já haviam realizado o exame e ainda assim, não sabiam ao certo do que se tratava, do material utilizado ou do procedimento em si. Cada usuária foi atendida e abordada em sua singularidade e isso se tornou evidente a cada novo atendimento, visto que as dúvidas expressadas eram sempre de acordo com a vivência de cada uma.

A idade foi um fator diferencial entre as usuárias. As mulheres mais novas se mantinham mais tranquilas e receptivas as orientações enquanto, as mais velhas se sentiam envergonhadas ao se despir e relatar suas dúvidas. Três mulheres atendidas eram de menor idade, mas já tinham vida sexual ativa há alguns anos e era a primeira vez que realizavam o exame, o que denota a importância de investir na informação o mais precocemente possível, incluindo o ambiente escolar nesse processo educativo. As adolescentes devem ser incluídas nesse processo, mesmo que em uma abordagem simples ou quando estas comparecem à unidade para outros fins.

Uma das usuárias abordadas realizou histerectomia anos antes, diferenciando assim o atendimento e, principalmente, a forma de prosseguir com o exame, uma vez que a coleta se daria de forma diferente. O surgimento de casos específicos favoreceu a aprendizagem dos acadêmicos que precisaram mobilizar conhecimentos e adaptá-los à realidade vivida na prática.

Após o atendimento às usuárias, foi discutido entre os acadêmicos, profissionais da equipe e professores as abordagens que foram feitas, e as especificidades de cada caso com o objetivo de compartilhar o conhecimento, saberes e práticas e reforçar o aprendizado. O compartilhamento das vivências e especificidades experienciadas ao longo da atividade extensionista reforçam o processo de aprendizagem do acadêmico que aprendem a usar os conhecimentos adquiridos na universidade e adaptá-los aos diversos contextos e situações onde são inseridos, favorecendo a reflexividade crítica e o desenvolvimento de competências para a atuação profissional mais assertiva.

## 4 | DISCUSSÃO

O câncer de colo de útero é atualmente o terceiro mais incidente nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil. A recorrente infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é o principal fator de risco para desenvolvimento de lesões precursoras do câncer e para evolução da doença (CARVALHO, 2018).

A doença atinge, em maior número, mulheres de 45 a 49 anos e o exame citopatológico é uma estratégia inserida na atenção primária, desde 1940, para a identificação precoce da doença (SOUZA et al., 2019). O exame, conhecido popularmente por Papanicolaou é uma homenagem ao seu criador, o patologista grego Georges Papanicolaou. O preventivo é realizado com o objetivo de identificar alterações nas células do colo do útero e lesões precursoras de câncer a fim de se ter um diagnóstico precoce e uma escolha de tratamento oportuno em tempo hábil para evitar maiores complicações da doença (BRASIL, 2011).

Estudos relatam que quando a lesão precursora da doença é identificada e tratada precocemente, há 100% de probabilidade de cura e, conseqüentemente, queda da taxa de incidência do câncer de útero e óbitos por essa causa. No Brasil, o exame tem como foco mulheres que têm entre 25 e 64 anos. O Instituto Nacional de Câncer (INCA) considera o método como uma estratégia de rastreamento de alta eficácia e confiabilidade. O exame não gera alto custo, não causa dor à mulher e é de fácil execução, podendo ser realizado pelo enfermeiro, médicos ou profissionais de saúde com formação e capacitação contínua na atenção primária. Tais fatores fazem com que essa técnica seja aceita e viável (SOUZA et al., 2019).

A realização do exame citopatológico é indicado para toda mulher que tem vida sexual iniciada, estando na faixa de 25 a 64 anos. Os dois primeiros exames devem ser realizados anualmente. Aqueles realizados posteriormente a esses dois primeiros poderão

ser feitos a cada três anos de intervalo entre um e outro, caso os dois primeiros exames tenham resultados compatíveis com a normalidade. Para garantir a adequabilidade da amostra do preventivo é necessário que a mulher não tenha tido relações sexuais dois dias anteriores à coleta, não tenha feito o uso da ducha ou medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais. Não é recomendada a realização do exame durante o período da menstruação pois o sangue pode interferir no resultado (BRASIL, 2011).

A realização do exame consiste na análise do material coletado no colo uterino, contendo amostra da ectocérvice e da endocérvice. Para realização da técnica, primeiro, é introduzido um espéculo no canal vaginal da mulher até a visualização do colo do útero. O objeto tem formato parecido com um bico de pato e é usado para abrir o canal vaginal liberando a passagem até o colo do útero. Com o espéculo inserido é feita a inspeção visual da vagina e do colo do útero. Em seguida, é inserida no canal vaginal uma espátula de Ayres que, em movimento de 360°, coleta uma pequena escamação da região ectocervical do colo do útero. Em movimento vertical o material contido na espátula é depositado numa lâmina para análise em laboratório especializado em citopatologia. Por fim, o profissional insere, em movimento de 360°, uma escova cervical para coleta de material da região endocervical do colo do útero e a retira realizando o mesmo movimento. Em movimento horizontal, o material coletado na escova cervical é depositado na mesma lâmina. É importante que o profissional se atente em colocar a identificação da mulher, do prontuário ou do registro usado na instituição, na região fosca da lâmina. Além disso, vale ressaltar a importância de a mulher retornar ao local onde foi realizado o exame para receber o resultado e apresentá-lo ao profissional de saúde para diagnóstico e orientações sobre o seu caso (BRASIL, 2011).

Altos índices de mortalidade e incidência de câncer de colo uterino no Brasil fundamentam a instituição de intervenções direcionadas à prevenção e o controle da doença (CARVALHO et al, 2018). A OMS propõe intervenções de controle e prevenção mundial da doença por meio de um programa que visa prevenir e controlar as taxas deste tipo de câncer, por meio da redução e rastreamento precoce de infecções por HPV e do tratamento de lesões precocemente, assim como, diagnosticar e tratar o câncer já instalado (TSUCHIYA et al, 2017).

Dada a facilidade do diagnóstico precoce por meio do exame preventivo, as taxas do câncer de colo de útero diminuíram após sua implantação (TSUCHIYA et al, 2017), entretanto, estes números atualmente se estabilizaram e até mesmo cresceram nos países em desenvolvimento (CARVALHO et al, 2018), o que nos leva a questionar as razões para tal fato. O câncer de colo de útero é considerada uma doença suscetível às ações de saúde, uma vez que, as práticas na Atenção Primária já estão estabelecidas e permitem a detecção precoce, tratamento e cura na maioria dos casos (CARVALHO et al, 2018).

O prognóstico se modifica conforme o estágio de evolução da doença no instante do diagnóstico (CARVALHO et al, 2018), entretanto, como a doença é de evolução lenta o

diagnóstico precoce é facilitado (CARVALHO et al, 2019).

O uso de preservativo durante as relações sexuais e a vacinação são os principais meios para se evitar a doença agregados à implementação de estratégias de educação em saúde, acompanhados pela realização do exame preventivo, que propõe a detecção precoce (LOPES; RIBEIRO, 2019).

Destaca-se, nesse entremeio, uma ferramenta de domínio público, de fácil acesso e de grande poder, a educação em saúde. A educação em saúde é um dos principais recursos utilizados na promoção da saúde na rede de atenção primária no Brasil. Reconhecendo que a saúde engloba a assistência multidisciplinar e que os(as) usuários(as) devem atuar como sujeitos ativos na educação que busca a autonomia e cidadania plena, a enfermagem, como outras profissões da área da saúde priorizam o desenvolvimento de estratégias e condições necessárias para a atuação prática neste campo (CARNEIRO et al., 2012).

Tornar a educação em saúde como estratégia política e metodológica nas ações do Ministério da Saúde permite que o trabalho seja realizado a partir de uma perspectiva integral do saber e da prática, pois propicia o encontro com outros espaços, outros agentes e tecnologias benéficas à vida, com dignidade e respeito para com os outros (BRASIL, 2014).

Nesta perspectiva de aproximar o contato entre profissionais da área da saúde e a população usuária do SUS, o trabalho educativo se torna mais efetivo na prevenção e no tratamento das patologias. As atividades de educação em saúde podem ser inúmeras, mas devem sempre buscar compreender as vivências pessoais, culturais e sociais da população de modo a trazer significado para cada usuário(a), de modo a favorecer a mudança de atitude e comportamento em prol da promoção da saúde (SILVA et al., 2017).

Nesse íterim, a extensão universitária, por meio de parcerias com as unidades de saúde, favorece o desenvolvimento de atividades assistenciais e educacionais nos mais diversos cenários das práticas dos profissionais da área da saúde, dando suporte às equipes das unidades.

#### **4.1 O Papel da Extensão Universitária na Promoção da Saúde Integral**

O Plano Nacional de Extensão Universitária, implementado no início dos anos 2000, menciona que as atividades de extensão devem ser realizadas por diferentes áreas do conhecimento e propor diferentes estratégias. Essas atividades constituem um dos pilares da tríade ensino-pesquisa-extensão, possibilitando que estudantes e professores desenvolvam competências, habilidades e atitudes de reflexão crítica para o trabalho com a comunidade.

No campo da saúde, as estratégias de aplicação são diversificadas, com o objetivo de estimular o estudante a aplicar o conhecimento adquirido sob a forma de comunicação com a sociedade, principalmente para a divulgação de temas relacionados à promoção da saúde (SANTANA et al., 2021). A universidade desempenha um papel importante no

incentivo à ação comunitária, e sua estratégia subsidia discussões e sugestões sobre as necessidades de saúde geradas pelos espaços sociais e contribui para o desenvolvimento da inclusão social. Portanto, a principal característica das extensões é o retorno para a sociedade do conhecimento gerado no ambiente acadêmico (COSTA et al., 2020).

Na década de 1960, movimentos sociais como a educação popular tiveram papel de destaque, onde educadores como Paulo Freire influenciaram a prática da educação em saúde, introduzindo a participação e o conhecimento público, cooperando no espaço e no processo de educação democrática (COSTA et al., 2020). Paulo Freire acreditava que a extensão universitária é claramente uma situação educacional, quando estudantes e educadores compreendem o assunto por meio dos objetos que pretendem aprender ou compreender. O projeto/programa de extensão é uma oportunidade única de diálogo entre a universidade e a comunidade, além de oferecer possibilidades concretas de preparação profissional dos acadêmicos em formação (BETTINE; LIS, 2021).

A experiência promovida pela universidade, nos processos de integração entre ensino, serviço e comunidade proporcionam aos acadêmicos a oportunidade de vivenciar experiências para o estabelecimento de uma atitude responsável e segura, o que ajuda a promover o intercâmbio entre a universidade e o meio externo, articulando ensino, pesquisa e extensão (SANTANA et al., 2021).

A expansão da universidade, por meio de ações extensionistas, tem o potencial de mudar a estrutura acadêmica e social. Com ela, as instituições podem garantir que os estudantes recebam uma educação mais abrangente, no alinhamento correto do tripé. Como resultado dessa preparação integral, a universidade se estende até a comunidade e nela atua. Com isso, possibilita ter uma percepção de como será o desempenho profissional ao se formar para atuar no mercado de trabalho. Nesse sentido, o estudante tem a oportunidade de colocar em prática o que aprendeu, por vezes passivamente, em sala de aula, além de desenvolver e aprimorar um olhar humanizador e contextualizado (BRITO et al., 2021).

Para a comunidade, a ação de extensão é um momento de participação ativa, discussão e reflexão coletiva para a aquisição de conhecimentos sobre questões relacionadas aos processos saúde-doença e boas práticas de saúde. Dessa forma, a integração universidade-comunidade favorece a troca de conhecimentos, saberes e práticas, que contribuem para o aprofundamento da cidadania, fortalecendo a autonomia e a transformação social (SANTANA et al., 2021).

Portanto, todo trabalho pode ser melhor realizado de acordo com as recomendações da ação multidisciplinar, e os benefícios muitas vezes beneficiarão a todos, pois os estudantes aprendem cada vez mais por meio da cooperação com outros conhecimentos técnicos e comunidades, e por sua vez, obtêm mais agregação. Com base nisso, recomenda-se que as instituições de ensino fortaleçam sua expansão e garantam que se ampliem a partir de uma perspectiva multidisciplinar sempre que possível, pois os três participantes



do processo, a universidade, os acadêmicos e a comunidade, só terão resultados positivos (BRITO et al., 2021).

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do mutirão proporcionou muito aprendizado e a prática do conteúdo para além da sala de aula e laboratórios de ensino, reforçando a importância da preservação da individualidade de cada mulher, e também de como deve ser realizada a abordagem no consultório. A atividade extensionista ampliou a visão da prática do cuidado integral e favoreceu o entendimento das necessidades da saúde da mulher na atenção primária.

Ações extensionistas desta natureza devem ser incentivadas, para o alcance das metas de detecção precoce de lesões precursoras e tratamento oportuno para o câncer cérvico uterino, com impacto favorável na saúde das mulheres.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, Daniele Ferreira et al. **Vivenciando o Exame Papanicolau: Entre o (Não) Querer e o Fazer**. Revista de Enfermagem: UFPE Online, Recife, v. 11, n. 8, Agosto 2017. DOI 10.5205/reuol.11064-98681-4-ED.1108201706.

BARCELOS, Mara Rejane Barroso et al. **Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ**. Revista de Saúde Pública, [s. l.], 2017. DOI: 10.1590/S1518-8787.2017051006802.

BETTINE, Marco; LIS, Aline. **Mudança Social e Participação Política II: Arte, Protesto e Cidadania: Edições do Programa Pós-graduação de Mudança Social e Participação Política**. 1. ed. Brasil: [s. n.], 2021. ISBN 9798708083562.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO/CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO/CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. ANTONIO DE ARAUJO FREITAS JÚNIOR. **Resolução Nº 7, de 18 de dezembro de 2018**. Diário Oficial da União, v. 243, n. 1, p. 49, 19 dez. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. 2. ed. rev. atual. e **aumpanicolau (exame preventivo de colo de útero)**. Jul de 2011.

BRITO, Hávila Rachel do Nascimento Gomes et al. **Extensão universitária e ensino em saúde: impactos na formação discente e na comunidade**. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.3, p. 29895-29918 mar 2021.

CARNEIRO, Angélica Cotta Lobo Leite *et al.* **Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária**. Revista Panamericana de Salud Pública, [S.L.], v. 2, n. 31, p. 115-120, 2012.

CARVALHO, Karine Faria de; COSTA, Lijane Marinho Ottoni; FRANÇA, Rafaela Ferreira. **A RELAÇÃO ENTRE HPV E CÂNCER DE COLO DE ÚTERO: UM PANORAMA A PARTIR DA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA DA ÁREA**. Revista Saúde em Foco: Revista Saúde em Foco, [s. l.], n. 11, p. 264-278, 2019.

CARVALHO, Priscila Guedes de, O'DWER, Gisele e RODRIGUES, Nádya Cristina Pinheiro. **Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino.** Saúde em Debate. 2018, v. 42, n. 118, pp. 687-701.

CASARIN, Micheli Renata; PICCOLI, Jaqueline da Costa Escobar. **Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS.** Ciência & Saúde Coletiva, [s. l.], v. 16, n. 9, Setembro de 2008. DOI 10.1590/S1413-81232011001000029.

COSTA, Acaahi Ceja de Paula et al. **Educação e Saúde: a extensão universitária como espaço para tencionar e pensar a educação em saúde.** Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n. 4, p. 21616-21630, apr. 2020.

DANTAS, Cabeçalho Paula Viviany Jales et al. **Conhecimento das Mulheres e Fatores da Não Adesão Acerca do Exame Papanicolau.** Revista de Enfermagem: UFPE Online, Recife, v. 12, n. 3, março de 2018. ISSN: 1981-8963.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa I 2020: Incidência de Câncer no Brasil.** [S. l.: s. n.], 2019. ISBN 978-85-7318-389-4.

LOPES, Viviane Aparecida Siqueira e RIBEIRO, José Mendes. **Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 24, n. 9, pp. 3431-3442.

MOREIRA, A. da S.; ANDRADE, E. G. da S. **A importância do exame papanicolau na saúde da mulher.** Revista de Iniciação Científica e Extensão, [S. l.], v. 1, n. Esp 3, p. 267–271, 2018.

OLIVEIRA, Andresa Mendonça; STANCATO, Katia; SILVA, Eliete Maria. **Formação do Enfermeiro: Políticas Públicas na Atenção Oncológica.** Enfermagem em Foco: Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem, [s. l.], v. 9, n. 3, 2018. DOI ISSN: 2357-707X.

SANTANA, Regis Rodrigues et al. **Extensão Universitária como Prática Educativa na Promoção da Saúde.** Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 46, n. 2, e98702, 2021.

SILVA, Luana Rodrigues et al. **Educação em saúde como estratégia de prevenção do câncer do colo do útero: revisão integrativa.** Revista Prevenção de Infecção e Saúde: The Official Journal of The Human Exposome and Infectious Disease Network, Brasil, [S.L.], p. 35-45. 2017.

SOUZA, Andréa Thaise Magalhães *et al.* **Exame citopatológico de câncer de colo do útero: acesso e qualidade no atendimento.** Revista Online de Pesquisa: cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, v. 11, p. 97-104, 11 mar. 2019.

TSUCHIYA, Carolina *et al.* **O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher.** Jornal Brasileiro de Economia da Saúde, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 137-147, abr. 2017. <http://dx.doi.org/10.21115/jbes.v9.n1.p137-47>.

# CAPÍTULO 2

## COMO OS JOGOS INFANTIS ADAPTADOS PARA O CONTEÚDO DA PARASITOLOGIA PODEM AJUDAR NAS AÇÕES REALIZADAS POR ALUNOS DE ENFERMAGEM PARTICIPANTES DE PROJETO DE EXTENSÃO VISANDO À PROMOÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Data de aceite: 01/11/2021

### **Claudia Moraes Clemente Leal**

Discente em Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)  
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-7818-4802>

### **Adriana Raineri Radighieri**

Especialista em Laboratório de Vigilância em Saúde Pública e discente em Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)  
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-3180-1615>

### **Gerson Moura Ferreira**

Doutorado em Ciências (Microbiologia). Laboratório de Células Tronco. Instituto Nacional de Câncer (INCA)  
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-3467-2580>

### **Daniel Barbosa Guimarães**

Discente em Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)  
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-1648-3751>

### **Beatriz Albuquerque Machado**

Discente em Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)  
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0003-0009-146X>

### **Regina Bontorim Gomes**

Discente em Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)  
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-5260-4493>

### **Michele Costa da Silva**

Pós-graduação (Doutorado em Ciências e Pós-Doutorado em Biologia Experimental). Professora da Universidade Estácio de Sá  
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0001-8799-4981>

### **Renata Heisler Neves**

Pós-graduação (Doutorado em Ciências e Pós-Doutorado em Helmintologia). Professora Associada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-5442-0030>

**RESUMO:** A promoção à saúde destaca riscos e possíveis complicações à saúde do homem solucionando-os por meio de ações que reduzem a interação do hospedeiro, do agente etiológico e o meio ambiente. A educação em saúde constrói novos hábitos de vida para prevenções de doenças, incluindo as infecções parasitárias. O objetivo deste estudo é descrever um projeto de extensão universitário que utiliza a educação em saúde como ferramenta de apoio à melhoria da saúde da população. A metodologia utiliza atividades lúdicas aplicadas por discentes de Enfermagem aplicadas em escolas públicas do Rio de Janeiro, na área de parasitoses, e medidas de prevenção e controle e acessíveis a todos os níveis de escolaridade para a promoção à saúde. Foram avaliadas as mudanças constatadas nas crianças e adolescentes durante à realização das atividades e como a educação em saúde é benéfica quando colocada em ações educacionais em escolas públicas de população

vulnerável.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em saúde; Prevenção & Controle; Vulnerabilidade Social.

## HOW CHILDREN'S GAMES ADAPTED TO THE CONTENT OF PARASITOLOGY CAN HELP IN THE ACTIONS CARRIED OUT BY NURSING STUDENTS PARTICIPATING IN AN EXTENSION PROJECT THAT AIMS TO PROMOTE THE HEALTH OF THE POPULATION OF THE MUNICIPALITY OF RIO DE JANEIRO

**ABSTRACT:** Health promotion highlights the risks and possible complications to man's health and to solve them through actions that reduce the interaction of the host, the etiologic agent and the environment. Health education builds new habits of life to prevent different diseases, including parasitic infections. The aim of this study is to describe the importance of the university extension project that uses health education as a support tool for improving the health of the population. The methodology uses activities developed in playful ways by nursing students for application in Rio de Janeiro public schools, addressing the teaching about parasites as prevention and control measures and accessible for all schooling levels, for health promotion. Both changes shown in school children and adolescents during the activities and how health education can produce benefits, when placed in educational actions in public schools in regions of vulnerable population, were evaluated.

**KEYWORDS:** Health education; Prevention and Control; Social vulnerability.

### 1 | INTRODUÇÃO

As deficiências de saneamento básico e a baixa escolaridade são fatores socioeconômicos que contribuem para o aumento de doenças infecto-parasitárias, aumentando as internações e morbidades. Neste contexto existe a necessidade de um trabalho de conscientização das doenças e do tratamento para que desta forma, seja evitado o contágio e em casos mais extremos a internação do paciente. Desta forma, é fundamental a orientação em relação às condições de higiene e cuidados com a saúde (PAIVA & SOUZA, 2018). A enfermagem é de suma importância na educação em saúde e promoção à saúde.

De acordo com a Carta de Ottawa (1986) “Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. No Brasil, A Política Nacional de Promoção de Saúde, de 2006, descreve as ações e as estratégias de organização nas três esferas de gestão do SUS. Nesse sentido, a estratégia de promoção da saúde do SUS enfoca nos aspectos que determinam o processo saúde-doença como, por exemplo a falta de saneamento básico, falta de habitação ou habitação não adequada, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, má qualidade da água (BRASIL, 2006).

Dessa forma, a promoção em saúde pode modificar e melhorar a vida das pessoas através de profissionais com habilidades específicas para cada condição, baseados na

situação socioeconômica, compreendendo o contexto como um todo. O aprendizado depende de uma formação baseada numa ação política e social, com o entendimento da importância destas variáveis (LEAL et al., 2020; NEVES et al., 2019).

A educação em saúde é caracterizada por visões e pontos de vista diferentes. De um lado existe a educação cientificista e objetiva, que enxerga a questão saúde-doença como causal, ou seja, uma visão estritamente biológica (MOROSINI; FONSECA & PEREIRA, 2008). Assim como Freire (1987) se refere à educação bancária como o ato que o professor faz de depositar conhecimentos sobre os alunos, ou seja, memorização do conteúdo de forma manipuladora e autoritária, onde o professor é o sujeito ativo e o aluno recebe passivamente o conhecimento, sem questionamento e visão crítica, esta concepção também enxerga o profissional da saúde como mero operador de condutas e protocolos, e o paciente como um simples corpo onde a doença se manifesta (MOROSINI; FONSECA & PEREIRA, 2008).

Em contrapartida, a educação baseada na realidade social não responsabiliza somente o indivíduo, mas avalia o plano coletivo, bem como as ações e transformações como forma de promoção à saúde. Portanto, a saúde não depende somente dos cuidados individuais, mas de condições sociais dignas que permitem ao indivíduo uma qualidade de vida adequada que garanta seu bem-estar (MOROSINI; FONSECA & PEREIRA, 2008).

Os jogos e atividades lúdicas têm um importante papel no ensino, aprendizagem e desenvolvimento das crianças, sendo um instrumento didático de grande valor conforme descrito nos Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 2000). A aplicação de jogos educativos é utilizada na educação escolar como forma de aprendizado, pois eles chamam a atenção e despertam o interesse das crianças para diversos temas, fazendo analogias com as situações reais da vida, respeitando sua faixa etária. Desta forma, diversas atividades desenvolvidas como neste projeto constituem importante ferramenta de ensino e uma grande melhoria para o aprendizado, estimulando a socialização, atenção e concentração, levando os alunos a terem interesse em aprender os conteúdos didáticos de uma forma leve e lúdica (BATISTA & DIAS, 2012).

Gomes et al. (2018) cita a importância de dinâmicas educativas no curso da aprendizagem dos alunos em relação às parasitoses intestinais, focando nos hábitos higiênicos, com objetivo de evitar a infecção e demais consequências, e a propagação do conhecimento dos discentes para seus familiares e amigos durante o desenvolvimento das atividades. Isto tem como consequência a redução da prevalência destas doenças, e até a diminuição de mortes.

Segundo Rodrigues et al. (2013, p.142) “a Extensão Universitária possui papel importante no que se diz respeito às contribuições que pode trazer frente à sociedade. É preciso, por parte da Universidade, apresentar concepção do que a extensão tem em relação a comunidade em geral”, ou seja, quando o graduando tem contato com novas realidades na população, o ajuda a entender de diferentes perspectivas como cada um

enxerga determinadas doenças e hábitos. Dessa forma, o ajuda a aperfeiçoar sua vivência de educação em saúde para a população, entendendo a realidade de cada indivíduo, pois segundo Paulo Freire, o ensino não modifica a sociedade, o ensino traz uma mudança nas pessoas e, conseqüentemente, as pessoas conseguem mudar o mundo (FREIRE, 2000; FILOMENO et al., 2019; NEVES et al., 2019; ROSA et al., 2020; LEAL et al., 2020)

Além disso, entende-se que a aproximação do graduando com a população, o ajuda na sua formação como profissional e também para que a população consiga compreender sobre os aspectos sociais dos parasitos, isso porque as parasitoses intestinais atingem diferentes faixas etárias e grupos sociais, tornando-os mais vulneráveis dependendo do ambiente no qual estão inseridas, e a partir desse ponto a extensão torna-se um grande alicerce entre à promoção à saúde e a população, com o objetivo de incentivar as pessoas a entenderem todas as causas que facilitam à transmissão dessas doenças parasitárias, através de conhecimentos técnico-científicos adquiridos ao longo da graduação (UCHÔA et al., 2009; FILOMENO et al., 2019; NEVES et al., 2019; ROSA et al., 2020; LEAL et al., 2019; NEVES et al., 2019).

Com isso, este trabalho tem como objetivo desenvolver atividades lúdicas através de jogos para alunos de escolas públicas do Município do Rio de Janeiro, com a finalidade de transmitir o conhecimento sobre as parasitoses e seus meios de transmissão, bem como medidas de prevenção para o controle destas doenças. Além disso, estimular os estudantes a propagarem este conhecimento para os demais membros da família e da comunidade em que vivem em situação de vulnerabilidade.

## 2 | MÉTODOS

A Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) apresenta diferentes projetos de extensão, entre eles o projeto “Educação em Saúde: Prevenção das Doenças Parasitárias (Parasito Educac)” da Faculdade de Ciências Médicas. O projeto visa levar conhecimentos sobre a Parasitologia para todas as pessoas consideradas “leigas” neste assunto de forma clara, leve, extrovertida, prazerosa e didática. O projeto é composto por estudantes de Enfermagem da UERJ, com o intuito de fortalecer todas as teorias que abordam em sala de aula, de forma holística, sobre a saúde do homem com o meio ambiente e de como os hábitos diários que podem influenciar no surgimento de doenças parasitárias e infectocontagiosas.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo participativa, isto é, tentar proporcionar modificações no que diz respeito a conjuntura de vida do público-alvo, já que os mesmos entrarão em contato com as atividades voltadas para temáticas das ciências em saúde, em especial, a Parasitologia e a educação em saúde.

Os locais de atuação do projeto de extensão são os mais variados, mas neste estudo a ênfase foi apenas em escolas públicas do Rio de Janeiro que abrangem alunos do ensino

fundamental e do ensino médio.

Durante as ações educativas os estudantes de graduação do curso de Enfermagem da UERJ participam de forma ativa já que, os enfermeiros são os protagonistas pela promoção à saúde por meio de ações educativas que normalmente são simples e de linguagem acessível.

Desta maneira, durante as ações com crianças e adolescentes houve compromisso, confidencialidade, honestidade e sigilo, assim como as figuras a seguir que não identificaram em nenhum momento as imagens dos alunos e também não foi necessário coletar nenhum material biológico. Ademais, não foi utilizado nenhum material biológico dos alunos, visto que o projeto faz apenas exposição de materiais de apoio, como bonecos de biscuit, para que os alunos se aproximem dos conceitos da Parasitologia e em todas as ações do projeto nós fornecemos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para instituições enviarem aos responsáveis de cada criança e adolescente, para terem ciência das atividades que serão realizadas (jogos lúdicos produzidos pelo projeto).

Foram incluídos na construção deste trabalho apenas alunos de escolas públicas da cidade do Rio de Janeiro, que se encontram matriculados do 1º ao 9º do ensino fundamental e do 1º ao 3º ano do ensino médio, que apresentam idade, aproximadamente, entre 7 e 18 anos de idade.

Foi desenvolvido um quadro de planejamentos de atividades, no programa *Microsoft Excel* exclusivamente para essas escolas municipais do RJ pelos integrantes do projeto Parasito Educac. São jogos que devem ser realizados em quadras de educação física, e que aconteceram simultaneamente, pois necessitaram não apenas de conhecimento teórico, mas também do movimento corporal dos alunos.

A tabela (Figura 1) foi dividida em três colunas apresentando apenas os nomes de jogos, que foram adaptados e modificados do “Guia de Sugestões de Atividades Semana Saúde na Escola” do Ministério da Saúde (2014) pelos próprios participantes do projeto levando em consideração os materiais disponíveis e os diferentes níveis de escolaridade dos alunos participantes, como mostra abaixo:

Planejamento de atividades - Projeto de Extensão Parasito Educac		
Atividades para o público	Materiais para as brincadeiras	Escolaridade
Corrida do "saco quente"	*Saco de batata de 50 Kg (vazio)	Ensino fundamental - 1º ao 5º ano Ensino médio
Que parasito é esse ?	*Imagens de parasitos impressos *Nomes populares dos parasitos *Microscópios e frascos de vidro	Ensino fundamental - 1º ao 5º ano
Dê um passo à frente	*Fichas - perguntas sobre prevenções	Ensino fundamental - 1º ao 9º ano Ensino médio
Circuitado amplificado da saúde	*Cordas grossas *Canetas retroprojctor	Ensino fundamental - 1º ao 9º ano

Figura 1 – Tabela de planejamento de atividades do projeto

A atividade intitulada “corrida do ‘saco quente’” foi criada pelos discentes do projeto no qual receberam diferentes sacos de batata de 50 kg para a ação. A brincadeira ocorreu da seguinte maneira, os alunos, com idade aproximada de 7 a 11 anos de idade, são divididos em 2 a 3 grupos onde ficaram em fila em um ponto demarcado no pátio do ginásio. Em seguida, um dos integrantes do projeto usou um apito para que o primeiro aluno de cada fila pudesse correr dentro do saco até o outro ponto demarcado para escolher uma pergunta sobre os parasitos para responder em voz alta e, posteriormente, receber a pontuação. O grupo que acertou mais questões ganhou o jogo.

Enquanto o jogo com a temática “Que parasito é esse?” Ocorreu de maneira ainda mais dinâmica. Os estudantes de Enfermagem prepararam diferentes fichas com o nome popular dos parasitos considerados geohelmintos (ex.: lombriga – *Ascaris lumbricoides*) e a imagem dos mesmos, onde foram espalhados em 2 mesas. O aluno precisou escolher uma ficha com a imagem do parasito e tentar encontrar, na outra mesa, o nome do verme na outra ficha. E no final da dinâmica, os alunos foram encaminhados para as mesas para verem no microscópio de luz as lâminas contendo os ovos dos parasitos (fig. 2A), e também vermes fixados em formol e colocados dentro de vidros (fig. 2B) e em formato de modelo didático em biscuit ou feltro.





Figura 2 – Instrumentos utilizados nas escolas

A brincadeira denominada “Dê um passo à frente” consistiu na realização de diferentes perguntas sobre as prevenções das parasitoses intestinais, no que diz respeito à higienização das mãos, lavagem dos alimentos, higiene corporal etc, para os alunos, que estão entre a fase da infância e adolescência, que foram separados em grupos. O grupo que mais respondeu de maneira correta as questões ganhou.

O “bingo da higiene” é outra brincadeira que é feita com alunos de diferentes faixas etárias, que consiste em uma cartela composta de medidas preventivas contra a pediculose e outras doenças parasitárias em forma de figuras. São sorteadas as figuras com os métodos de prevenção e higiene. Quem tiver a mesma imagem na cartela marca com um grão de feijão. Quem preencher a cartela totalmente mais rápido grita BINGO e ganha o jogo. Ao final do jogo todos os alunos ganham um “brinde” (um pente fino e uma bala) (Figura 3A e 3B). Sua função principal é conscientizar acerca de medidas preventivas para doenças parasitárias através de medidas de higiene básica. É uma atividade muito aceita, interessante e dinâmica de mostrar algumas ações do nosso dia a dia que contribuem para a prevenção de diversas parasitoses, como uso do pente fino, de calçados, de sabonetes, lavar corretamente as mãos e os alimentos, tomar banho, escovar os dentes e dentre várias outras ações simples e inclusivas, além de nos dar uma dimensão do conhecimento que elas já têm e estão construindo juntamente com os colegas.

A brincadeira “batata quente” foi reformulada para se encaixar nas nossas propostas, denominamos de “piolho quente”, consiste em passar um piolho feito de feltro entre os que compõem o círculo, enquanto alguém de costas para a roda toca uma música até parar de repente, nesse momento a criança que possui o piolho responde uma pergunta, previamente formulada, referente a medidas profiláticas e de tratamento (Figura 3D). A

função principal é informar as crianças através de maneiras lúdicas sobre quais medidas tomar para evitar o contágio (não compartilhar objetos de cabelo, prender o cabelo ao ir para a escola) e caso haja o contágio o que devemos fazer (uso de pente fino, não matar o piolho com as unhas e sim colocar em um copo com álcool), produzindo assim um conhecimento horizontal e construtivo entre o educador e o educando.

E por último o “circuito amplificado da saúde”, no qual apenas os alunos do ensino fundamental foram colocados em roda onde foram utilizadas várias cordas numeradas para segurarem, e com isso os estudantes da extensão escolheram algum desses números nas cordas e pediram para as crianças falarem pelo menos duas formas de prevenção contra as enteroparasitoses.

A partir disso, a verificação dos dados foi por meio dos olhares atentos dos discentes, isto é, foram baseados em análises críticas durante a realização da ação por meio das atitudes dos participantes de cada escola envolvida nas atividades recreativas preparadas pelo projeto Parasito Educac para as escolas municipais e estaduais do Rio de Janeiro.



Figura 3 – Atividades recreativas do projeto de extensão

### 3 | RESULTADOS

O objetivo de usar atividades recreativas nas ações do projeto de extensão foi para tentar tornar o processo de aprender mais simples e de fácil compreensão, já que assim torna-se mais interessante e atrativo para o público em querer obter mais informações verídicas e científicas sobre as temáticas abordadas na Parasitologia (CAMARGO & CAMARGO, 2017).

A educação em saúde, assim como à promoção a saúde, foi desenvolvida através de brincadeiras realizadas no ginásio das escolas, com a finalidade de formar ideias por meio dos movimentos corporais e de conhecimentos parasitológicos envolvidos no dia a dia

da população carioca (TAVARES & RODRIGUES, 2017).

Durante a realização das brincadeiras, os integrantes do projeto já conseguiram captar as expressões verbais das crianças e adolescentes envolvidas sobre os parasitos. Por vezes, muitas crianças indagavam o porquê de higienizar as mãos, lavar os alimentos e como que acontece as transmissões dessas parasitoses que geram prejuízos, além dos próprios professores relatarem que esse método estava contribuindo para um ensino-aprendizagem mais leve para as turmas (ALVES et al., 2015).

Além disso, percebeu-se a relevância de ter a participação dos estudantes de diferentes idades durante o desenvolvimento das atividades, já que foi possível verificar o comportamento de cada aluno frente as temáticas expostas e, posteriormente, as suas dúvidas. Logo, foi possível constatar, por meio das gincanas, as informações prévias de que as crianças e os adolescentes já tinham domínio de algumas informações, mas a grande maioria empírica e também aquelas que não eram de seus conhecimentos, como o *Enterobius vermicularis*, que é um enteroparasito nematoide muito comum entre as crianças e que pode ser transmitida através do compartilhamento de roupas, e a *Ascaris lumbricoides* que é transmitida por meios de alimentos e vetores, por exemplo (TAVARES & RODRIGUES, 2017; NEVES, 2004).

Foi percebido que os alunos das escolas públicas tiveram a oportunidade de relacionar os dados de incidência e morbidade de cada parasito nas regiões do Município do Rio de Janeiro com as condições de vulnerabilidades da sua comunidade e meio ambiente onde vivem e com as medidas de prevenções mais coerentes para cada verme exposto durante os jogos, dentro de cada realidade. Ademais, teve como destaque o cumprimento das tarefas pelos alunos que foram reunidos em grupos, isto é, as atividades precisavam de um elo entre os estudantes para que acontecessem de forma uniforme e a todo momento os alunos conseguiam manter um laço de união para que tudo ocorresse de forma mais dinâmica e divertida (CAMARGO & CAMARGO, 2017).

## 4 | DISCUSSÃO

Corroborando o fato de que a educação em saúde pode ser apresentada como ferramenta nas escolas para contribuir em conhecimentos, em especial, para prevenções e que traz resultados benéficos, McManus *et al.* (2014) afirmam que usar este processo constrói e acelera ainda mais a sabedoria, e traz transformações nas atitudes do homem e, posteriormente, resultando em baixas transmissões das verminoses, em especial, intestinais. O uso desse instrumento se faz tão importante que na Tailândia foi utilizado um conjunto de ideias, através da educação em saúde, para prevenir as parasitoses intestinais:

A Educação em Saúde e Pacote de Equipamentos Preventivos (HEPEP) neste estudo demonstrou uma eficácia de 41% na interrupção da infecção e transmissão de *S. stercoralis* em uma comunidade rural no nordeste da Tailândia. A redução na taxa de infecção foi correlacionada com maiores

pontuações de conhecimento e melhorias nas práticas de higiene pessoal. Além disso, este é o primeiro modelo eficaz de controle de *S. stercoralis* em adultos em uma área rural comunidade na Tailândia (LAORAKSAWONG *et al.*, 2018, p. 9-10).

Ademais, um estudo desenvolvido na República Popular da China, entre os anos de 2001 e 2004, observou muitas pessoas contaminadas por geohelmintos em que McManus *et al.* (2014, p. 1), “129 milhões de infecções de helmintos transmitidos pelo solo (STH) com a maior prevalência em crianças de 5 a 14 anos, enfatizando os STHs como um importante problema de saúde pública no país”. A partir deste problema relatado, destaca-se a importância da educação em saúde de ser apresentada a sociedade para diminuir a incidência de casos de parasitoses, pois ao se utilizar diferentes meios de profilaxias, como uso de calçados, tornam-se imprescindíveis para atingir o menor de número de casos possíveis relacionadas a infecções parasitárias.

Assim, usar estas metodologias voltadas para educação em saúde permite amplos benefícios para os cidadãos, já que o objetivo é conseguir fazer com que todos tenham a habilidade adequada frente a esses problemas parasitológicos que aparecem no ambiente no qual estão inseridas, com a finalidade de fazerem as diferenças nas atividades de vida diárias que estão relacionadas com à saúde, mesmo porque, essas práticas que trazem mudanças dependem dos profissionais da saúde e também da população (CAMARGO & CAMARGO, 2017; TAVARES & RODRIGUES, 2017).

A partir disso, é fundamental que todas as ações e atividades, realizadas por projetos de extensão ou por profissionais da saúde, sejam voltadas para incentivar a comunidade, ou seja, estimular toda a população de uma determinada região a terem hábitos adequados e coerentes que são extremamente simples, frente a essas doenças parasitárias, pois segundo Tavares e Rodrigues (2017, p. 3169) “pode-se conhecer e avaliar a eficácia das ações executadas e, com isso, servirem de exemplo no direcionamento de outros profissionais na execução de processos educativos”.

Deve-se ressaltar também que não é fácil de desenvolver esse ramo da educação em saúde por causa dos diferentes aspectos envolvidos como as questões socioeconômicas, sociopolíticas e socioculturais, e além das questões biopsicossociais de cada pessoa envolvida e o ambiente no qual a mesma encontra-se introduzida (SALCI *et al.*, 2013).

No entanto, à educação e à saúde, ao longo dos anos, ficaram mais transparentes e inteligíveis para serem colocadas em prática, de forma única, com as inovações e modernizações tecnológicas que surgem na sociedade. Porém, ainda não devem ser entendidas por esses limites, já que estão envolvidas com à promoção a saúde, que precisa ter como base uma estratégia que inclua os âmbitos da educação, psicologia e ambiente para alcançar uma saúde mais próspera aos indivíduos. Por isso, Salci *et al.* (2013, p. 225) confirma que “a informação tem por base ajudar na escolha de comportamentos, na prevenção de doenças, no desenvolvimento de uma cultura de saúde e na democratização

das informações”.

## REFERÊNCIAS

ALVES,S.N. et al **Ações de educação e saúde relacionadas à pediculose na educação infantil. Em Extensão.** 2015;14(1):126-33.

BATISTA, D.A. DIAS, C.L. Editores. O processo de ensino e de aprendizagem através dos jogos educativos no ensino fundamental. In: **Revista Colloquium Humanarum.** São Paulo; 2012; p.975-982.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parâmetros curriculares nacionais.** Brasília: DP&A; (2-3)2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de sugestões de atividades semana saúde na escola. Guia de sugestões de atividades semana saúde na escola.** Brasília. 2014.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. **Política nacional de promoção da saúde.** 2006.

CAMARGO,E.A.F.CAMARGO,J.T.F. Educação em saúde e parasitologia: uma experiência integradora. **Revista de Estudos Aplicados em Educação.** 2017;e.2(3).

Carta De Ottawa. A Promoção da Saúde. 1ª Conferência Internacional, Canadá; 1986. 17-21.

FILOMENO, C.E.S. et al. **Parasitologia na escola: Intervenções em educação e saúde.** Debate e Reflexão das Novas Tendências da Biologia. Ponta Grossa: Atena Editora; 2019. p. 140-53.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987. 259-68 p.

GOMES, E.A. SILVA, B.B. SILVA, E.J.E. **Educação em saúde como estratégia de sensibilização e prevenção de parasitoses intestinais em estudantes do ensino fundamental na cidade de Arapiraca.** AL, Brasil. 2018;p.39(10).

LAORAKSAWONG, P. et al. Impact of the health education and preventive equipment package (HEPEP) on prevention of *Strongyloides stercoralis* infection among rural communities in Northeast Thailand: a cluster randomized controlled trial. **BMC public health.** 2018;e.18(1):p.1-12.

LEAL, C. M. C et al. Vivenciando a extensão universitária na formação dos discentes de enfermagem através de ações de educação em saúde em parasitologia: Associação entre a teoria e a prática. IN: PEREIRA,T.T. CASTRO, H.A. OESTERREICH, S.A. [Organizadores]. Ciências da saúde: campo promissor em pesquisa 3. Ponta Grossa: **Atena Editora**; 2020. p. 261-73. Disponível em: <https://www.finersistemas.com/atenaeditora/index.php/admin/api/artigoPDF/28392> Acesso em: 19. OUT. 2020.

MCMANUS, D.P. et al. **Health education and the control of intestinal worm infections in China: a new vision.** Parasites & Vectors. 2014;7(1):1-3.

MOROSINI, M.V. FONSECA, A.F. PEREIRA, I.B. Educação em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. IN: PEREIRA, I.B. LIMA, J.C.F. [Organizadores]. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ; 2008 p. 155-62. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf>. Acesso em: 05. Set. 2020.

NEVES, D.P. **Parasitologia humana**. São Paulo: Ateneu; 2004. p.428

NEVES, R. H. et al. **Tecendo contribuição social e acadêmica da liga de parasitologia da universidade do estado do Rio de Janeiro**. As Ciências Biológicas e da Saúde na Contemporaneidade 4. Atena Editora; 2019 p. 113-23. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/wp-content/uploads/2019/03/e-book-As-Ci%C3%A2ncias-Biol%C3%B3gicas-e-da-Sa%C3%BAde-na-Contemporaneidade-4-2.pdf> Acesso em: 12. SET. 2020.

PAIVA, R.F.P.S. SOUZA, M.F.P. **Associação entre condições socioeconômicas, sanitárias e de atenção básica e a morbidade hospitalar por doenças de veiculação hídrica no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. 2018;34:e00017316.

RODRIGUES, A.L.L. **Contribuições da extensão universitária na sociedade**. 2013;e.1(2).p.141-8.

ROSA, A.A. et al. Tecendo saberes: Um estudo sobre a tricomoníase no contexto escolar. **Ciências da saúde: campo promissor em pesquisa 4**. Atena Editora; 2020. 215-27.

SALCI, M.A. et al. **Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões**. Texto & Contexto Enfermagem. 2013;22(1):224-30.

TAVARES, J.S. RODRIGUES, W.F.G. **Promoção de educação em saúde para a prevenção de parasitoses: relato de experiência**. Rev enferm UFPE on line. 2017.p.3167-70.

UCHÔA, C.M.A. **Parasitismo intestinal em crianças e funcionários de creches comunitárias da cidade de Niterói-RJ**. 2009;e.38(4).p.267-78.

# CAPÍTULO 3

## CONHECIMENTO DE PAIS E PROFESSORES SOBRE MANOBRAS DE DESOBSTRUÇÃO RESPIRATÓRIA EM CRIANÇAS

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 24/05/2021

### **Rene Ferreira da Silva Junior**

Instituto Federal de Santa Catarina  
Joinville – Santa Catarina  
<http://lattes.cnpq.br/1033568209575828>

### **Maria Isa Alquimim Silva**

Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais  
Montes Claros - Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/3221142544760223>

### **Erica Andrade de Souza**

Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais  
Montes Claros - Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/6801534962376697>

### **Tadeu Nunes Ferreira**

Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais  
Montes Claros - Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/9956775531739554>

### **Reginalda Maciel**

Instituto Federal de Santa Catarina  
Joinville – Santa Catarina  
<http://lattes.cnpq.br/8281360079916688>

### **Silvânia Paiva dos Santos**

Universidade Estadual de Montes Claros  
Montes Claros - Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/8538897119866887>

### **Joana Carolina Rodrigues dos Santos Schramm**

Universidade Estadual de Montes Claros  
Montes Claros - Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/7395177208005688>

### **Neuriene Queiroz da Silva**

Faculdade de Saúde Ibituruna  
Montes Claros - Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/1990274593524880>

### **Isabela Mary Alves Miranda**

Faculdade de Saúde Ibituruna  
Montes Claros - Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/1169841094757154>

### **Jessica Najara Aguiar de Oliveira**

Universidade Estadual de Montes Claros  
Montes Claros - Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/4238944940708260>

### **Ana Paula Ferreira Maciel**

Universidade Estadual de Montes Claros  
Montes Claros - Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/4003448201100634>

### **Andreia Correia**

Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais  
Montes Claros - Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/3475919820391698>

### **Christiane Silva Souza**

Faculdade de Saúde Ibituruna  
Montes Claros - Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/2455198606828187>

**RESUMO:** Introdução: O conhecimento de pais ou responsáveis e professores em relação aos primeiros socorros é fundamental para melhores desfechos. Objetivo: verificar como pais e professores descrevem a intervenção a ser realizada nos casos de obstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças em idade escolar. Metodologia: estudo descritivo,

de caráter transversal e análise quantitativa realizado em uma escola privada de ensino infantil localizada em Montes Claros com 11 professores e 18 pais dos alunos, durante o primeiro semestre de 2017, para coleta de dados foram utilizados um formulário para acompanhamento e avaliação técnica e um questionário com questões fechadas além de um boneco para simulação realística, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa Soebras e recebeu aprovação com parecer consubstanciado número 1.916.092. Resultados e discussão: foram abordados 18 pais e 11 professores, sendo que 24 eram do sexo masculino, a maioria deles já recebeu informações sobre o assunto e não passou por situações de obstrução de vias áreas com crianças. Considerações finais: a maioria dos pais relatou conhecimento prévio em relação aos cuidados iniciais prestados em caso de obstrução das vias aéreas em crianças e o que se repetiu em relação à experiência de obstrução de vias áreas. No entanto, esses achados mostram que a obstrução das vias aéreas é frequente e que os possíveis socorristas devem ser capacitados para uma atuação eficiente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde da Criança. Primeiros socorros. Suporte básico de vida.

## KNOWLEDGE OF PARENTS AND TEACHERS ABOUT RESPIRATORY CLEARANCE MANEUVERS IN CHILDREN

**ABSTRACT:** Introduction: The knowledge of parents or guardians and teachers regarding first aid is essential for better outcomes. Objective: to verify how parents and teachers describe the intervention to be performed in cases of airway obstruction by a foreign body in school-age children. Methodology: descriptive, cross-sectional study and quantitative analysis carried out in a private kindergarten school located in Montes Claros with 11 teachers and 18 students' parents, during the first semester of 2017, for data collection, a form was used for monitoring and technical evaluation and a questionnaire with closed questions, in addition to a dummy for realistic simulation, the research project was sent to the Soebras Research Ethics Committee and received approval with embodied opinion number 1.916.092. Results and discussion: 18 parents and 11 teachers were approached, 24 of whom were male, most of them have already received information on the subject and have not experienced airway obstruction situations with children. Final considerations: most parents reported prior knowledge regarding the initial care provided in case of airway obstruction in children and what was repeated in relation to the experience of airway obstruction. However, these findings show that airway obstruction is frequent and that potential rescuers must be trained to act efficiently.

**KEYWORDS:** Child health. First aid. Basic lifesupport.

## 1 | INTRODUÇÃO

A obstrução das vias aéreas é evidenciada pela dificuldade parcial ou total da passagem de ar para os alvéolos pulmonares relacionada a algum obstáculo presente em qualquer região das vias aéreas (GONÇALVES; CARDOSO; RODRIGUES, 2011). É um evento pediátrico frequente e uma causa comum de morbidade e mortalidade em crianças, no qual exige diagnóstico preciso e tratamento adequado (MAGGIOLO; RUBILAR;



GIRARDI, 2015).

Os acidentes por corpos estranhos podem ocorrer em qualquer fase da vida, sendo, porém, mais frequentes em idosos e crianças (GONÇALVES; CARDOSO; RODRIGUES, 2011), na população pediátrica os fatores que favorecem essa evolução vão desde características anatômicas e fisiológicas a imunológicas (FONSECA; OLIVEIRA; FERREIRA, 2013).

Há particularidades pediátricas que predis põem o maior risco de obstrução das vias aéreas, tais como; a língua dos lactentes ser maior em relação à orofaringe e a mandíbula menor, a epiglote flácida e longa, a respiração nasal predomina até o sexto mês de idade. As vias aéreas são mais curtas e com menor diâmetro. A inserção do diafragma é mais horizontal e elevada, são mais suscetíveis à fadiga respiratória. Em recém-nascidos e lactentes, a caixa torácica é arredondada, enquanto as crianças têm a caixa torácica mais complacente e taxa metabólica mais alta. Em crianças abaixo de dez anos, a porção mais estreita da via aérea está localizada abaixo das cordas vocais, no nível da cartilagem cricóide; e a laringe se apresenta em formato de funil. As vias de ventilação colateral alveolar (os poros de Kohn e os canais de Lambert) são menos desenvolvidas, o que favorece a formação de atelectasias. Na presença de obstrução das vias aéreas o menor suporte cartilaginoso da árvore traqueobrônica apresenta mais complacente e suscetível ao colapso dinâmico durante a inspiração (MATSUNO, 2012).

A palavra acidente pode ser definida como o evento não intencional e evitável e que poderá causar lesões, tanto físicas quanto emocionais e que ocorrem no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais. Podendo ocorrer de diversas formas, em maior ou menor grau, otimamente preveníveis por interposto da orientação da família, de modificações físicas do ambiente domiciliar e da criação ou cumprimento de leis específicas e apontam as queimaduras, quedas, aspiração de corpo estranho, perfurações, choque elétrico, escorregão e intoxicação como sendo os acidentes domésticos mais ocorridos na infância; predominando dentre eles, a queda (GOMES *et al.*, 2013).

A aspiração de corpo estranho (ACE) da via aérea é o principal tipo de acidente relacionado ao número elevado de atendimento de crianças em emergências com este problema (GONÇALVES; CARDOSO; RODRIGUES, 2011).

Todo indivíduo está sujeito a uma situação de emergência e nem sempre o socorro pelos profissionais será imediato. Diante de situações como essas, em que a criança apresenta obstrução de vias aéreas por aspiração de corpo estranho, as medidas a serem tomadas devem ser rápidas para evitarem possíveis complicações e sequelas (GONÇALVES; CARDOSO; RODRIGUES, 2011).

Assim, o estudo poderá agregar conhecimento científico a todos que prestam cuidados nesta fase específica, destacando-se os pais e professores que são os responsáveis que passam maior tempo com as crianças, podem contribuir ainda sobre o conhecimento mais aprofundado sobre as técnicas corretas a serem realizadas em crianças diante de

acidentes relacionados à obstrução o que podem levar a redução de complicações e mortes na infância. Assim, esse estudo buscou verificar como pais e professores descrevem a intervenção a ser realizada nos casos de obstrução de vias aéreas por corpo estranho em crianças em idade escolar.

## 2 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, de caráter transversal e análise quantitativa, realizado em uma escola de ensino infantil, durante o primeiro semestre de 2017, com 29 pais e professores dos alunos, sendo a amostra definida por conveniência. Os critérios de inclusão adotados foram: pais de crianças regularmente matriculadas na escola; professores com contrato vigente na referida escola; aceitação de participação da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e serem maiores de 18 anos, foram excluídos da amostra professores afastados por atestados médicos ou capacitações durante o período de coleta de dados.

Para coleta de dados foi elaborado pelos autores um formulário para acompanhamento e avaliação técnica descrita pelos pais e professores e um questionário com questões fechadas, foi utilizado também um boneco que apresentava fisiologia e anatomia mediana, corpo inteiro anatômico com cabeça, pescoço e mandíbulas móveis, tórax e abdômen com pontos de referência anatomicamente corretos em material flexível desenhado para um treinamento realístico das técnicas de manobra de desobstrução de vias aéreas; sendo um manequim para treinamento de reanimação cardiopulmonar (RCP), apresenta anatomia realística incluindo inclinação correta da cabeça e do queixo, posicionamento da mandíbula, profundidade de compressão, força de compressão e aumento do tórax, elasticidade do tórax tipo humano, enquanto a ventilação e compressão.

Foi solicitada autorização ao responsável legal da escola para a realização do procedimento, em seguida o projeto foi inserido na plataforma Brasil e enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e após parecer consubstanciado foi iniciado a pesquisa. Em seguida foi realizada uma reunião com pais e professores onde os mesmos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram encaminhados para uma sala reservada individualmente onde foram abordados sobre o que fariam em uma situação onde se depararam com uma criança com obstrução das vias aéreas por corpo estranho. Nesse momento foi entregue a eles um questionário para ser respondido e em seguida foi entregue um boneco, informando aos mesmos que o boneco representa uma criança com obstrução das vias aéreas por corpo estranho e que não consegue respirar, foi solicitado que realizassem a técnica de desobstrução das vias aéreas por corpo estranho no boneco conforme o conhecimento sobre o assunto. Enquanto os pais e professores estavam realizando a técnica foi registrado no formulário.

Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas do aplicativo Excel e foi realizada

análise estatística descritiva por meio do software MINITAB 17.0. O desenvolvimento do estudo respeitou as normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, descritas na resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Soebras, sob o parecer consubstanciado nº 1.916.092. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, a garantia do sigilo e anonimato (BRASIL, 2012).

### 3 | RESULTADOS

Na tabela 1 está representada a distribuição da idade em relação ao sexo e o nível de escolaridade em seguida na tabela 2 tem-se a simulação sobre obstrução respiratória com manequim.

Sexo	N	Média	EP Média	DesvPad	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Feminino	24	35,21	1,94	9,51	21,00	27,25	35,00	40,00	62,00
Masculino	5	35,00	3,94	8,80	25,00	28,50	33,00	42,50	49,00
Ensino Médio	7	37,29	4,20	11,12	25,00	26,00	33,00	49,00	53,00
Ensino Superior	22	34,50	1,87	8,75	21,00	21,00	35,00	39,25	62,00

Legenda: EP Média: erro padrão da média, DesvPad: desvio padrão.

Tabela 1. Estatísticas básicas da distribuição da idade em relação ao sexo e nível de escolaridade.

Fonte: dados da pesquisa.

Grupos	N	Mediana	Teste Mann-Whitney (w)
Pais	18	11	<165
Professores	11	11	<165
Receberam orientação	13		0,3252
Não receberam orientação	16	10	0,3252
Consideram-se preparados	05	11	0,3941
Não se consideram preparados	24	11	0,3941

Tabela 2. Resultado do teste com a simulação sobre obstrução respiratória com manequim

Fonte: dados da pesquisa.

O gráfico 1 apresenta a variável sexo da amostra estudada.

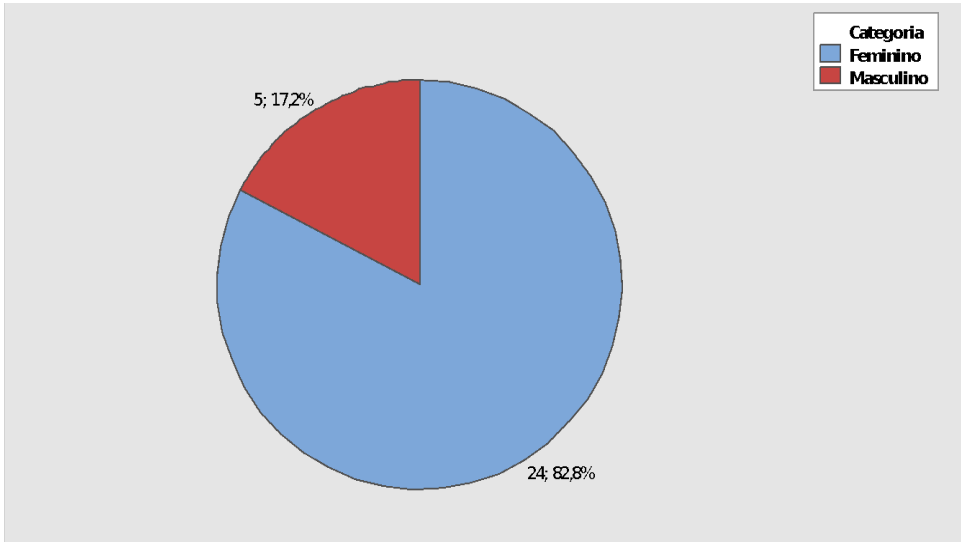


Figura 1. Gráfico de setores de sexo

Fonte: dados da pesquisa.

Já no gráfico 2 a variável conhecimento sobre obstrução em vias respiratórias é apresentada e no gráfico 3 é apresentado os casos de pais ou professores que vivenciaram uma situação de obstrução das vias áreas.

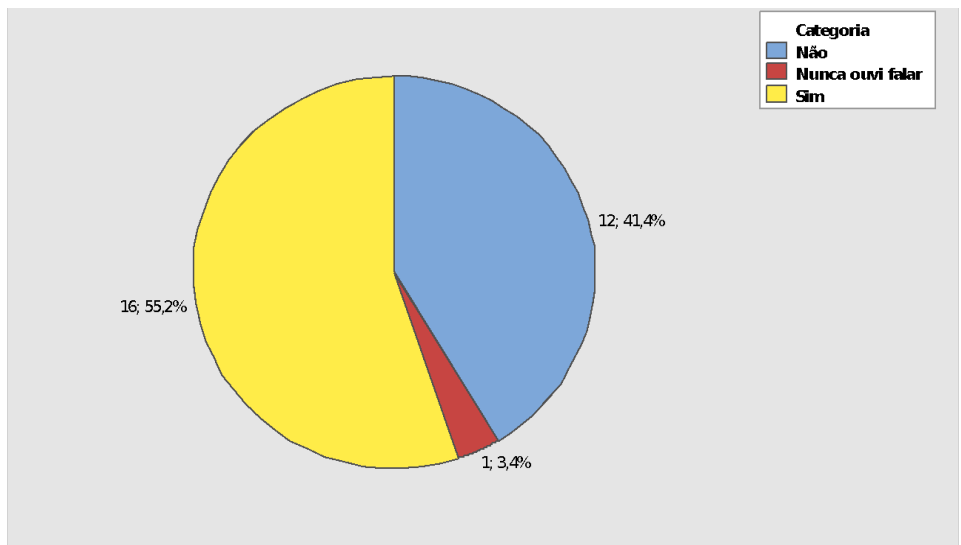


Figura 2. Conhecimento sobre obstrução respiratória em crianças.

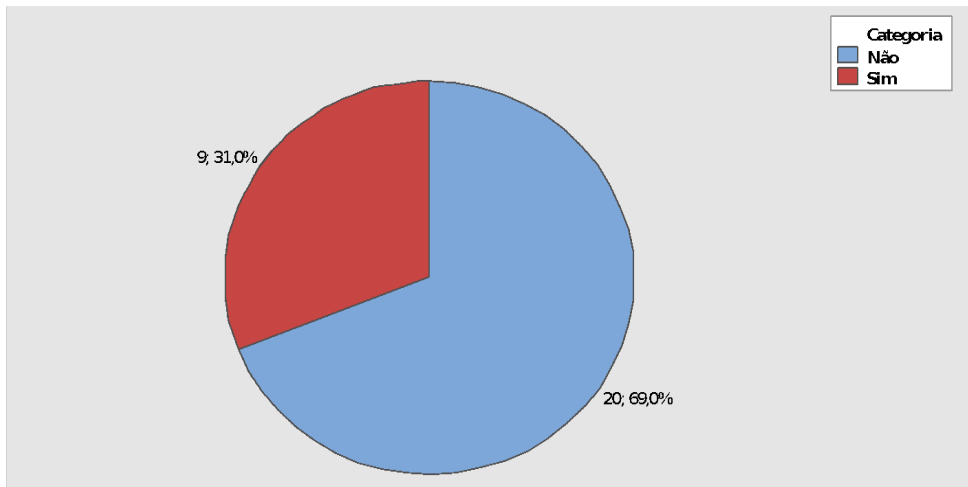


Figura 3. Gráfico de setores sobre vivenciou uma situação de obstrução

Fonte: dados da pesquisa.

## 4 | DISCUSSÃO

É importante destacar que a educação em saúde consiste no campo de teorias e práticas que abrange os elos entre o conhecimento e os processos de saúde e doença das pessoas e do coletivo. Essa formação de conhecimento é transversalizada por um possível diálogo envolvendo o saber instituído, estruturado pela produção científica e passível a uma revisão permanente, e o senso comum, resultado da vivência rotineira e encarado a partir das relações perceptivas e afetivas, de significados próprios. Em tal processo, os indivíduos acabam construindo, numa interface entre o individual e o geral, conhecimentos que são específicos e partilhados, nos quais o fazer, a ação, tem papel preponderante (GAZZINELLI *et al.*, 2013).

Representa uma temática complexa para sua prática, razão das diversas questões que a compreendem: política, filosófica, social, religiosa, cultural, além de relacionar-se aspectos práticos e teóricos da pessoa, grupo, comunidade e sociedade (SALCI *et al.*, 2013).

Tem-se como ideal que os diagnósticos das carências de educação em saúde da população surjam através da observação sistematizada dos hábitos e estilo de vida dos indivíduos, e que as intervenções ao serem planejadas, levem em questão os determinantes do processo saúde/doença, objetivando surtir realmente efeitos positivos nas condições de vida das pessoas, família e comunidade (GAZZINELLI *et al.*, 2013). Nesse contexto, apresenta-se a relevância, nos espaços escolares e outros, que a criança venha a habitar que os pais, professores e outros autores envolvidos sejam educados em relação às manobras de desobstrução respiratória em crianças, visto ser um episódio comum como

apresentado nos resultados deste estudo.

Corroborando estudos que evidenciam que aproximadamente 80% dos casos de obstrução das vias aéreas por corpo estranho ocorrem em crianças, com um pico de maiores ocorrências entre crianças na faixa etária de um a três anos (TANG, 2006).

A educação dos possíveis socorristas (professores, pais, avós e outros) é extremamente necessária, pois se sabe que o desconhecimento das manobras de desobstrução das vias aéreas tem favorecido a morte precoce ainda nos domicílios e espaços escolares, pois o tempo para espera da chegada de um serviço de saúde de urgência é pequeno (TANG, 2006).

A identificação correta e rápida de um quadro de obstrução das vias aéreas é essencial, pois quando há uma falha nesse processo pode resultar em sequelas irreversíveis e fatais (TANG, 2006).

O treinamento dos pais e professores, dentre outros em relação à desobstrução das vias aéreas e também sobre o suporte básico de vida é essencial para salvar vidas e prevenir danos, esses indivíduos atuarão prestando os cuidados iniciais, esses cuidados imediatos que devem ser oferecidos prontamente a vítima, aplicando medidas e técnicas até que a assistência qualificada chegue ao local.

Qualquer pessoa bem preparada poderá prestar os primeiros socorros, conduzindo-se com confiança, serenidade e compreensão, mantendo a calma, o próprio controle e também o controle de outras pessoas (BRASIL, 2003).

As obstruções das vias aéreas são ocorrências frequentes nas emergências pediátricas, as quais se tornam preocupantes devido às lesões e óbitos que ocorrem durante a infância, em especial na idade escolar (um a quatorze anos).

Considerados um problema de saúde pública, as lesões e sequelas, por gerar custos sociais, econômicos e emocionais refletindo nas crianças e conseqüentemente dificultando sua inserção no meio social (BEZERRA *et al.*, 2014). A prevalência de acidentes de obstrução das vias aéreas é maior em meninos do que em meninas na maioria das faixas etárias, devido à diferença de atividades desenvolvidas e pelo fato dos pais vigiarem mais as crianças do sexo feminino (MARTINS; ANDRADE, 2008).

Caracterizada como a idade da descoberta, a infância é um momento onde as crianças se encontram mais curiosas e querem explorar o ambiente que as rodeia. No entanto, juntamente com as curiosidades estão associados os riscos aos quais essas crianças estão expostas. Dessa forma, os cuidados nesse momento específico da vida, devem ser redobrados, procurando evitar possíveis lesões e conseqüentemente agravos à sua saúde. Os fatores que oferecem riscos para a ocorrência de acidentes na infância estão diretamente ligados com o ambiente em que a criança está exposta, com a própria criança, com o comportamento de risco e com o cuidador (RAMOS; NUNES; NOGUEIRA, 2013).

Os fatores determinantes para provocar a obstrução da via aérea são o objeto,

tamanho e a consistência do corpo estranho (WONG, 1999). Os objetos mais comuns na ocorrência de obstrução das vias aéreas são os de origem vegetal, tais como amendoins, amêndoas, grãos, pedaços de fruta, milho e arroz. Também foram citados pedaços de carne, botões, tampinhas, lápis, agulhas, anéis, parafusos, brinquedos, pinos e pedaços de esfera de balão (MAGGIOLLO; RUBILAR; GIRARDI, 2015). Alguns vegetais secos, como o milho, o feijão ou uma semente que não se dissolvem e incham quando umedecidos, são particularmente uma situação bastante difícil, considerados um problema; bem como os considerados “alimentos supérfluos” de qualquer espécie, como por exemplo, a batata frita na qual os considera os piores agressores (WONG, 1999).

A idade é um fator que também influencia nos riscos de acidentes domésticos, pois está relacionada ao desenvolvimento infantil, principalmente em crianças menores que não tem a percepção de risco e conhecimento de situações que podem lhe causar lesões. O sexo, as horas de sono da criança, a presença de doenças ou perturbações, características do desenvolvimento e antecedentes de lesões também são fatores cruciais. O comportamento de risco como a acessibilidade ao perigo e adequação e características dos materiais são fatores que predis põem as crianças a riscos de acidentes (RAMOS; NUNES; NOGUEIRA, 2013).

Dessa forma, deve-se ter total atenção aos brinquedos oferecidos para as crianças no seu momento de lazer, sendo o correto oferecer brinquedos que tenham peças grandes, prevenindo assim possíveis aspirações (FERREIRA; SOUZA, 2014).

É, portanto notório a necessidade de supervisão e acompanhamento das crianças nessa fase pelo responsável, uma vez que a idade materna, a situação socioeconômica, a tipologia familiar e o tipo de supervisão prestada podem estar relacionados com a ocorrência de acidentes (RAMOS; NUNES; NOGUEIRA, 2013).

O ambiente doméstico apresenta diversos riscos para as crianças, devido aos pais e cuidadores acharem que o ambiente é totalmente seguro e que nada poderá ocorrer dentro de casa (GOMES *et al.*, 2013). Porém no ambiente doméstico a criança está bem mais exposta a riscos de acidentes devido à organização do espaço e dos objetos deixados próximos a elas, como os brinquedos que contêm peças pequenas, moedas, brincos, sementes, alimentos grandes e duros, grãos e outros objetos que se encontram ao alcance da criança e que oferecem riscos de serem aspirados, causando engasgo e conseqüentemente uma obstrução de vias aéreas (RAMOS; NUNES; NOGUEIRA, 2013; GOMES *et al.*, 2013).

Além do ambiente doméstico, o ambiente escolar também oferece riscos, por ser um local onde a criança passa uma boa parte do dia (TINOCO; REIS; FREITAS, 2014). Dessa forma, se faz necessário o conhecimento de técnicas emergenciais tanto pelos pais, quanto pelos profissionais educadores de como se proceder diante de uma situação de risco a saúde da criança, buscando sempre estratégias para a prevenção e adoção de medidas que reduzam os riscos de acidentes, tornando assim, os ambientes mais seguros para as

crianças (DURÃES; TORIYAMA; MAIA, 2012; TINOCO; REIS; FREITAS, 2014).

Tendo em vista que os acidentes em ambientes domésticos e escolares são causas comuns de atendimentos hospitalares, destaca-se a importância de pais, cuidadores e profissionais educadores tornarem-se mais informados sobre como proceder diante de situações como estas e quais as condutas corretas a serem tomadas. Destaca-se ainda a promoção de ações educativas e preventivas para toda a comunidade, buscando reduzir os índices de acidentes durante a infância, minimizando assim os traumas tanto físicos, quanto emocionais nesse período de crescimento e desenvolvimento da criança (DURÃES; TORIYAMA; MAIA, 2012).

O engasgo é uma das causas mais comuns relacionadas à obstrução das vias aéreas e está diretamente ligada à mastigação incorreta de alimentos grandes ou duros, pode ser inclusive este um dos principais tipos de acidentes envolvendo crianças (BEZERRA *et al.*, 2014).

No caso de obstrução parcial das vias aéreas, a criança consegue falar, tossir, respirar e já no caso da obstrução total ela não consegue, sendo caracterizada como uma situação mais grave, podendo evoluir para um quadro de parada cardiorrespiratória. Por isso é extremamente importante que as pessoas ao seu redor como os pais, os cuidadores e profissionais educadores estejam preparadas para agir o mais rápido possível, evitando assim sequelas neurológicas na criança e até mesmo o óbito. Dessa forma, quem for prestar os primeiros socorros deve estar atento e reconhecer os sinais precocemente, estar capacitado para tomar a decisão correta e manter o controle diante da situação (FERREIRA; SOUZA, 2014).

Em crianças em idade pré-escolar, utiliza compressões abdominais rápidas, que é a manobra de Heimlich<sup>1</sup>. Deve-se primeiramente perguntar a vítima se ela está engasgada, se a resposta for sim, proceder-se de acordo com o grau da obstrução da via aérea (FRANÇOSO; MALVESTIO, 2007). Se a criança apresentar-se consciente, as seguintes orientações deverão ser seguidas para a desobstrução da via aérea:

Mantêm-se as pernas afastadas em caso de uma possível queda da própria altura pela criança, fecha-se uma das mãos em punho e encosta-se o polegar contra o abdome da criança, na linha média, ligeiramente acima da cicatriz umbilical, agarrar o punho fechado com a outra mão. Produzir rápidas compressões no local, para dentro e para cima, em direção caudal, deve-se atentar para as margens inferiores da caixa torácica devido ao risco de lesar órgãos internos, deve-se prosseguir com as compressões abdominais graduais até que o corpo estranho seja expulso ou a criança perca consciência (FRANÇOSO; MALVESTIO, 2007).

Tendo em vista que os acidentes em ambientes domésticos e escolares são causas

---

<sup>1</sup> A manobra de Heimlich é uma técnica de primeiros socorros utilizada em casos de emergência por asfixia. Nesta manobra, utilizam-se as mãos para fazer pressão sobre o diafragma da pessoa engasgada, o que provoca uma tosse forçada e que faz com que o objeto seja expulso dos pulmões. A manobra foi inventada pelo médico estadunidense Henry Heimlich, em 1974, e pode ser praticada por qualquer pessoa.



comuns de atendimentos hospitalares, mais uma vez destaca-se a importância de pais, cuidadores e profissionais educadores tornarem-se mais informados sobre como proceder diante de situações como estas e quais as condutas corretas a serem tomadas. Destaca-se ainda a promoção de ações educativas e preventivas para toda a comunidade, buscando reduzir os índices de acidentes durante a infância, minimizando assim os traumas tanto físicos, quanto emocionais nesse período de crescimento e desenvolvimento da criança (DURÃES; TORIYAMA; MAIA, 2012).

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo, a maioria dos pais relatou conhecimento prévio em relação aos cuidados iniciais prestados em caso de obstrução das vias aéreas em crianças e o que se repetiu em relação à experiência de obstrução de vias aéreas. No entanto, esses achados mostram que a obstrução das vias aéreas é frequente e que os possíveis socorristas devem ser capacitados para uma atuação eficiente. Diante disso, é essencialmente indispensável discutir nas escolas com pais e professores sobre a obstrução de vias aéreas e capacitá-los frente à situação. Nesse contexto, apresenta-se a importância de abordar e compreender o processo de causas e condutas em casos de obstrução de vias aéreas por corpo estranho (OVACE) no ambiente escolar.

## REFERÊNCIAS

BEZERRA, M.A.R. *et al.* Acidentes domésticos em crianças: concepções práticas dos agentes comunitários de saúde. **Revista Cogitare Enfermagem**. v.19, n.4, p. 776-784, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual de primeiros socorros**. 2003.

DURÃES, M.R.P.; TORIYAMA, A.T.M.; MAIA, L.F.S. O conhecimento dos pais sobre como proceder diante de acidentes domésticos. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**. n.6, p.5-15, 2012.

FERREIRA, J.; SOUZA, T.V. Desobstrução de vias aéreas superiores em crianças menores de um ano. **Revista Enfermagem Profissional**. v.1, n.1, p.267-275, 2014.

FRANÇOSO, L. A.; MALVESTIO, M. A. Manual de prevenção de acidentes e primeiros socorros nas escolas. 3. ed. São Paulo: **CODEPPS**, p.129, 2007.

FONSECA, J.G.; OLIVEIRA, A.M.L.S.; FERREIRA, A.R. Avaliação e manejo inicial da insuficiência respiratória aguda na criança. **Revista Médica de Minas Gerais**. v. 23, n.2, p.196-203, 2013.

GAZZINELLI, M. F. C *et al.* Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.11 n.3, p. 553-571, 2013.

GOMES, L.M.X *et al.* Descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância. **O Mundo da Saúde (Online)**. v.7, p.394, 2013.

GONÇALVES, M.E.P.; CARDOSO, S.R.; RODRIGUES, A.J. Corpo estranho em via aérea. **Pulmão RJ**. v.20, n.2, p.54-58, 2011.

MAGGIOLO, J.; RUBILAR, L.; GIRARDI, G. Cuerpo extraño en la Vía aérea en pediatría. **Neumología Pediátrica.(Online)**. v.10, n.3, p.106-110, 2015.

MARTINS, C.B.G; ANDRADE, S.M. Acidentes com corpo estranho em menores de 15 anos: análise epidemiológica dos atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos Accidents With Foreign Bodies in children under. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.9, p.1983-1990, 2008.

MATSUNO, A.K. Insuficiência respiratória aguda na criança. **Revista Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v.45, n.2, p.168-184, 2012.

RAMOS, A.L.; NUNES, L.; NOGUEIRA, P.J. Fatores de risco de lesões não intencionais em ambiente doméstico/familiar em crianças. **Revista de Enfermagem Referência**, v.3, n.11, p.113-123, 2013.

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*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_27](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27)>. Acesso em: 09 de mai. 2017.

TANG, F. L *et al.* Fibrobronchoscopy treatment of foreign body aspiration in children: an experience of 5 years in Hangzhou City, china. **Journal of Pediatric**. v.41, n.1, p. 21-30, 2006.

TINOCO, V.A.; REIS, M.M.T.; FREITAS, L.N. O enfermeiro promovendo saúde como educador escolar: atuando em primeiros socorros. **Revista Transformar**. v.1, n.6, p. 104-113, 2014.

WONG, D.L. *Enfermagem pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5 ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 1999.

## ELABORAÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA PARA VISITANTES DE UMA UNIDADE DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 13/09/2021

### **Aline de Oliveira de Freitas**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Mestranda, Mestrado Acadêmico em Enfermagem  
Acarape – Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/3534758541354580>

### **Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva**

Universidade Federal do Ceará, Doutora em enfermagem  
Fortaleza – Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/8687145355143183>

### **Waldélia Maria Santos Monteiro**

Universidade Estadual do Ceará, Doutora em Saúde Coletiva  
Fortaleza – Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/1304026260028752>

### **Isabelly Gomes de Oliveira**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Mestre em Enfermagem  
Acarape – Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/9464049837643254>

### **Consuelo Helena Aires de Freitas**

Universidade Estadual do Ceará, Pós. Dra. Em Bioética e Ética Aplicada  
Fortaleza – Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/5419916284297489>

### **Lídia Rocha de Oliveira**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Mestranda em Enfermagem  
Acarape – Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/9684328247340215>

### **José Erivelton de Souza Maciel**

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Mestrando em Enfermagem  
Acarape – Ceará  
<http://lattes.cnpq.br/6769744803078115>

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi construir uma cartilha educativa voltada para visitantes de pacientes internados na Unidade de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, do Hospital Geral de Fortaleza. Para tanto, realizou-se um estudo metodológico do tipo de desenvolvimento, por meio de uma busca por conveniência, das produções científicas relacionadas à temática e análise reflexiva do material. Depois, foram elaborados os textos que compuseram a cartilha. O material construído foi intitulado: “Cartilha educativa para visitantes de uma unidade de acidente vascular cerebral”, contendo oito seções: “Apresentação”, “Você sabe o que é AVC?”, “Como evitar um AVC”, “Unidade de AVC isquêmico”, “Regras para a visita”, “Cuidados após alta hospitalar” e “Referências”. A fonte utilizada foi Times New Roman, tamanho 16 para títulos e 14 para corpo do texto. As imagens utilizadas foram coletadas do Google e Pixabay. Foi criada também, uma personagem fictícia, para permitir uma maior interação do leitor com

o texto. Concluiu-se que a construção da cartilha mostra-se relevante para a orientação de visitantes de pacientes com AVC e destaca-se o papel do enfermeiro enquanto educador em saúde ante a utilização de tecnologias educativas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acidente Vascular Cerebral; Tecnologias; Relações familiares; Cuidados de enfermagem.

## PREPARATION OF EDUCATIONAL BOOKLET FOR VISITORS OF A STROKE UNIT

**ABSTRACT:** The objective of this study was to build an educational booklet aimed at visitors of patients hospitalized in the Ischemic Stroke Unit of the General Hospital of Fortaleza. Therefore, a methodological study of the type of development was carried out, through a search for convenience, of scientific productions related to the theme and reflective analysis of the material. Then, the texts that composed the booklet were elaborated. The constructed material was entitled “Educational booklet for visitors to a stroke unit”, containing eight sections: “Presentation”, “Do you know what stroke is?”, “How to avoid a stroke”, “Ischemic Stroke Unit”, “Rules for visiting”, “Care after hospital discharge” and “References”. The font used was Times New Roman, size 16 for titles and 14 for text body. The images used were collected from Google and Pixabay. It was also created a fictional character, to allow a greater interaction of the reader with the text. It was concluded that the construction of a booklet is relevant for the orientation of visitors of patients with stroke and the role of the nurses as a health educator in the use of educational technologies.

**KEYWORDS:** Stroke; Technologies; Family relations; Nursing care.

## 11 INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) configura-se, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como um déficit neurológico atribuído a uma lesão focal aguda do sistema nervoso central, por uma causa vascular, com início rápido e súbito, ocasionada por uma interrupção do fluxo sanguíneo para áreas focais do encéfalo, podendo ocorrer nas formas isquêmica ou hemorrágica. (SACCO, 2013; COSTA, 2011)

O AVC hemorrágico é causado pela ruptura espontânea (não traumática) de um vaso, com extravazamento de sangue para o interior do cérebro e o AVC isquêmico (AVCi) ocorre pela obstrução ou redução brusca do fluxo sanguíneo em uma artéria cerebral causando falta de circulação no seu território vascular, sendo o responsável por 85% dos casos de AVC. (SBDC - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES, 2021)

Ainda segundo a SBDC (2019), os principais sintomas do AVC incluem: fraqueza ou formigamento na face, no braço ou na perna, especialmente em um lado do corpo; confusão, alteração da fala ou compreensão; alteração na visão; alteração do equilíbrio, coordenação, tontura ou alteração no andar; e dor de cabeça súbita, intensa, sem causa aparente e requerem socorro imediato.

Dados da Organização Mundial de Saúde (2018), informam que ocorreram 56,9

milhões de mortes no mundo em 2016: o acidente vascular cerebral juntamente com a doença isquêmica do coração são os maiores causadores de mortes no mundo inteiro, e tendo sido responsáveis por 15,2 milhões de óbitos no ano supracitado, o que representa aproximadamente um quarto do total. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018 ; NANTAL, 2018)

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, a patologia ainda é uma das principais causas de morte, sendo que as projeções para o ano de 2030 expressam números alarmantes, com expectativa de 18 e 23 milhões de novos casos no mundo (BRASIL, 2016) . No Ceará, segundo dados do Hospital Geral de Fortaleza (2012) , vinte mil novos casos de AVC são registrados todos os anos. Desses, 6 mil morrem e outros 6 mil ficam severamente incapacitados.

Com relação aos fatores de risco do AVC, têm-se que são: idade e sexo, história de doença vascular prévia, doenças do coração, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes, sedentarismo, dieta/obesidade e colesterol, álcool e drogas e contraceptivo hormonal oral (CHO). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES, 2021)

A despeito dos centros de atendimento de urgência aos pacientes com AVCi, segundo dados da Rede Brasil AVC, citados por Nantal e colaboradores (2018) , o Brasil possui cerca de 165 unidades de tratamento para tratamento de AVC, estando entre essas, a Unidade de AVCi do Hospital Geral de Fortaleza. (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA,2012) . Trata-se de uma unidade de tratamento intensivo para pacientes vítimas de AVCi, visando o tratamento e intervenção rápida por meio da trombólise e da trombectomia. Diante desse contexto, além da atenção voltada ao paciente crítico de AVCi, é necessário atentar para o cuidado e apoio também da família do mesmo, haja vista que hospitalização em unidades de cuidado intensivo, constitui-se em um evento vital estressor e desestabiliza física e emocionalmente toda a família (FREITAS et al., 2012; LIMA et al., 2013, citado por Reis,2016) e faz-se necessário desenvolver estratégias de enfrentamento para lidar com a situação de crise (NIEWEGLOWSKI, MORÉ, 2008; ZANETTI et al., 2013 citado por REIS, 2016).

O familiar deverá ser visualizado como um paciente, pois chega a UTI desconfiado e inseguro perante a realidade vivenciada e precisa ter a oportunidade de falar sobre a doença, seus medos, fantasias sobre a morte e expressar seus sentimentos e aprender sobre todo o contexto que envolve seu ente querido (SOUZA, 2010)

Uma das possibilidades que podem ser utilizadas para contribuir com o manejo da situação, é a construção de uma cartilha educativa. O uso crescente de materiais educativos possibilita o processo de ensino-aprendizagem por meio de interações mediadas pelo locutor (enfermeiro), paciente e família (leitor) e o material educativo escrito (OLIVEIRA et al 2014).

Os materiais educativos de forma impressa, vindo sendo utilizados como uma ferramenta de educação em saúde para tornar mais facilitado o conhecimento, esclarecer

acerca de mitos e tabus relacionados a um tema.

Para autores como Santos e colaboradores (2020), o uso da cartilha educativa, no formato impresso, pode ser especificada a população com abordagens de doenças, orientações preventivas, tipos de tratamento e autocuidado (TORRES, et al., 2009) , e que podem ser apresentadas por meio de exposição de conceitos e mensagens, perguntas e respostas ou mesmo de forma informativa.

Dessa forma, o processo de aprendizado permite ao paciente e os indivíduos ao seu redor uma leitura posterior, como forma de estimular as informações verbalizadas, serviço como norte de dúvidas em suas residências e auxiliando na tomada de decisões do cotidiano, além de que para prestar o cuidado é necessário, sobretudo preparo, tanto técnico quanto emocional. (ARAUJO, 2011)

Destaca-se ainda, nesse contexto, o papel do enfermeiro enquanto educador. Autores como Mota, (2016) e Fernandes, (2017) , citados no estudo de Farias, 2019, destacam que na prática do serviço, é sumariamente importante que o enfermeiro acolha e oriente o indivíduo e sua família em conexão com a educação em saúde de forma eficiente e eficaz visando a manutenção da qualidade de vida e desta maneira, privilegiando o desenvolvimento de competências voltadas para o autocuidado.

Assim sendo, por meio da cartilha educativa, é possível abordar temas importantes no fornecimento de informações para visitantes e familiares de pacientes com AVCi. Tal atividade mostra-se de extrema relevância, correlacionando com a experiência da especialização em terapia intensiva, principalmente para o profissional enfermeiro, tendo em vista seu papel na atuação direta ante o paciente vítima de AVCi e seu familiar, no seu papel de educador e promotor da saúde.

Dessa maneira, o objetivo do presente estudo foi elaborar uma cartilha educativa voltada para familiares/ visitantes de pacientes internados em uma unidade de AVCi.

## 2 | MÉTODO

O presente estudo tratou-se de um estudo qualitativo e uma abordagem metodológica do tipo de desenvolvimento, que foi adaptada a partir da metodologia de Echer (2005) , voltada às etapas de construção de materiais educativos para a saúde. Contudo, no presente estudo só foram desenvolvidas duas primeiras etapas: 1) Levantamento bibliográfico, onde constaram a seleção do conteúdo e organização cronológica; 2) Elaboração do material educativo, constituído pelo texto e ilustrações.

A produção da referida cartilha foi realizada em junho de 2020 a dezembro de 2020 e terá como local de aplicabilidade a Unidade de AVCi do Hospital Geral de Fortaleza, unidade referência no Ceará, de cuidados intensivos ao AVC isquêmico. A cartilha destinar-seá aos visitantes da referida unidade.

Para o levantamento bibliográfico, foi realizada uma busca por conveniência, usando

descritores “Acidente vascular cerebral”, “tecnologias”, “relações familiares” e “cuidados de enfermagem”, separados ou associados, das produções científicas relacionadas à temática, usando artigos em bases de dados nacionais e internacionais, bancos de teses e publicações do Ministério da Saúde. Em seguida, ocorreu a leitura e seleção dos materiais que continham informações relevantes, através de análise crítica dos mesmos.

Os critérios para seleção do conteúdo foram: possuir como temática o adoecimento por acidente vascular cerebral isquêmico; estar divulgado em inglês, espanhol e português; expor os principais cuidados a serem adotados pelos cuidadores familiares durante a visita hospitalar (normas da unidade, medidas de prevenção de infecções, dentre outros) e cuidados gerais com o paciente para alta hospitalar.

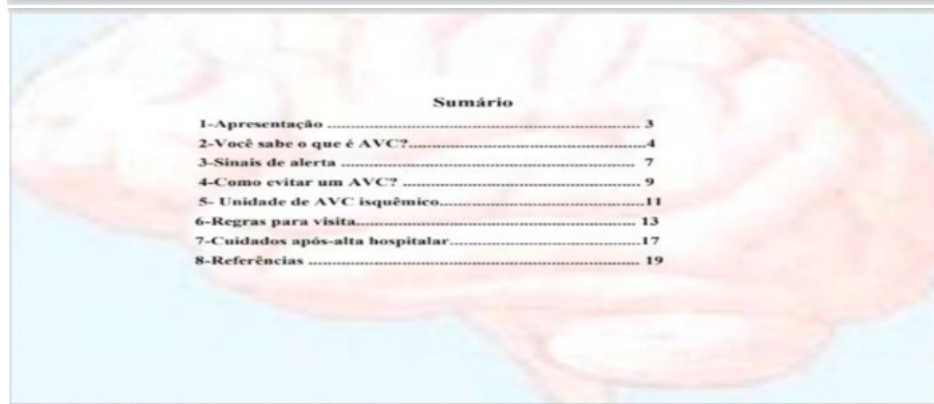
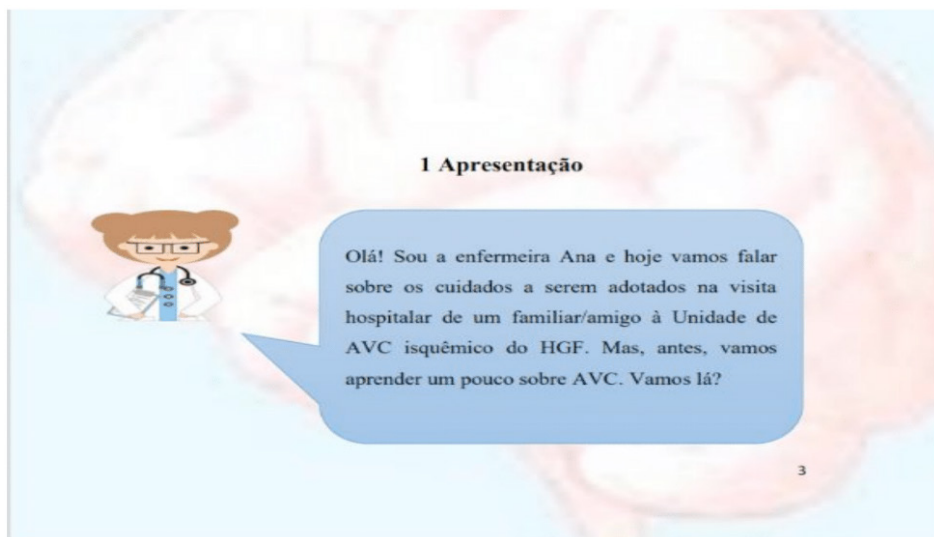
Após a leitura reflexiva do levantamento bibliográfico, foram elaborados os textos que compuseram a cartilha, os quais foram escritos de forma clara e sucinta, com o objetivo de alcançar uma linguagem acessível ao público ao qual se destina, bem como organizados de forma coerente, e adaptado, seguidas as orientações de autores como Echer (2005) , Moreira, Nóbrega e Silva (2003) e Maniva (2016) quanto a linguagem, ilustrações e layout.

### 3 | RESULTADOS

O material elaborado foi intitulado “Cartilha educativa para familiares e visitantes de uma unidade de AVC”, e abordou, em seu conteúdo, informações aos visitantes/familiares sobre a patologia e orientações consideradas importantes a serem transmitidas por ocasião da visita hospitalar.

A cartilha foi então dividida em 08 seções, a saber: Apresentação; O que é AVC; Sinais de alerta; Fatores de risco; Prevenção; A Unidade de AVC; Regras para visita; Uso de máscara; e Cuidados pós-alta. Ao todo, apresenta 22 páginas, excluindo-se elementos pré textuais, como representado na imagem abaixo.





Figuras 1, 2 e 3 –Cartilha “Orientações para familiares/visitantes

Fonte: Autoria própria. Imagens google imagens e pixabay.

É importante destacar que foi considerada a atual dinâmica do setor, sobre as medidas recomendadas na prevenção ao novo coronavírus. Assim, foi necessário inserir a seção ‘Regras para a visita’, contendo orientações sobre as principais cuidados para evitar a propagação da Covid-19.

Em seguida, foram selecionadas as figuras, utilizando o banco de imagens do *Google e site pixabay* (para a personagem) a fim de tornar o material ilustrativo e de fácil compreensão para público-alvo. Feito isso, realizou-se a formatação da cartilha e configuração das páginas. Foi utilizada ainda, uma marca d’água com imagem de cérebro, para ilustrar o tema da cartilha.

Quanto à fonte, utilizou-se a Times New Roman, tamanho 16 para os títulos e 14 para o corpo do texto, como sugerido por Echer (2005), Moreira, Nóbrega e Silva



(2003) e Maniva (2016), sem utilizar caixa alta. O espaçamento entre linhas foi de 1,5 e o alinhamento do texto, justificado.

Convém salientar que as informações contidas na cartilha foram dispostas em forma dialogada, tanto para permitir maior interação do profissional mediador com os visitantes/familiares. Para isso, foi criado um personagem fictício (enfermeira Ana), como realizado no trabalho de Maniva (2016).

Ao final da cartilha, foi deixado um espaço em branco, contendo linhas para que o leitor possa fazer anotações ou deixar suas impressões, dúvidas, e sugestões para melhoria da mesma, como sugerido por Moreira, Nóbrega e Silva (2003) e Maniva (2016).

## 4 | DISCUSSÃO

Sabe-se que, com relação à terapêutica de maior complexidade presente no cenário hospitalar, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um dos principais setores em que se centram o máximo de esforços humanos e tecnologias de cuidado, visando o pleno restabelecimento do indivíduo à sua condição normal ou ao menos a redução do agravo que o conduziu à hospitalização (FÉLIX et al, 2014; PROENÇA, 2017). Autores como Proença e colaboradores (2017) destacam que, embora os familiares tenham percebido o interesse dos profissionais de enfermagem pelo paciente, vários aspectos relacionados à orientação dada aos familiares sobre o tratamento, a UTI, problemas financeiros, entre outros.

Vivenciar a internação de um parente em uma UTI requer dos familiares a capacidade de compreender seus próprios sentimentos e elaborar estratégias para o enfrentamento do problema. É um momento de extrema vulnerabilidade em que o paciente tem seu contato reduzido com seus parentes, permanecendo integralmente sob os cuidados de uma equipe intensivista (FÉLIX et al ., 2014; PROENÇA, 2017).

Conforme Roecker et al. (2012) , mais especificamente no caso de AVC, o fato pode ser uma fonte de tensão para a família, pois envolve impacto social e econômico. Uma estratégia a ser utilizada que, portanto, pode auxiliar neste processo são os materiais educativos, a exemplo da cartilha.

Ressalta-se que a utilização de materiais educativos impressos da área da saúde é prática Comum no Sistema Único de Saúde (SUS). Manuais de cuidado em saúde, folhetos e Cartilhas são capazes de promover resultados expressivos para os participantes das Atividades educativas transdisciplinares. A contribuição desses materiais para a Promoção da saúde depende dos princípios e das formas de comunicação envolvidos nos processos de elaboração (GOMES, HOGA, REBERTE, 2012).

Em autores como Moro, (2019) , o enfermeiro é destacado como principal educador para os pacientes vitimados do AVC e sua contribuição está, principalmente, no fornecimento de informações sobre a patologia e a abordagem enfática de orientações com os cuidados individualizados, cuidados estes, que são essenciais para a diminuição do risco de eventos

adversos e complicações associadas à doença.

Nesse contexto, é importante salientar, que como educadores em saúde, os profissionais da enfermagem precisam conhecer a realidade da população e resgatar o indivíduo para participar do seu processo de cuidar. Isso pode ser feito por meio do diálogo, despertando a consciência crítica e reflexiva, para que colaborem de maneira questionadora, ativa e participativa (QUEIROGA,2017)

Já no que diz respeito a população a qual participa da educação em saúde, autores como Martins e Alvim, (2012) citados por Queiroga, 2017 , salientam que o cidadão deve assumir a posição de sujeito e não de objeto da ação profissional, optando ou não pela mudança de costumes, hábitos, atitudes e modos de pensar a vida e a saúde.

Acerca do material construído, é importante destacar ainda, que já existem outros disponíveis na Unidade de AVC do Hospital Geral de Fortaleza, porém com foco na prevenção da recorrência de AVC isquêmico, diferente deste, que tem como meta, atingir aos visitantes dos pacientes, sejam eles, familiares, amigos. Existe também na unidade, um informativo acerca das visitas, mas em forma de panfleto, desenvolvido em 2019, pela equipe Multiprofissional do setor.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com relação a construção da cartilha, buscou-se trabalhar temas considerados centrais sobre o Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, de uma maneira geral e acessível aos visitantes/familiares.

Foram trabalhadas ainda, informações voltadas para o momento da visita, desde normas da instituição/setor, até medidas de prevenção do novo Coronavírus, dada a atual situação epidemiológica na qual o Brasil e o mundo se encontram, isto tudo, assim como o restante do conteúdo, por meio da criação de um diálogo com o leitor e a criação de uma personagem.

Por meio do presente trabalho, fomenta-se o estímulo ao olhar sob o familiar e a rede de apoio e ciclo social do paciente, colocando em prática um cuidado ampliado de Enfermagem, em que se compreende a família, como peça fundamental no tratamento e recuperação de um paciente.

Ressalta-se ainda, que para realizar tal feito, a enfermagem pode e deve lançar mão de estratégias educativas, e fazer uso de tecnologias do cuidado, como a construção de materiais informativos. Percebe-se então, que se faz necessário que a vertente da educação em saúde, deve ser trabalhada já desde os primórdios da formação do profissional de enfermagem, visto que esse é um dos papéis mais demandados pelo cenário atual da atuação deste profissional, isto posto, visando romper com o viés da lógica da educação tradicional e biologicista que a área da saúde está inserida.

Acredita-se que a metodologia da cartilha, e em especial, a voltada para o paciente

com acidente vascular cerebral isquêmico, como proposta, poderá contribuir com o serviço ao qual tem como alvo, e sobretudo com os visitantes/familiares que sentir-se-ão incluídos no processo de cuidar, além de diminuir seus medos e dúvidas acerca do mundo dos cuidados intensivos, que na maioria das vezes, é visto como local que simboliza a morte e não a vida.

Espera-se que a partir deste estudo, outros possam surgir, tendo como alvo o paciente crítico e os diversos temas os quais lhe são próprios e afirma-se o compromisso de em estudo posterior, tal material ser submetido a processo de validação por meio de júris, com a finalidade de garantir maior confiabilidade em seu uso.

Como limitação do estudo, coloca-se a não validação do material, etapa considerada importante para conferir maior respaldo ao mesmo, porém, que não foi realizada no presente momento, dada o atual contexto epidemiológico de Pandemia da covid-19, no qual estamos inseridos, e que, infelizmente, tornaria o processo, inclusive de exploração de campo para contato com profissionais e especialistas, algo mais restrito.

## REFERÊNCIAS

1. ARAUJO, J.S. *et al.* O processo do cuidar/cuidado nas representações sociais de cuidadores de pacientes sequelados por acidente vascular cerebral. **Revista Enfermagem em foco (Brasília)**, v. 2, n.4, p.235-238, 2011.
2. . Acidente vascular cerebral. **Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares** 2021. Disponível em: [http://www.sbdcv.org.br/publica\\_avc.asp](http://www.sbdcv.org.br/publica_avc.asp). Acesso em 15 jan. de 2021.
3. As 10 principais causas de morte. **Organização Mundial da Saúde**. Maio de 2018. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Acesso em: 27 jun. 2018.
4. Brasil. Ministério da saúde. **Informações de saúde TABNET- Estatísticas vitais. Datasus 2016**. [internet]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em novembro de 2020.
5. COSTA, F.A.D; SILVA, D.L.A.D; ROCHA, V.M.D. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.1341-1348, 2011.
6. DE FARIAS, D.L.S.; NERY, R.N.; DE SANTANA, M.E. O enfermeiro como educador em saúde da pessoa estomizada com câncer colorretal. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n.1, p.35-39, 2018.
7. ECHER, L. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n.5, p.754-757, 2005.
8. FÉLIX, T.A. Prática da humanização na visita em unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v.3, n.2, p.143-53, 2014.
9. FERNANDES, N.C *et al.* Monitoria acadêmica e o cuidado da pessoa com estomia: relato de experiência. **Revista mineira de enfermagem**, v.19, n.2, p. 238-245, 2017.

- 10.FREITAS, K; MUSSI, F.C; MENEZES, I. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. **Escola Anna Nery**, v.16, n.4; p. 704-711, 2012.
- 11.GOOGLE IMAGENS. [enfermeiroefamilia.jpg]. [2017]. Disponível em: [https://www.google.com.br/search?q=enfermeira e família desenho](https://www.google.com.br/search?q=enfermeira+e+familia+desenho) - Pesquisa Google. Acesso em: 20 de fevereiro de 2021.
- 12.LIMA, F.A *et al.* Sons and daughters with a parent hospitalized in an Intensive Care Unit. **Estudy psychology**. v. 30, n.2,p.199-209, 2013.
- 13.MANIVA, S.J.C.F. **Elaboração e validação de tecnologia educativa sobre acidente vascular cerebral para prevenção da recorrência**. 2016. Tese de doutorado. Fortaleza, Universidade Federal do Ceará, 2016.
- 14.MARTINS, P.A.F.; ALVIM, N.; APARECIDA,T. Plano de cuidados compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural de enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, v.65, n.2, p. 368-73, 2012.
- 15.MOTA, M. S; GOMES, G.C; PETUCO, V. M. REPERCUSSIONS IN THE LIVING PROCESS OF PEOPLE WITH STOMAS. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**. 2016, v. 25, n. 1] , e1260014. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0104-070720160001260014>>.[Accessed 31 August 2021.
- 16.MOREIRA, M.F.; NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, M.I.T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.56, n.2, p.184-188, 2003.
- 17.MORO, C.K. **Plano de alta hospitalar para pacientes após acidente vascular cerebral (AVC)**. 2019. Dissertação de mestrado. Rio Grande do Sul. Universidade do vale do Rio dos Sinos, 2019.
- 18.NANTAL, A.B.S. **Internações no Sistema Único de Saúde por acidente vascular cerebral isquêmico, Brasil,2011 a 2015**. Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2018.
- 19.NIEWEGLOWSKI, .V; MORÉ, C.L.O.O. Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização. **Estudos de Psicologia**, v.25, n.1, p.111-122, 2008.
- 20.OLIVEIRA, S.C; LOPES, M.V.O; FERNANDES, A.F.C. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n.4, p. 611-620, 2014.
- 21.PIXABAY[IMAGENS. [hospital-1706646\_960\_720.png]. [2016]. Disponível em: [https://pixabay.com/pt/vectors/Hospital Saúde Profissional](https://pixabay.com/pt/vectors/Hospital+Saude+Profissional) - Gráfico vetorial grátis no Pixabay. Acesso em: 25 de fevereiro de 2021.
- 22.PROENÇA, V.M *et al.* Humanização aos familiares de paciente em cuidados intensivos. **Revista Uningá**, v.53, n.1,p. 39-44, 2017.
- 23.QUEIROGA, B.G.B. *et al.* **Atuação do enfermeiro como educador formador**. Dissertação de Mestrado.2017. Lisboa. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia. 2017.

24. REIS, L.C.C; GABARRA, L.M; MORÉ, C.L.O.O. As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. **Temas em Psicologia**, v.24, n.3, p. 815-828. 2016.
25. REBERTE, L.M.; HOGA, L.A.K.; GOMES, A.L.Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.1, p. 101-8, 2012.
26. ROECKER, S. *et al.* Family experience and adaptation stroke and role of an assistance project. **Acta Scientiarum, Health Sciences**, v. 34, p. 277-285, 2012. Disponível em: [https://Portal Regional da BVS \(bvsalud.org\)](https://Portal Regional da BVS (bvsalud.org)). Acesso em 13 de dezembro de 2020.
27. SACCO, R.L. *et al.* An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, v.44, n.7, p. 2064-2089, 2013.
28. SANTOS, S.F *et al.* Uso seguro de medicamentos em gestantes: construção e validação de uma cartilha educativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.49, p. e3274-e3274, 2020. DOI:10.25248/reas.e3274.2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/342652427\\_Uso\\_seguro\\_de\\_medicamentos\\_em\\_gestantes\\_construcao\\_e\\_validacao\\_de\\_uma\\_cartilha\\_educativa](https://www.researchgate.net/publication/342652427_Uso_seguro_de_medicamentos_em_gestantes_construcao_e_validacao_de_uma_cartilha_educativa). Acesso em: 15 ago. 2021.
29. SOUZA, T.V.; OLIVEIRA, I.C.S. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. **Escola Anna Nery**, v.14, n.3, p. 551-559, 2010.
30. TORRES, H.C, *et al.* O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n.2, p. 312-6, 2009.
31. Unidade de AVC do HGF – O atendimento que faz a diferença. **Hospital Geral de Fortaleza**, 2012. Disponível em :<http://www.hgf.ce.gov.br/index.php/component/content/article/7-instituicao/44145-unidade-de-avc-do-hgf-o-atendimento-que-faz-a-diferenca>. Acesso em: 23 out. 2020.
32. ZANETTI, T.; STUMM, E.MMF; UBESSI, L.D. Estresse e coping de familiares de pacientes em uma unidade de terapia intensiva. **Revista pesquisa e cuidados fundamentais**. v.5, n.2, p. 3608-19, 2013

# CAPÍTULO 5

## ACCIONES DE AUTOCAUIDADO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2, EN UNA ZONA RURAL DE VERACRUZ

*Data de aceite:* 01/11/2021

*Data de submissão:* 18/08/2021

### Oscar Yovani Fabian José

Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería, Campus Minatitlán. Coatzacoalcos, Veracruz  
<https://orcid.org/0000-0002-8338-055X>

### Esther Alice Jiménez Zúñiga

Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería, Campus Minatitlán. Minatitlán, Veracruz  
<https://orcid.org/0000-0002-8264-0903>

### Martha Pérez Fonseca

Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería, Campus Minatitlán. Minatitlán, Veracruz  
<https://orcid.org/0000-0002-8709-0875>

### Patricia González de la Cruz

Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería, Campus Minatitlán. Minatitlán, Veracruz  
<https://orcid.org/0000-0003-0481-8291>

### Alma Delia Santiago Mijangos

Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería, Campus Minatitlán. Minatitlán, Veracruz  
<https://orcid.org/0000-0003-3596-5526>

### Manuel Salazar Chaga

Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería, Campus Minatitlán. Minatitlán, Veracruz  
<https://orcid.org/0000-0003-4639-8459>

### Yum Sem Chiu Cruz

Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería, Campus Minatitlán. Minatitlán, Veracruz  
<https://orcid.org/0000-0002-0075-4940>

### Elia del Carmen Martínez Ruíz

Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería, Campus Minatitlán. Minatitlán, Veracruz  
<https://orcid.org/0000-0003-3493-5018>

**RESUMEN:** La diabetes tipo 2 (DT2), es una enfermedad crónica no trasmisibles (ECNT) que ha rebasado los sistemas de salud en el mundo, además del gasto elevado en las instituciones para la atención de las personas con este padecimiento y sus múltiples complicaciones. Ha generado que el enfermo y sus familias asuman un compromiso para su cuidado. El propósito del estudio fue identificar el nivel de acciones de autocuidado (AAC) de pacientes con Diabetes tipo 2 adscritos a un centro de salud de una zona rural de Veracruz. **Metodología.** Estudio descriptivo-transversal; con una población de 164 pacientes y muestra de 115, el muestreo de tipo probabilístico aleatorio simple. Instrumento: Cédula de criterios para evaluar el grado de control de la NOM-015-SSA-2010, Cuestionario Acciones de Cuidado en Diabetes (CACD) de Tooberti y Glasgow. **Resultados.** El 73.9% fueron del sexo femenino, 65.2% desempleados, 41.7% analfabetas, la media de edad de 52 años. Predominó el grado de control malo en glicemia (72.2%); de acuerdo al IMC, 67% tiene obesidad ( $\bar{x}=27.69$ ); 71.3% de las féminas mostraron alto

riesgo cardiovascular, el índice de salud mostró nivel regular (69.9%). Referente a la variable de estudio se obtuvo una media de 27.69 (DE=9.46); el 82.6% mostró nivel malo de AAC; las mujeres con porcentajes más altos (88.2%). En el análisis por grupos de edad, se obtuvo más alto puntaje en el nivel malo de AAC (93.3%) en adultos mayores. **Conclusiones.** En general existe un nivel malo de AAC de los pacientes con DT2 de la comunidad estudiada, con porcentajes más elevados en mujeres, que evidencia la necesidad de la intervención del profesional de enfermería para fortalecer las AAC y tener un control metabólico bueno que evite las complicaciones microvasculares a mediano o largo plazo.

**PALABRAS CLAVE:** Autocuidado, Estado de Salud, Diabetes tipo 2, Enfermería, Comunidad rural.

## SELF-CARE ACTIONS OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES, IN A RURAL ÁREA OF VERACRUZ

**ABSTRACT:** Diabetes mellitus type 2, is a chronic non-communicable disease that has exceeded the health systems in the world, in addition to the high expenditure in institutions for the care of people with thi disease and its multiple complications. It has generated that the patient and their families assume a commitment for their care. The purpose of the study was to identify the level of self-care actions (SCA) of patients with diabetes mellitus type 2 assigned to a health center in a rural area of Veracruz. **Methodology:** Descriptive-cross-sectional study; with a population of 164 patients and a sample of 115, simple random probability sampling. Instrument: Certificate of criteria to evaluate the degree of control of NOM-015-SSA-2010, Tooberti and Glasgow Questionnaire for Self-Care Actions in Diabetes (QCSCAD). **Results:** 73.9% were female, 65.2% unemployed, 41.7% illiterate, the mean age was 52 years. The degree of bad glycemc control predominated (72.2%); according to BMI, 67% have obesity ( $\bar{x}$  = 27.69); 71.3% of the women showed high cardiovascular risk, the health index showed a regular level (69.9%). Regarding the study variable, a mean of 27.69 (SD = 9.46) was obtained; 82.6% showed bad SCA level; women with higher percentages (88.2%). In the analysis by age groups, a higher score was obtained in the bad level of AAC (93.3%) in older adults. **Conclusions.** In general, there is a poor level of SCA in patients with DM2 in the community studied, with higher percentages in women, which shows the need for the intervention of the nursing professional to strengthen the SCA and have a good metabolic control to avoid complications microvascular in the medium or long term.

**KEYWORDS:** Self-care, Health Status, Type 2 Diabetes, Nursing, Rural Community.

## AÇÕES DE AUTOCUIDADO DE PACIENTES COM DIABETES TIPO 2, EM ÁREA RURAL DE VERACRUZ

**RESUMO:** O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) que tem ultrapassado os sistemas de saúde no mundo Além do alto gasto em instituições para o cuidado de pessoas com essa condição e suas múltiplas complicações, tem gerado que o paciente e seus familiares assumam o compromisso com o seu cuidado. O objetivo do estudo foi identificar o nível de ações de autocuidado (AAC) de pacientes com diabetes tipo 2 lotados em um centro de saúde na zona rural de Veracruz. **Metodologia.** Estudo transversal descritivo; com uma população de 164 pacientes e uma amostra de 115, amostragem

probabilística aleatória simples. Instrumento: Certificado de critérios para avaliar o grau de controle do NOM-015-SSA-2010, Questionário para Ações de Cuidado no Diabetes (QACD) dos autores Tooberti e Glasgow. **Resultados.** 73,9% eram do sexo feminino, 65,2% desempregados, 41,7% analfabetos, a média de idade foi de 52 anos. Predominou o grau de mau controle glicêmico (72,2%); de acordo com o IMC, 67% têm obesidade ( $\bar{x}$  = 27,69); 71,3% das mulheres apresentavam alto risco cardiovascular, o índice de saúde estava regular (69,9%). Em relação à variável de estudo, obteve-se média de 27,69 (DP = 9,46); 82,6% apresentaram nível de AAC ruim; mulheres com percentuais mais elevados (88,2%). Na análise por faixas etárias, obteve-se maior pontuação no nível ruim de AAC (93,3%) nos idosos. **Conclusões.** Em geral, existe um nível ruim de AAC nos pacientes com DM2 na comunidade estudada, com percentuais maiores no sexo feminino, o que mostra a necessidade da intervenção do profissional de enfermagem para fortalecer as AAC e ter um bom controle metabólico para evitar complicações microvasculares a médio ou longo prazo. **PALAVRAS-CHAVE** Autocuidado, Estado de saúde, Diabetes tipo 2, Enfermagem, Comunidade rural.

## 1 | INTRODUCIÓN

La diabetes tipo 2 (DT2) es una enfermedad crónica no trasmisible (ECNT), es una enfermedad alarmante, creciente de salud pública global y una de las principales causas de morbimortalidad y discapacidad en los adultos quienes la padecen (BELL, GEORGE, GARCÍA, DELGADO Y GEORGE 2017, p. 3039). Por ello la Organización Mundial de la Salud “lo ha denominado como la epidemia del siglo XXI” (ROBALINO, PALAZZI, CHICAIZA, ROBALINO Y PIRAY 2021 P. 14). Está problemática rebasa los sistemas de salud en el mundo, ocasionando un gasto muy elevado en las instituciones para la atención a las personas con este padecimiento y sus complicaciones; generando que el enfermo y sus familias asuman un compromiso para su cuidado.

Es una enfermedad crónica de causas múltiples, que se debe por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre, y se caracteriza en primera fase porque el organismo no puede utilizar de forma adecuada la insulina que segrega o, con el paso del tiempo, el páncreas es incapaz de producir la insulina necesaria para mantener los niveles adecuados (VIDAL Y ESMATJES 2014, p.8)

La DT2 en el mundo pasó de 30 millones de personas diagnosticadas con la enfermedad en el año 1995 a un total de 347 millones en el 2018 y 366 millones para el año 2020 (OMS, 2016 p. 25). De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (2013 p.39), México ocupa el sexto lugar a nivel mundial, de los países con mayor número de diabéticos; en América del Norte y Caribe, con 36.8 millones de personas con DT2 de los cuales México se ubica en segundo lugar. En cuanto al comportamiento de la enfermedad en el país, de 1998 al 2012 el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2013, p. 4) ha observado una tendencia hacia el incremento en un 4.7%; específicamente en el año 2012 se reportaron 418,797 pacientes diagnosticados con DT2 (lo cual representa el 0.4% de la



población mexicana), del total de la población de adultos en México.

Uno de los principales factores de riesgo para que se desarrolle, es el sobrepeso y la obesidad, afecciones que van en aumento; por su parte, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2012) estiman que, en México, Belice y Estados Unidos, aproximadamente 30% de su población tiene obesidad. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición la población masculina de 20 años y más presenta sobrepeso, afección que puede ser detonante de DT2. La prevalencia de DT2 en el estado de Veracruz, México, es una de las más altas; ocupa el tercer lugar a nivel nacional y 10.6% de veracruzanos vive con este padecimiento (ENSANUT, 2012 p.31-33)

Las magnitudes de estas cifras denotan un rebasamiento de las posibilidades del estado para la atención de este grupo de pacientes, por lo que las acciones de autocuidado (AAC) del paciente diabético es un elemento fundamental para el mantenimiento de su salud (Rosales, Bonilla, Gómez, Gómez, Pardo y Villanueva 2012, p. 74). Por su parte, Alligood y Marriner (2018, p. 201) plantean el autocuidado (AC) como el hecho de conocer y cubrir necesidades con acciones continuas, deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano; trata que las personas tengan la capacidad de razonar para comprender su estado de salud y actuar consecuentemente.

Merchán (2014, p. 22) explica la teoría de AC, como una contribución constante del individuo a su propia existencia. En ella se describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas. Está fundamentado en que el AC es una función reguladora del hombre, las personas deben deliberadamente llevar a cabo por sí solas para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El AC es definitivamente un sistema de acción, intelectualizado como una función reguladora humana ejecutada deliberadamente con cierto grado de complejidad y efectividad (OREM 1993, p. 75).

Cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. La forma del AC, de entender su significado y llevarlo a cabo forman parte de un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones, conocimientos y estrategias necesarias para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana, de esta forma lograr el desarrollo humano, orientándolo al cuidado de la vida y la salud; involucra líneas de crecimiento que propician un desarrollo integral vinculados con dimensiones emocionales, físicas, estéticas, intelectuales y trascendentales del ser, a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales (URIBE,1999 p. 110).

## 2 | METODOLOGÍA

Estudio con diseño descriptivo y transversal (Hernández, Fernández, Baptista, 2014, p. 80), con un universo de 164 personas diagnosticadas con DT2, residentes de una población rural de la zona sur de Veracruz, México; la muestra fue de 115 personas

seleccionadas a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple (PINEDA, ALVARADO Y HERNÁNDEZ 1994, p.119). El cálculo se determinó con la fórmula para poblaciones finitas con un nivel de confianza de 95%. Como criterios de inclusión se consideró: tener diagnóstico con DT2, ser residente de la comunidad estudiada, estar adscrito al centro de salud del lugar y que aceptara participar en el estudio.

Los instrumentos utilizados fueron: Cédula de datos sociodemográficos que incluye edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación actual y religión. Para los datos clínicos se evaluaron: los años de evolución de la enfermedad, presencia de alguna ECNT diferente a la DT2, circunferencia de cintura con valores apegado a la Norma Oficial Mexicana (NOM-008-SSA3-2010) para el manejo integral de la obesidad. Índice cintura-cadera (ICC) para posteriormente clasificarlos según el riesgo cardiovascular (ZARAGOZA, FERRER, CABAÑERO, HURTADO Y LAGUNA 2015, p.1669); y con la cédula de los criterios para evaluar el grado de control del paciente, considerados como metas básicas de tratamiento, emitido por el Diario Oficial de la Federación, que se enmarca en la Norma Oficial Mexicana (NOM-015-SSA2-2010) para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus. La cédula incluía glucemia capilar en ayunas, índice de masa corporal ( $\text{peso} / \text{talla}^2 = \text{kg/m}^2$ ), tensión arterial sistólica y diastólica, se muestran los valores en la tabla 1.

		Bueno	Regular	Malo
Glicemia capilar (mg/dL)		<100	110-140	>140
Tensión Arterial (mmHg)	Sistólica	<120	121-129	>130
	Diastólica	<80	81-84	>85
IMC ( $\text{kg/m}^2$ )		<25	25-27	>27
Índice de Salud		9-12	5-8	1-4
Riesgo Cardiovascular	Hombres	<0.90	0.90-0.95	>0.95
	Mujeres	<0.80	0.80-0.85	>0.85

Tabla 1. Clasificación de datos según el grado de control NOM-015-SSA-2010.

Fuente: Indicadores clínicos de la NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes

La clasificación del índice de salud, derivó del puntaje obtenido según el grado de control de los parámetros antes mencionados en cada sujeto de estudio, establecidos en la NOM-015-SSA-2010 con los siguientes puntajes: bueno 3, regular 2, y malo 1; la suma total se clasificó y evaluó de acuerdo a lo siguiente: el rango de 9-12 se considera índice de salud bueno; rango de 5-8, índice de salud regular y rango de 1-4, índice de salud malo.

Para medir las AAC se aplicó el instrumento denominado: Cuestionario de Acciones de autocuidado en Diabetes de Toobert y Glasgow (1993), el cual considera las actividades

de AC realizadas la semana anterior; dicho instrumento ha sido utilizado en población mexicana. Consta de 12 reactivos, con dos formatos de respuesta: a) opción múltiple con alternativa de cuatro y cinco opciones, y b) escala continua del cero al siete (0-7). Está integrado por cuatro sub escalas correspondientes al cuidado de la DT2: dieta, ejercicio, automonitoreo de glucosa y medicamentos; cinco de los reactivos están relacionados con la sub escala atribuidas a la dieta, tres con el ejercicio, dos para el control de glucemia capilar y dos para medicamentos prescritos como tratamiento; con un puntaje mínimo de 10 y un máximo de 63, donde el valor más alto refleja un mayor nivel de AAC, y el más bajo lo opuesto; para efectos de este estudio se consideró nivel bueno la suma del puntaje de la media más la desviación estándar, y nivel malo, los valores por debajo de estas cifras.

Para las preguntas 2, 3,4, 5, 7 y 10, las respuestas están dadas en porcentajes del 0 al 100; las preguntas 6 y 8, con ocho opciones de respuesta que van de 0 a 7. Los reactivos invertidos son 1, 4, 5 y 9 concernientes a la dieta; en aquellos pacientes que no tienen indicada insulina o hipoglucemiente oral se anulan las preguntas 11 y 12, el puntaje para cada persona varía de la siguiente manera: en los pacientes que no tienen indicado ninguna medicación, el puntaje mínimo es de 8 y el máximo de 53 y, para los que tienen prescrito alguno, el mínimo es de 9 y el máximo de 58.

Para la recolección de la información, consentimiento informado y análisis de datos: se solicitó autorización a los individuos para su participación en la investigación, explicándoles los objetivos del estudio y asegurándoles privacidad, anonimato, y confidencialidad de la información proporcionada. Se dio cumplimiento a las disposiciones establecidas requeridas en todo estudio con seres humanos (SECRETARIA DE SALUD; 1987, p.5). El llenado de los cuestionarios fue realizado por medio de entrevistas individuales en sus domicilios por los investigadores debido al bajo nivel de escolaridad de los sujetos, o bien en espacio asignado por el centro de salud de la comunidad estudiada. Para el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21, haciendo uso de estadística descriptiva a través de frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

### 3 I RESULTADOS

La confiabilidad del instrumento resultó con Alpha de Cronbach de .70, aceptable según Polit y Hungler (2000, p. 225). Respecto a los datos sociodemográficos se obtuvo que el 73.9% son mujeres, 72.2% son casados; 41.7% es analfabeta, 71.3% son desempleados y 77.4% profesan la religión católica; la media de edad de los sujetos fue de 52 años.

Respecto a los datos clínicos se encontró lo siguiente: la glicemia capilar mostró valores por arriba de lo señalado como normal ( $\bar{x}$ =199.73); la tensión arterial sistólica ( $\bar{x}$ =123.31) y la tensión diastólica ( $\bar{x}$ =76.21) mostraron cifras de normalidad. El IMC ( $\bar{x}$ =29.14, DE 5.30) revelan que los sujetos de estudio son obesos. Concerniente a la circunferencia de cintura, se encontró cifras que superan el valor normal, en ambos sexos, los masculinos

( $\bar{x}$ =96.70) y el femenino ( $\bar{x}$ =94.02), lo que denota obesidad abdominal de acuerdo a los volares de normalidad (Tabla 2).

Criterio		V <sub>min</sub>	V <sub>max</sub>	$\bar{x}$	DE
Glicemia capilar		92	572	199.73	85.65
Tensión Arterial	Sistólica	80	180	123.31	20.55
	Diastólica	57	120	76.21	11.90
IMC		19.21	61.90	29.14	5.30
Cintura	Hombres	55	123	96.70	12.86
	Mujeres	5970	120	94.02	8.70
Cadera	Hombres	59	127	99.46	12.61
	Mujeres	82	143	101.87	9.29

Tabla 2. Datos Clínicos.

Fuente: Indicadores clínicos de la NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes

En la clasificación de los parámetros clínicos obtenidos de los participantes, se evidencia un control malo en el criterio de glicemia capilar (72.2%) e IMC (67%), mientras que la tensión arterial sistólica mostró resultados muy semejantes (49.56% y 46.95%) en control bueno y malo respectivamente. En la tensión arterial diastólica predominó un control bueno (80.86%). Por otro lado, el riesgo cardiovascular obtenido fue malo en las féminas (71.3%), en comparación con los varones, en quienes el riesgo fue regular (10.4%) (Tabla 3).

		Bueno		Regular		Malo	
		f	%	f	%	f	%
Glicemia capilar		5	4.30	27	23.50	83	72.2
Tensión Arterial	Sistólica	57	49.56	4	3.49	54	46.95
	Diastólica	93	80.86	3	2.60	19	16.54
IMC		19	16.50	19	16.50	77	67.0
Riesgo Cardiovascular	Hombres	10	7.0	12	10.4	8	8.7
	Mujeres	0	0	3	2.6	82	71.3

Tabla 3. Clasificación de los criterios clínicos según el grado de control.

Fuente: Indicadores clínicos de la NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes

Clasificación de los criterios clínicos de salud, según el grado de control, prevaleció

el índice de salud regular (69.9%), en el rubro bueno fue de 26.1%, lo que permite inferir cierto nivel de autocuidado en los participantes (Tabla 4).

	<i>f</i>	%
Bueno	30	26.1
Regular	80	69.6
Malo	5	4.3

Tabla 4. Clasificación del índice de salud

Fuente: Indicadores clínicos de la NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes

Con respecto al cuestionario de AAC en diabetes que mide el nivel de AAC, se evidencia que la mayoría de los sujetos de estudio (82.6%) tienen nivel malo de AAC, respecto a un porcentaje significativo (17.4%) que obtuvo nivel bueno de AAC (Tabla 5).

	<i>f</i>	%
Bueno	20	17.4
Malo	95	82.6

Tabla 5. Nivel de acciones de autocuidado

Fuente: Cuestionario de Acciones de autocuidado em Diabetes

## 4 | DISCUSIÓN

Respecto a las variables demográficas obtenidas en este estudio, se encontró que 73.9% eran mujeres y 71.3%, desempleados; estos datos coinciden con Arias, Guevara, Paz, Valenzuela y Rivas (2015, p. 24), quienes tuvieron resultados semejantes, ya que la mayoría eran mujeres (69%) y desempleados (54.2%). Lo registrado en este estudio en relación al nivel educativo, que fue de 33.3% de primaria incompleta y 41.7% de analfabetas, difiere con resultados obtenidos por Arias, Ramírez y Bayona (2013, p.56), en donde el grado de instrucción de nivel primaria es de 47.9% y ninguna analfabeta.

En cuanto a los datos clínicos obtenidos en esta investigación, se encontró una media de 29.14 (DE=5.30) en el IMC, esto señala que la mayoría de sujetos de la muestra tiene sobrepeso y obesidad (83.5%), resultado muy similares en los valores mencionados al obtenido en el estudio de Arias et al (2015, p. 24), del cual se obtuvo una  $\bar{x}=29,57$  (DE=5.24) en el IMC y el 85.2% se clasificó con sobrepeso y obesidad. En referencia a la obesidad abdominal, la mayor parte de la muestra (95.64%) la presentó, lo que coincide con Arias et al. (2015, p.24) quienes muestran resultados altos en el rubro citado (72.1%). En cuanto al riesgo cardiovascular se encontró nivel alto en el 79% de los sujetos, acentuado en las

féminas con 71.3%; dato similar al obtenido por Lugo y Martínez (2014, p.72) quienes encontraron un riesgo muy elevado en el 69.6% de mujeres, y en el 72.9% de la muestra total (hombres y mujeres).

Los resultados del nivel de AAC de los pacientes con DT2 mostraron que la mayor parte (82.6%) presenta nivel malo de AAC; estos datos concuerdan con los obtenidos por Alcalde, Clavijo, Eugenio y Castro (2013, p. 48), cuyo mayor porcentaje corresponde a una calidad de práctica inadecuada (58%); sin embargo, difieren con el estudio realizado por Arias, et al. (2015, p.24), quienes reportaron mayor porcentaje en las prácticas de AAC buenas con 52.1%.

## 5 | CONCLUSIÓN

Prevalció un control malo de la glicemia, la mayoría de los sujetos se ubicó en situación de obesidad; las féminas mostraron un alto riesgo cardiovascular, y el índice de salud se ubicó en el nivel regular. Respecto a la variable de estudio, se vio reflejado un nivel malo de AAC, con porcentajes más altos en las mujeres; el grupo de adultos mayores obtuvo el puntaje más alto en el nivel malo de AAC. En el análisis por dimensiones, todas mostraron nivel malo de AAC, mayormente acentuada en la medicación. El llevar un buen control de la DT2, manteniendo parámetros clínicos estables evita tener complicación a mediano o largo plazo, principalmente las enfermedades microvasculares (AVILÉS, MONROIG, SOTO, LINDBERG, 2020, p. 62).

En relación al autocuidado, Orem (1993 p. 75) refiere que éste debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continua en el tiempo, en correspondencia a las necesidades de los individuos, estado de salud, características sanitarias y factores del entorno, entre otros; el bajo nivel de autocuidado de las personas estudiadas, pudiera ser resultado de su contexto social desfavorable y su patrimonio cultural.

## CONFLICTO DE INTERÉS

Negados

## REFERENCIAS

ALCALDE, Bertha et al. **Nivel de conocimiento y calidad de práctica y autocuidado en la prevención de pie diabético en adultos del Hospital Belén de Trujillo (Tesis de grado).** Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.

ALLIGOOD, Martha et al. **Modelos y Teorías de Enfermería.** 9. ed. Barcelona: Elsevier, 2018.

ARIAS, Abraham et al. Control glucémico, autocuidado y estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 residentes de Monterrey, México. **Revista Enfermería Herediana**, v. 8, n. 1, p. 24, 2015.

ARIAS, Milagros et al. **Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac (Tesis de grado)**. Escuela de Enfermería padre Luis Ttezza, Lima, Perú.

AVILÉS, Larissa et al. Current State of Diabetes Mellitus Prevalence, Awareness, Treatment, and Control in Latin America: Challenges and Innovative Solutions to Improve Health Outcomes Across the Continent. **Current Diabetes Reports**, v. 20, n. 11, p. 62, 2020.

BELL, Josefa et al. Identification of metabolic syndrome in patients with diabetes mellitus and hypertension. **Medisan**, v.21, n. 10, p. 3038-3045, 2017.

Federación Internacional de la Diabetes-IDF. Atlas de Diabetes [2013]. Disponible en: [https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302\\_133352\\_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf](https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf)

HERNÁNDEZ, Roberto et al. **Metodología de la investigación**. 6. ed. México: Mc-Graw-Hill Interamericana, 2014. [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010)

Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados nacionales [2012]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

LUGO, Alejandra et al. **Acciones de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus adscritos a un centro de salud rural (Tesis de licenciatura no publicada)**, Veracruz, México.

MERCHÁN, María. **Variables Predictoras de las Conductas de Autocuidado en las Personas con Diabetes Tipo 2 (Tesis de grado)**. Universidad de Alicante, Alicante, España.

OREM, Dorothea. **Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica**. 4. ed. Barcelona: Editorial Masson, 1993.

Organización Mundial de la Salud-OMS. Datos y cifras de la [2016]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Panamericana de la Salud-OPS. La diabetes muestra una tendencia ascendente en las Américas [2012]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7453%3Adiabetes-shows-upward-trend-in-the-americas&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7453%3Adiabetes-shows-upward-trend-in-the-americas&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=es)

PINEDA, Elia et al. **Metodología de la investigación**. 2. ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994.

POLIT, Dennise et al. **Investigación científica en ciencias de la salud**. 6. ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000.

ROBALINO GUALOTO, Raquel Sorayda et al. INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA PARA EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. **Enfermería Investiga**, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 13 - 19, ene. 2021. ISSN 2550-6692. Disponible en: <<https://revistas.uta.edu.ec/revista/index.php/enfi/article/view/1022>>. Fecha de acceso: 02 ago. 2021 doi: <http://dx.doi.org/10.31243/ei.uta.v6i1.1022.2021>.

ROSALES, Mildred et al. Factores asociado al pie diabético en pacientes ambulatorios. **Revista Salud Uninorte**. v.28, n.1, p. 65-74, 2012.

Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el manejo integral de la obesidad. México: DOF [2010]. Disponible en:

Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. México, Diario Oficial de la Federación [2010]. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5168074](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5168074)

Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación. México: Diario Oficial de la Federación, 2014. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica-SINAVE. Boletín Epidemiológico Diabetes Mellitus Tipo 2 Primer Trimestre-2013 [2013]. Disponible en: [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol\\_diabetes/dm2\\_bol1\\_2013.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_diabetes/dm2_bol1_2013.pdf)

TOOBERT, Deborah et al. Assessing diabetes self-management: The summary of diabetes self-care activities questionnaire. In C. Bradley (Ed.), **Handbook of psychology and diabetes: A guide to psychological measurement in diabetes research and practice**. Edimburgo: Harwood Academic Publishers/Gordon, 1994 pp. 351–375.

URIBE, Tulia. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. **Revista Investigación y educación en enfermería**. v.17, n.2, p. 109-118, 1999.

VIDAL, F.M. **Comprender la diabetes**. 1. ed. Barcelona: Amat, 2014.

ZARAGOZA MARTI, Ana et al. Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el estado nutricional en personas mayores. **Nutr. Hosp.**, Madrid, v. 31, n. 4, p. 1667-1674, abr. 2015. Disponible en <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112015000400029&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000400029&lng=es&nrm=iso)>. Accedido en 18 agosto 2020. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.4.8553>.



## RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE LA SEXUALIDAD A ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA CON EL PATRÓN FUNCIONAL DE SEXUALIDAD

*Data de aceite:* 01/11/2021

*Data de submissão:* 20/08/2021

### Dolores García Cerón

Facultad de Enfermería Campus Xalapa  
Universidad Veracruzana  
Xalapa Veracruz, México  
<https://orcid.org/0000-0001-6504-4643>

### Concepción Araceli Méndez Ramírez

Facultad de Enfermería Campus Xalapa  
Universidad Veracruzana  
Xalapa Veracruz, México  
<https://orcid.org/0000-0001-9076-0932>

**RESUMEN: Introducción.** El ser humano es un ser biopsicosocial, unido a su sexualidad desde su concepción hasta la muerte. La temática de la sexualidad, sigue siendo de gran interés, por diferentes intelectuales con múltiples cuestionamientos como: qué es la sexualidad humana, qué es la salud sexual, cómo es el comportamiento sexual de los jóvenes, cuál es el estado de salud sexual de los jóvenes. **Objetivo.** Valorar la sexualidad del estudiante con el patrón funcional nueve de sexualidad. **Métodos:** Estudio descriptivo, muestra no probabilística a conveniencia de 112 estudiantes de enfermería, encuesta estructurada, junio 2020. El procesamiento con SPSS 25. **Resultados:** 76.8% mujeres, 23.2% hombres, 98.2% solteros, 71% tiene vida sexual activa; El 73.3% de hombres y el 61.1% de mujeres usan métodos anticonceptivos. **Conclusión:**

El 27% y el 30% de hombres no usan métodos anticonceptivos, el 24.4% de mujeres presentan dismenorrea. Los datos encontrados requieren la participación activa de la institución educativa, para la promoción y prevención de estilos de vida saludable.

**PALABRAS CLAVES:** Valoración, Patrón funcional de sexualidad, Enfermería, Estudiantes.

### RESULTS OF THE ASSESSMENT OF SEXUALITY IN NURSING STUDENTS WITH THE FUNCTIONAL PATTERN OF SEXUALITY

**ABSTRACT: Introduction.** Humans are biopsychosocial beings, accompanied by their sexuality from their conception to their death. The topic of sexuality continues to be one of great interest by different intellectuals generating multiple questions such as: what is human sexuality, what is sexual health, what is the sexual behavior of young people, what is the state of the sexual health of young people. **Objective.** To assess the student's sexuality using functional health pattern nine of functioning sexuality. **Methods:** Descriptive study, non-probabilistic convenience sample of 112 nursing students, structured survey applied on June 2020. Processing with SPSS 25. **Results:** 76.8% women, 23.2% men, 98.2% single, 71% have an active sexual life; 73.3% of men and 61.1% of women use contraceptive methods. **Conclusion:** 27% and 30% of men do not use contraceptive methods, 24.4% of women have dysmenorrhea. The data found requires the active participation of the educational institution, for the promotion and prevention of healthy lifestyles.

**KEYWORDS:** Assessment, Functional health pattern of sexuality, Nursing, Students.

## RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SEXUALIDADE EM ESTUDANTES DE ENFERMAGEM COM O PADRÃO FUNCIONAL DE SEXUALIDADE

**RESUMO: Introdução.** O ser humano é um ser biopsicossocial, acompanhado de sua sexualidade desde a concepção até a morte. a temática da sexualidade, continua sendo de grande interesse, por diferentes intelectuais com muitos questionamentos como: O que é a sexualidad humana, o que é a saúde sexual, como é o comportamento sexual dos jovens, qual é o estado de saúde sexual dos jovens. **Alvo.** Avalie a sexualidade do aluno com o padrão funcional nove de sexualidade. **Métodos:** Estudo descritivo, amostra não probabilística de conveniência de 112 estudantes de enfermagem, inquérito estruturado, junho de 2020. Processamento com SPSS 25. **Resultados:** 76,8% mulheres, 23,2% homens, 98,2% solteiros, 71% têm vida sexual ativa; 73,3% dos homens e 61,1% das mulheres usam métodos anticoncepcionais. **Conclusão:** 27% e 30% dos homens não usam métodos anticoncepcionais, 24,4% das mulheres têm dismenorreia. Os dados encontrados requerem a participação ativa da instituição de ensino, para a promoção e prevenção de estilos de vida saudáveis.

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação, Padrão funcional da sexualidade, Enfermagem, Estudantes.

## INTRODUCCIÓN

El ser humano es un ente biopsicosocial, espiritual, unido a su sexualidad desde su concepción hasta la muerte. La sexualidad humana, a lo largo de la historia ha llamado la atención de intelectuales, artistas y la vemos expresada en obras literarias, culturales, en la política, en la economía y variadas expresiones acorde al desarrollo del individuo. Michel Foucault, en sus escritos, también aborda la historia de la sexualidad y su relación con las instituciones sociales quienes se erigen como el principal ente normativo para forjar la sexualidad que nos influye con implícitos mecanismos de dominación ideológica, para vigilarla y disciplinar la expresión genuina de la sexualidad y como una vía privilegiada para acceder al poder. (CAMPOS FERNÁNDEZ , 2010). Desde los escritos del Foucault, se pueden identificar diversos cuestionamientos en torno a la sexualidad, tales como: qué es la salud sexual qué es la sexualidad humana, cuál es grupo de edad del joven, cuántos jóvenes hay en el mundo y en México, cómo es el comportamiento sexual de los jóvenes.

En el 2006 la Organización Mundial de la Salud, definió la salud sexual como, “Un estado de bienestar físico, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o discapacidad, para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud” y se pronuncia por un “Enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales, placenteras y seguras, libre de coacción, discriminación y violencia.” (OMS, 2019). Por otro lado la Organización Panamericana de la Salud, definido la salud sexual como “la experiencia

del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad”. (OPS, 2000). En torno a la sexualidad humana la OMS refiere que, “Es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida, abarca al sexo, las identidades y los papeles de general, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.” (OMS, 2018, p. 3)

En relación al concepto de juventud, la Asamblea de Naciones Unidas, define la categoría de juventud, al grupo de adolescentes (13-19) y a los jóvenes adultos (20-24) y comenta que los problemas sociológicos, psicológicos y de salud a los que se enfrentan estos dos grupos son diferente y que aproximadamente mil millones de jóvenes viven en el mundo y que la población global de jóvenes es el 18% (ONU, 2019)

En un estudio, del comportamiento sexual de los jóvenes, de la población en Latinoamérica y el Caribe, se encuentran los siguientes datos: Una de cada nueve mujeres de 15 a 24 años, había tenido su primera relación sexual antes de los 15 años (11%). Siete de cada 10 mujeres de 15 a 24 años mantuvieron relaciones sexuales de riesgo durante el último año, sin usar preservativos. Uno de cada cinco estudiantes entre 13 y 15 años se declaraba sexualmente activos. El 16.9% de las mujeres de 20 a 24 años tuvo su primer hijo antes de cumplir los 18 años. (UNICEF, 2015)

México es un país con el 34.8% de jóvenes de 20 a 24 años y 30.1% tienen de 25 a 29 años de edad. Del comportamiento sexual de los jóvenes, El 84.5% de las mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 20 años, que viven en localidades menores a 2 500 habitantes, no utilizaron método en la primera relación, condición que es menor en las que viven en localidades de más habitantes (64.7 %). Con respecto a los métodos anticonceptivos, las adolescentes que declararon ser sexualmente activas, el 1.3% declararon no conocerlos, 39.7% no utilizan y 59.0% son usuarias actuales. (INEGI, 2018)

El condón masculino es el método más utilizado por las adolescentes sexualmente activas (38.1%), seguido del DIU, dispositivo (26.7%), el implante anticonceptivo (subdérmico) o Norplant (11.1%), las inyecciones o ampollitas anticonceptivas (10.8 %), entre otros. Un dato importante para la obtención del método, el 35.1% señalan que en una farmacia o tienda de autoservicio y 34.6% en el centro de salud u hospital de la Secretaría de Salud. (INEGI, 2018)

En un estudio realizado del Conocimiento e uso de anticonceptivos en un Centro de salud, se entrevistó a 120 adolescentes de la Delegación Tlalpan Estado de Mexico, el 65.2% refiere que utilizo el condón y que es el método que más conocía. (SÁNCHEZ MENESES, DAVILA MENDOZA e PONCE ROSAS, 2015)

Otro estudio realizado en la ciudad de México en el 2018 refiere que: El 32.7 por ciento de los entrevistados había tenido relaciones sexuales por lo menos una vez; la edad promedio de su inicio fue de 16 años para los varones y 17 para las mujeres. El 33.8 por ciento de los que han tenido relaciones sexuales declaró haber utilizado algún

anticonceptivo y los principales métodos utilizados en la primera relación sexual fueron el ritmo (36.9%), el coito interrumpido (23.6%) y el condón (12.3%). Los motivos por los que no usaron algún anticonceptivo en el último contacto sexual fueron que no creyeron embarazar o embarazarse, 27.1 por ciento, y que no planearon tener relaciones sexuales. (GARCIA BALTAZAR e FIGUEROA PEREA, 2018)

Estos resultados muestran la situación de riesgo para su salud sexual que presentan los jóvenes y el interés de los investigadores y la búsqueda de la multidisciplinariedad para plantear estrategias de solución.

La perspectiva del profesional de enfermería, es la participación del cuidado al individuo, familia y comunidad, a través de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Sustentada en posturas teóricas, modelos y estructuras conceptuales, que le permitan recrear su campo de acción como profesional de la enfermería.

Para este trabajo, se eligió la propuesta de Marjory Gordon con sus 11 patrones funcionales de salud, considerados como, configuraciones de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano biopsicosocial del individuo.

Estos patrones tienen una serie de ventajas, conduce directamente al diagnóstico enfermero, son preguntas abiertas, se realiza una valoración funcional, es una guía completa de recogida de información, pueden ser utilizados como formato de valoración, para investigar sobre patrones de salud, como forma de organizar conocimientos y como forma de organizar literatura clínica. Los patrones de salud también, pueden ser funcionales o disfuncionales. Cuando son funcionales, significa que la persona está dentro de los parámetros de salud, crecimiento y desarrollo, cuando son disfuncionales significa que hay problemas de salud y necesita medidas terapéuticas. (ÁLVAREZ SUAREZ, 2010)

En este trabajo, se utilizó el patrón funcional número nueve de sexualidad, a fin de tener un diagnóstico del estado que guarda la población estudiantil referente a su salud sexual, ya que permite conocer la percepción de la feminidad o masculinidad, la capacidad para expresar la sexualidad y lograr relaciones interpersonales satisfactorias; así como de las funciones reproductivas y su problemática. (INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO , 2019)

## **METODOLOGÍA**

Este proyecto de investigación es, un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal. La muestra, es no probabilística a conveniencia. Criterios de inclusión, estudiantes de ambos sexos, matriculados y que acepten participar en el estudio. Se construyó, una encuesta estructurada del patrón funcional número nueve de sexualidad de Marjory Gordon, en tecnología digital de Google Drive, con 14 preguntas de opción múltiple, organizado de la siguiente forma: Seis se dirigieron a ambos sexos, cinco a las mujeres y tres a los

hombres. Los datos a preguntar, giraron en torno a la edad, estado civil, vida sexual activa, uso de métodos anticonceptivos, número de embarazos, número de abortos, número de partos, dismenorrea, exploración testicular, circuncisión, contacto sexual de riesgo, acosos sexual y dificultad en las relaciones sexuales. Para el desarrollo del proyecto, se solicitó la autorización del protocolo a la dirección de la entidad y se invitó a los estudiantes de ambos sexos, a participar en el estudio, siendo 112 los que aceptaron participar, solicitándoles la firma de una carta de consentimiento informado. El estudio se realizó en el periodo febrero-junio 2019, en la Licenciatura de enfermería.

Para la recolección de la información, se dio a conocer el objetivo del estudio a los participantes, se les explicó la forma del llenado de la encuesta, que esta se encuentra en línea, el número de preguntas, que son de opción múltiple, y unas son dirigidas a ambos sexos. Mediante WhatsApp se proporcionó el link de la encuesta. El procesamiento de la información se realizó con el paquete estadístico SPSS 25 para Windows, se utilizó la estadística descriptiva, mediante porcentajes y gráficos, para la descripción de los resultados.

En relación a las consideraciones éticas, el presente trabajo de investigación se realizó bajo los principios éticos que emanan de la 18ª Asamblea de la Asociación Médica Mundial adoptó la Declaración de Helsinki, cuya revisión más reciente tuvo lugar en 1989 (en la 41ª Asamblea, realizada en Hong Kong) que define pautas éticas para la investigación en seres humanos. (ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, 1989)

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17: esta investigación se considera sin riesgo; y, de acuerdo al Artículo 23 en caso de investigaciones sin riesgo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado. Sin embargo, se solicitó la autorización del estudiante, mediante firma de consentimiento informado.

## RESULTADOS

Los resultados se presentan en tres grupos: Población total, población de mujeres y población de hombres.

Se estudiaron a 112 estudiantes de los cuales, el 76.8% (86) son mujeres y, el 23.2% (26) son hombres. La edad promedio es de 20.07 años con una desviación estándar de 1.8 años, el 98.2% son solteros y el 1.8%. en unión libre, el 8,7% de la población, considera que tiene contacto sexual de riesgo, el 4.3% refiere tener acoso sexual y dificultad en las relaciones sexuales. El 71% de los estudiantes afirma que tiene vida sexual activa, y el 29% refieren no la ha iniciado. La siguiente gráfica muestra la edad en que iniciaron su vida sexual

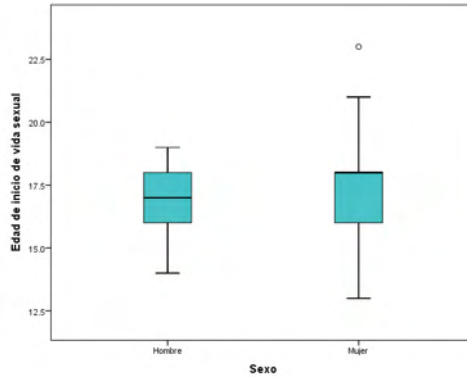


Figura 1. Edad de inicio de vida sexual

En la figura se observa, que la edad en que iniciaron su vida sexual los estudiantes, es muy similar en ambos sexos. La edad promedio de inicio de vida sexual para los hombres es de 16.7 años con una desviación de 1.3 años, siendo 14 la edad mínima y 19 la edad máxima; mientras que para las mujeres es de 17.3 años con una desviación estándar de 1.8 años, la mínima de 13 y la máxima de 23 años.

Algunos resultados para las mujeres son: el 69.1% prefiere usar los métodos anticonceptivos, mientras que el 30.9% no los usa, el 92.9% no se ha embarazado, el 7.1% ha tenido un embarazo. En relación a los abortos, el 94.1% ninguno y el 5.1% sí ha presentado un aborto. Referente a partos, el 97.6% no ha tenido y el 2.4% con un parto. De este grupo de mujeres el 24.4% presenta dismenorrea severa.

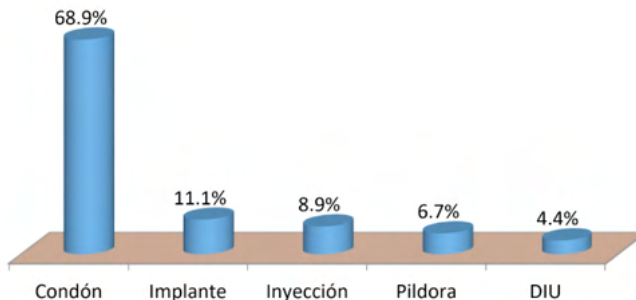


Figura 2. Métodos anticonceptivos usados por las mujeres.

De las 60 mujeres que afirmaron tener vida sexual activa, el 68.9% utiliza el condón, el 11.1% utiliza el implante y, en menores proporciones otros métodos

En el grupo de los hombres, el 73,3% usa métodos anticonceptivos y el 26.7% no los usa. En relación a la exploración testicular, el 67.9% refiere no realizar y el 32.1% sí. Con respecto a la circuncisión, el 77.4% no tiene, y el 22.6% sí. El 95.6% de los hombres

afirmaron usar el condón como método anticonceptivo.

## CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos, de los estudiantes de la licenciatura en enfermería, muestran que están en el rango de la edad considerado como jóvenes adultos. La edad en que iniciaron su vida sexual en promedio es mayor de 15 años. El método anticonceptivo de mayor uso es el condón tanto para las mujeres como para los hombres. Tres de cada 10 estudiantes dijeron que no usan ningún método anticonceptivo, esto es foco rojo para la atención en la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Los datos de riesgo de la sexualidad de los estudiantes, deben ser conocidos por los directivos y docentes de la entidad académica, para la búsqueda de alternativas de solución y diseño de Plan de atención y prevención de problemas en torno al comportamiento sexual que viven los estudiantes.

La construcción del instrumento en formato digital, permitió abarcar a un gran número de estudiantes para la recolección de la información, con un bajo costo y despertó el interés de la población en estudio, ante la novedad de contestar el instrumento con la innovación tecnológica. A los integrantes del equipo de investigación y profesionales ayudo a la involucración del trabajo grupal y la generación de conocimiento científico.

## REFERENCIAS

ÁLVAREZ SUAREZ, J. L. **Manual de valoración de patrones funcionales. Asturias España: Servicios de salud.** Asturias España. 2010.

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. **Declaratoria de la Asociación Médica Mundial sobre el uso de animales en la Investigación Biomédica.** México. 1989.

CAMPOS FERNÁNDEZ, E. **Reseña “historia de la sexualidad 1: la voluntad del saber de Michel Foucault.** Caracas Venezuela. 2010.

GARCIA BALTAZAR, J.; FIGUEROA PEREA, J. G. **Practica anticonceptiva en adolescentes y jovenes del área metropolitana de la ciudad de México.** México. 2018.

INEGI. **Encuesta nacional demografica.** Mexico. 2018.

INEGI. **Etidisticas a proposito del dia internacional de la juventud(12 de agosto)datos nacionales.** Mexico. 2018.

INEGI. **Encuesta Nacional de la Dinámica de la población.** México. 2019.

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO. **Patrones funcionales.** Mexico. 2019.

OMS. **La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo.** Argentina. 2018.

OMS. **Salud Sexual.** México. 2019.

OMS. **Salud sexual y reproductiva.** México. 2019.

ONU. **Las Naciones Unidas y la juventud.** México. 2019.

OPS. **promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción.** Antigua Guatemala. 2000.

SÁNCHEZ MENESES, M.; DAVILA MENDOZA, R.; PONCE ROSAS, E. **Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud.** México. 2015.

UNICEF. **Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en America Latina y el Caribe a Partir de evidencia cuantitativa reciente.** Panama. 2015.



## A PARTEIRA E O PARTEIRO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE: RE-SIGNIFICADOS DO PARTEJAR

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 09/08/2021

**Mirian Gomes de Lima**

Universidade Federal de Pernambuco - Centro  
Acadêmico de Vitória  
Vitória de Santo Antão - Pernambuco  
<http://lattes.cnpq.br/4734118267592782>

**RESUMO:** Este artigo traz vários elementos que compõem a saúde materno infantil, seus atores, papéis, locais de atuação e nuances de relações de trabalho. O foco foi direcionado para uma parteira e um parteiro de Vitória de Santo Antão -PE. Com o advento da implantação da tecnologia na saúde, o avanço da medicina na área obstétrica, e outros vastos fatores fizeram com que o parto e o nascimento, migrassem do domicílio para o hospital. Diante desse cenário, este artigo investigou através de entrevistas semiestruturadas qual o entendimento dos entrevistados e suas histórias de vida com o partejar através de uma perspectiva da enfermagem. A partir das análises de conteúdo das entrevistas, foi possível constatar que a presença da parteira e do parteiro foram fundamentais para minimizar a lacuna do Estado na Saúde Materno Infantil, de VSA e que a enfermagem norteou suas ações, dentro e fora do ambiente hospitalar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Parteira (o). Assistência ao Parto. Enfermagem.

### MIDWIVES AND MIDWIVES OF VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE: RE-MEANINGS OF MIDWIFERY

**ABSTRACT:** This article brings several elements that make up maternal and child health, its actors, roles, places of action and nuances of work relationships. We focus on reports from a midwife and a midwife from Vitória de Santo Antão -PE. However, with the advent of the implementation of technology in health, the advance of medicine in the obstetric area, and other vast factors, labor and birth migrated from home to the hospital. Through semi-structured interviews, we present the interviewees' understanding and their life stories with midwifery and with the bias of nursing. The analysis of results was carried out through the obtained contents. It was evident that both were important to minimize the State's gap in Maternal and Child Health, VSA, nursing guided their actions and the work relationships were hospital.

**KEYWORDS:** Midwife (o). Delivery assistance. Nursing.

### 1 | INTRODUÇÃO

Sob a perspectiva histórica, até o final do século XIX, os atendimentos obstétricos eram majoritariamente em domicílios, realizados em sua maioria por parteiras. O cuidado no partejar prestado por parteiras é permeado por uma atitude amorosa, no qual busca um ambiente acolhedor, onde o partejar respeita a fisiologia do corpo da mulher, promove o cuidado do

recém-nascido, evitando intervenções inadequadas e desnecessárias. Detentoras de conhecimento empírico, que através do toque com as mãos, possibilitam a vinda de um ser à vida. O parir e o nascer são cercados de costumes, saberes e fazeres, transmitidos entre gerações, e constituem parte do patrimônio cultural de nossa sociedade (LIMA, 2018; MELO; GAYOSO, 2013).

Para o Ministério da Saúde brasileiro parteira (o) tradicional é aquela (e) que atende ao parto domiciliar na comunidade que reside e é reconhecida (o) onde mora por Parteira (o). Seu aprendizado se dá geralmente por Parteiros Tradicionais da sua família ou da comunidade (BRASIL, 2010). A atuação de parteiras ocorre principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país, nas áreas rurais, ribeirinhas e de difícil acesso, atuando junto a populações dos territórios de quilombolas e indígenas. Em Pernambuco, 70% das cidades registraram atuação de parteiras, contando com 706 parteiras cadastradas e destas, 477 (67,56%) passaram por processo de capacitação (CUNHA, 2012; PERNAMBUCO, 2017; TORNQUIST, 2005). No município de Santana, as parteiras recebem o “bolsa parteira”, iniciativa do governo do Amapá, correspondendo à R\$150,00 (cento e cinquenta reais) mensais (GUSMAN, et al. 2015; CARDOSO, 2019). Demonstrando dessa forma, a desvalia que essa ocupação carrega, se perdeu no tempo e espaço, foram confinadas em lugar nostálgico.

Nesse sentido foi possível observar que há um hiato na história, que ainda é pouco estudado nas universidades que se refere a não inserção das parteiras no âmbito do SUS e o desamparo dessa ocupação pela legislação brasileira. Essa ocupação raramente é reconhecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e esse não reconhecimento institucional impossibilitou, por exemplo, a criação de sindicatos, admissão por concursos públicos e outras formas de contratação e inclusão nos serviços de saúde.

A migração do parto do ambiente domiciliar para o hospital, ocorreu justamente em pleno desenvolvimento tecnológico, repercutindo no mundo do trabalho e em suas relações; porém, tal desenvolvimento no setor saúde, é complexo e necessário. Neto (2012) traz o conceito de hospital citando George Rosen, 1979 p. 577, “O hospital para ser compreendido, deve ser visto como um órgão da sociedade, partilhando suas características, mudando de acordo com as transformações da sociedade da qual faz parte e levando para o futuro provas de seu passado”. Nesse contexto, com os novos recursos terapêuticos e todo arsenal obstétrico, houve a migração do partear para o contexto hospitalar, possibilitando a inserção da enfermagem e suas práticas obstétricas, sendo, o núcleo de sua atuação, a gestação de baixo risco e a identificação precoce do risco. (ANGULO-TUESTA et al; D'ORSI ,et al, 2005).

Diante desse cenário, a cidade de Vitória de Santo Antão (VSA) foi escolhida para ser a unidade territorial da pesquisa, pois na década de 80 as parteiras foram homenageadas com nome de ruas e também pela ausência de dados oficiais das atividades de parteiras/ parteiros em VSA.

Dessa forma, espera-se, com essa pesquisa, provocar discussões, em busca de respostas equilibradas, a respeito da desvalia atemporal em que as parteiras (os), tornaram-se invisíveis na saúde pública materno infantil, uma vez que, tinham postos de trabalho ocupados.

## 2 | OBJETIVOS

Este artigo objetiva investigar as histórias das parteiras de Vitória de Santo Antão - PE, a partir das narrativas de uma parteira e um parteiro que atuam no cenário hospitalar do município, na área de enfermagem, imbuídos de saberes tradicionais, na tentativa de compreender as influências dos saberes tradicionais às práticas de partejar e de entender a invisibilidade da categoria parteira na saúde materno infantil.

## 3 | METODOLOGIA

### 3.1 Tipo de Pesquisa

A pesquisa exploratória, com metodologia qualitativa, foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas.

A entrevista qualitativa fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. O objetivo é uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos. Propiciando ao pesquisador, ver o mundo através “dos olhos dos pesquisados” (GASKELL, 2015; GOLDENBERG, 1999).

A história de vida permite obter informações na essência subjetiva da vida de uma pessoa. Se quisermos saber a experiência e perspectiva de um indivíduo, não há melhor caminho do que obter estas informações através da própria voz da pessoa. O método utiliza-se das trajetórias pessoais no âmbito das relações humanas. Busca conhecer as informações contidas na vida pessoal de um ou de vários informantes, fornecendo uma riqueza de detalhes sobre o tema. Dá-se ao sujeito liberdade para dissertar livremente sobre uma experiência pessoal em relação ao que está sendo indagado pelo entrevistador (SANTOS, 2008).

### 3.2 Local do Estudo

Realizado na cidade de Vitória de Santo Antão (VSA) na região da zona da mata (mata centro) de Pernambuco, situada a 49 quilômetros da capital, Recife. A assistência obstétrica de VSA é composta por 2 maternidades conveniadas ao SUS que atendem a microrregião formada por 05 municípios: Chã de Alegria, Chã Grande, Pombos, Glória do Goitá e Vitória de Santo Antão, além de outros municípios do estado e de estados vizinhos.

### 3.3 Participantes

A pesquisa foi realizada com pessoas detentoras de conhecimento (uma parteira e um parteiro) em relação ao ato de partear na cidade de Vitória de Santo Antão/PE.

Os critérios de inclusão foram baseados em parteiras e ou parteiros atuantes na cidade de Vitória de Santo Antão há mais de um ano e os de exclusão foram parteiras ou parteiros que atuam exclusivamente em outros municípios e menores de 18 anos.

### 3.4 Coleta de dados e material

A coleta de dados ocorreu através de entrevistas semiestruturadas que abordam histórias de vida e experiências relacionadas com o partear. Os materiais que foram utilizados foram papel, caneta, e o gravador do celular, para captar as narrativas e suas entrelinhas.

Logo após o parecer de autorização da Comissão de Ética em Pesquisa - CEP, os colaboradores foram contatados e as primeiras entrevistas agendadas para os dias 02 de setembro e 23 de outubro de 2018. As entrevistas foram iniciadas após a leitura e concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram realizadas 2 entrevistas com cada um dos colaboradores com duração aproximada de 30 minutos, cada. Após as entrevistas, foram realizadas as transcrições na íntegra das gravações e iniciada a fase de análise dos resultados. Em julho de 2021, a pesquisa foi atualizada quanto ao referencial teórico.

### 3.5 Forma de análise dos dados

Os dados foram avaliados com base na proposta da metodologia de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2011). Como forma de simplificação desse método, dado o tempo disponível para análise, foram realizadas leituras e escutas sistemática das entrevistas e seleção de eixos temáticos comuns para posterior elaboração dos conteúdos latentes nas falas dos entrevistados.

### 3.6 Considerações éticas

A pesquisa foi norteada segundo dispõe a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre as recomendações éticas em pesquisa que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob nº CAAE 94117718.5.0000.5208 e parecer nº 2.830.341.

## 4 | ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS E PERFIS DOS ENTREVISTADOS

Os entrevistados pareceram à vontade com o procedimento da entrevista. Ambos

descreveram as experiências dentro e fora do hospital, as quais podem ser consideradas relatos de experiências inusitadas, correlacionando práticas do partejar com a enfermagem.

Características e experiências da entrevistada Zeza<sup>1</sup>: extrovertida, vitoriense, 59 anos, ela e os 7 irmãos nasceram através sob os cuidados de parteira, formada em técnica em enfermagem, mãe, casada. Adentrou para o campo do partejar por gostar de ajudar pessoas doentes, teve contatos com parteiras, mas só assistiu os partos no campo de estágio. Partejou em domicílio ocasionalmente, primeira experiência aos 21 anos. Em uma década, que ela não soube mensurar, fez curso com duração de 1 ano, de Treinamento de Parto, pela SES, em Recife, por trabalhar na sala de parto, na unidade de saúde que trabalha até hoje.

Característica e experiência do entrevistado Félix<sup>2</sup>: um pouco mais introspectivo, vitoriense, 63 anos. Ele e os seis irmãos nasceram sob os cuidados da parteira. Formado em técnico em enfermagem e graduado em serviço social. Iniciou suas experiências como parteiro entre 18 e 19 anos, em sua casa, com sua irmã que estava prestes a parir e não deu para esperar a parteira. No ano passado, fez curso com duração de 1 ano, de Treinamento de Parto, pela SES, em Recife, por trabalhar na sala de parto, na unidade de saúde que trabalha até hoje.

#### 4.1 Qualificação do Trabalhador de Saúde/ Feminização

Um ponto interessante e relevante, é que o “saber” das parteiras, diante de um parto de baixo risco, se enquadra no que para Campos e colaboradores (2012) , trazem, quando conceitua a formação de profissionais de saúde: baseia-se no elemento humano - ou seja, na sua capacidade de agir, refletir, colocar-se no lugar das pessoas que recebem seus cuidados e entender os determinantes do processo saúde - doença em seu dinamismo e sua complexidade.

A abordagem de Gusman et tal. (2015), sobre articulação de saberes proporcionadas pelo PTPT<sup>3</sup>, iniciado em 2000, está correlacionada com as estratégias adotadas para prestigiar a troca de saberes das parteira tradicional e o saber biomédico, no intuito de reduzir a mortalidade materna e provocar reflexões na possibilidade de inserção de parteiras tradicionais no SUS. A fala de Félix, demonstra a atuação do referido Programa:

{...} recebemos dois materiais de parto (kit), com a maletinha, naquele tempo, ferver na água quente, estava esterilizado, fazia um parto água quente, enrolava na flanela." (Félix)

Todavia, houve outra ação do governo, desta vez com a denominação Rede Cegonha instituída em 2011, no âmbito do SUS, visando garantir a qualidade do acompanhamento pré - natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, consiste numa

1 Nome fictício para manter a integridade da entrevistada;

2 Nome fictício para manter a integridade do entrevistado;

3 Programa trabalhando com Parteiras tradicionais (2000-2010) (BRASIL, 2010).

rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo , dando direito a criança ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Distribuição de kit contendo materiais para o parto como também, material para reanimação neonatal (balão auto inflável com válvula reguladora, máscaras para balão, bulbo ou pera de borracha), salientando que haviam 3 tipos de kits para UBS, para as parteiras e para as gestantes.

Essas ações fortalecem o saber de parteiras, porém não foi o suficiente para inserir definitivamente elas no SUS (BRASIL, 2010). Com o movimento da Reforma Sanitária no Brasil, e com a implementação do SUS, a formação de profissionais de saúde é essencial e importante no desenvolvimento e na manutenção de um sistema de saúde. Porém, torna-se necessário observar a extensão e condições do emprego (trabalho), as dinâmicas regionais, as ofertas de serviços, a composição de equipe, o nível de assalariamento, entre outras questões (BUSS, 2002).

Sabendo disto, e não, rompendo integralmente com os paradigmas relativos ao conhecimento, seja profissional ou por categoria, temos no rol dos trabalhadores de saúde, as parteiras “tradicionais”. E até hoje , não atingiram sua completude, espelhando precarização do trabalho e falta de compromisso nas políticas de saúde e nas responsabilidades sociais.

A escolha por um “parteiro” na pesquisa, foi devido a raridade da presença do sexo masculino, tanto no partejar quanto na outra função do mesmo, técnico de enfermagem. Ambas, são historicamente ocupadas por mulheres, de certa forma, cuidar é uma ação identitária feminina que transcende o espaço do trabalho. Como pontua Lopes (2005), partindo do processo de feminização da enfermagem como fato histórico, pode-se associar o cuidado de saúde aos processos de reorganização técnica, administrativa e política das instituições de saúde, particularmente hospitalares (FEDERICI, 2017; MAIA, 2010).

## **4.2 Influência de Saberes/Culturas Tradicionais/Benefícios Legais**

As plantas medicinais, estão presentes no dia a dia dos nordestinos, vários estudos acadêmicos abordam o tema. Apesar dessa realidade, os dois entrevistados não faziam uso das mesmas.

O uso destas plantas são consideradas e difundidas mundialmente como práticas artesanais e que para comprovar suas eficácias precisam de pesquisas científicas laboratoriais, conseqüentemente investimentos na valorização porém esse cuidado varia de acordo com o contexto social, cultural e histórico de cada sociedade (ARAÚJO, MACHADO, 2016; FABRIZIO, 2014).

O ato de partejar , envolve significados que variam de acordo com as crenças, como mostrou Fleischer (2007, p.161), “As parteiras alegavam que haviam recebido seu dom pelo que denominavam de Treinamento de Deus {...}”.

Os entrevistados descreveram várias situações vinculadas à espiritualidade. Apesar de viverem em área urbana de VSA, atendiam gestantes e suas famílias nos dois estratos

rural e urbano.

Zeza e Félix narraram que pediam proteção divina antes de partejar:

"Eu pedia muito a Deus e a Nossa Senhora do Bom Parto, que me ajudasse naquele horário do parto" ( Zeza).

"É poder de Deus que dá a gente, aprender e ver que não dá pra nascer, era uma coisa tão incrível." (Félix)

No contexto geral da parturição domiciliar, o pagamento pelos serviços prestados, são "presentes" ou bolsa "parteira", provocando desvalia e iniquidades dentro do campo da saúde pública (FABRIZZIO, 2014). Já consta registro de insatisfações sobre essa bagatela, mas sem sucesso e nenhuma proposta governamental (GUSMAN, et al., 2015). As narrativas abaixo, demonstram que ocorreu "o trabalho vivo em ato" a produção do cuidado, sem a proteção das leis trabalhistas:

"Nunca ganhava nada em dinheiro, ganhava em presentes, às vezes tinha que alugar um carro para levar (galinha, frutas, macaxeira)." (Zeza).

"Nunca recebi dinheiro, recebia camisas, galinha, ovos, pacotes de cigarros (naquela época eu fumava), recebia presente dentro e fora do hospital." (Félix)

A importância do cuidar é significativa e relevante para a parteira e para a enfermagem, portanto deveria ter o mesmo tratamento com relação aos direitos trabalhistas; como bem disse Garrafa (2012), a efetiva implementação do SUS, esbarra na implementação prática das conquistas legais, ou seja, significa definitivamente, adicionar aos comportamentos públicos o progresso moral já presente na legislação.

Está discussão, tem o intento de evidenciar que parteira/enfermagem, são contempladas com as mesmas legislações, desde os primórdios de 1946, onde a parteira foi nomeada como "Parteira Prática", e a enfermagem de "Prático de Enfermagem" conforme o Decreto - Lei 8.778/1946, revigorado pela Lei nº 3.640/59 e a Lei nº 7.498/86; a Constituição de 88, estabeleceu novos parâmetros para as relações de trabalho no serviço público, como isonomia salarial (garantia de salários iguais para exercício de cargos de igual complexidade ou atribuições).

Para exemplificar melhor, atualmente a categoria da enfermagem, está pleiteando através dos seus conselhos a nível estadual e federal, piso salarial condizente com a importância da categoria para a Saúde Pública, reconhecida principalmente em tempos atuais, pela mídia e população com o advento da Pandemia provocada pelo novo Coronavírus 2019; tais conselhos junto com o legislativo prepararam o Projeto de Lei nº 2.564/20, que atualmente está no Senado Federal, para votação. Salientando que, toda essa movimentação, essa busca por reconhecimento a nível de direitos trabalhistas, todos eles, citam parteiras.

Outro aspecto a se considerar, quanto ao referido impasse; o mesmo teria ocorrido se se as parteiras (o), tivessem representatividade sindical/associação; como se deu no

final da década de 70, em que os trabalhadores do setor público reforçaram sua presença no cenário político do país, transformando suas organizações - geralmente assistencial e recreativo - para sindical; e atuaram durante o processo Constituinte nos anos 80, garantindo direitos até hoje vigentes.

Portanto, ainda há tempo para reparar tal desvalia, buscando fazer um movimento convocando organizações não governamentais, instituições públicas e tantos outros atores vinculados às intuições acadêmicas, que projetam em seus artigos e trabalhos científicos parteiras como personagens de histórias, no entanto, elas são do passado e estão presente; atuando nas periferias brasileiras por necessidade da população perante as iniquidades da saúde materno infantil ou por tradição da população.

Investigar essa questão é necessário, pois as mesmas têm Código Brasileiro de Ocupações - CBO (CBO - 202), sob nº 5151 - 15, como Parteira Prática e tantos outros pré requisitos para elevação de "categoria" de parteiras para "profissionais" parteiras; no sentido das mesmas serem incluídas no SUS e assim essa conquista deixaria de ser considerada longínqua para ser real e as parteiras deixariam de ser personagens para trabalhadoras da saúde (COSTA, 2007; PERNAMBUCO, 2017).

### 4.3 Práticas no ambiente hospitalar/ Novas Tecnologias

Pelos relatos dos entrevistados, quando se falava em partejar os olhos de ambos brilhavam, e demonstravam a saudade de tempos idos, da época em que: *“os meninos dela eram tudo feito em casa”, “{...} que ela me ajudasse, que ela me obedecesse, fizesse tudo que eu mandasse direitinho, não se aperriasse e tantas e outras peculiaridades da hora do “aperreio de buchuda”*. Foi nesse contexto, de aptidão mantida pelo elo natural da vida, que ao indagar aos entrevistados soube a possibilidade de inserção no SUS, como parteira e parteiro, eles não relutam em responder:

“Eu ia ser a primeira a querer ser parteira, acho a coisa mais linda do mundo fazer um parto, muito bonito, é assim àquela sensação que a gente tá vendo aquela alegria daquele bebê vir ao mundo”. (Zeza)

Eu voltaria à tona, pode fazer parto, com certeza eu voltaria.” (Félix)

Várias medidas de intervenções públicas, voltadas para a melhoria da situação sanitária ocorreram no país, Teixeira (2012) pontua, a importância das mesmas, uma vez que, visa registrar dados que geram decisão - ação; salientando que as mesmas vem sendo constantemente atualizadas. Essa atualização ocorre através de formulários que compõem os diversos segmentos do SUS, um deles é a Declaração de Nascidos Vivos - DNV, documento padrão instituído em 2009, visando alimentar o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - (SINASC). (BRASIL, 2009). A DNV foi citada, por Félix, sob dois aspectos sociais, o da hospitalização relacionado à saúde, que iriam ocorrer através dos médicos obstetras:

“{...} hoje em dia com os médicos obstetras, acabou isso. E com a DNV, muitas



coisas a gente fazia em casa. No cartório, na prefeitura já nos conhecia, como parteiro. "(Félix).

O outro aspecto significativo está vinculado ao direito da criança e adolescente:

"Você vê, {...} melhorou, naquele tempo não tinha esse negócio de DNV, menino nascia em casa, dava, outra pessoa {...} melhorou mil por cento, você quer um filho que uma doação {...} vá pra justiça." (Félix)

Félix abordou esse tema, ele que além da formação na área de enfermagem é graduado em Serviço Social; a adoção, foi pontuada num estudo realizado em duas maternidades do Rio Grande do Sul - Brasil, onde Faraj e colaboradores, 2016, trouxeram a questão da adoção e o quão é iminente essa discussão a nível nacional, no intuito de fornecer aos profissionais da saúde embasamento teórico nas práticas realizadas em maternidade.

Traz também, que documentos registram desinteresse das mães para com os filhos; Nesse contexto, Ariès (1981, apud FARAJ, et al. 2016) aponta que outras mulheres, especialmente as chamadas "amas de leite" e as parteiras, eram responsáveis pelos cuidados e pela preservação da infância. Sendo assim, além das legislações de proteção das crianças e adolescentes, a DNV possibilita segurança e proteção para todos envolvidos nesta complexa questão.

Nesse sentido, percebe -se que com a modernidade, a ocupação de parteira começou a sofrer declínio, além dessas normativas, o que contribuiu para tal ; foi a instrumentação do parto e apropriação pelo saber biomédico, ambos, permeados pela institucionalização da enfermagem como profissão.

Conforme Peduzzi (2002), a enfermagem é caracterizada, dentre outros aspectos, pela divisão do trabalho que configura diversos agentes da enfermagem.No Brasil, a divisão interna da enfermagem dá origem às várias modalidades de trabalho: auxiliar, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, atendente de enfermagem, entre outras.

Durante o século XIX, ocorreram sucessivas inovações acompanhadas de extraordinário progresso científico e tecnológico em diversos campos do conhecimento, a medicina conquista de vez a legitimidade social, e o modelo de atenção tem como base o hospital. Em relação à saúde materno infantil, os obstetras passaram a empreender campanhas para transformar o parto em um evento controlado por eles e circunscrito às maternidades. Em 1906, o hormônio ocitocina produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise, foi sintetizado por um britânico, fabricado e exportado para vários países, cuja função é induzir e/ ou acelerar os nascimentos ( NUCCI, 2020). Tais práticas obstétricas, atende a pressão por novas internações e a conveniência da equipe, que tenta " resolver todos os casos" antes do próximo plantão.

No Brasil, após o golpe militar de 1964, a assistência médica priorizou as construções de hospitais especializados, chamada de Modelo hospitalocêntrico, símbolo de prestígio profissional, sofisticação tecnológica, conforto e segurança para paciente, investindo na cura

e relegando a promoção da saúde e prevenção de doenças, que deveriam ser estratégias da atenção básica (D'ORSI, et al. 2005; MAIA, 2010; NETO, 2012; RUSSO, NUCCI, 2020).

#### 4.4 Trabalhar como Parteira(o) em Vitória de Santo Antão do tempo do menino feito em casa pra era da hospitalização

Versos extraídos do Cordel “Trabalhar como Parteira (o) em Vitória de Santo Antão do tempo do menino feito em casa pra era da hospitalização”, de Lima (2018):

“A história envolve, coragem, responsabilidade, práticas e um saber peculiar

Ações que foram executadas fora e dentro do ambiente hospitalar.

Tudo se desenvolve sob o toque e escuta

Com sonar ouvia -se o coração

E no nascimento era àquela vibração

Clamar aos santos, a Deus, através da oração

Também foi incorporado ao ritual da parturição

Primeiro ensinado por freiras que aprenderam com a tradição

Depois tratado nos cursos formais de educação

Direcionado aos agentes e técnicos de enfermagem em ação

E alguns dizem que foi sendo aprimorado com mais tecnificação”.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para a saúde coletiva, esta pesquisa trouxe questionamentos hodierno em relação a não inserção de parteira na saúde pública brasileira. É impostergável tal feito; entendemos, a importância da representatividade dessa categoria, na garantia de ordenamento da Rede de Atenção Integral da Mulher e da Criança. Buscando resgatar sua legitimidade, tentando criar condições de asseverar o que já está legalizado.

Estas ações implementadas, reestruturam, significativamente, a política de atenção materno infantil brasileira, bem como a qualidade de vida das parteiras e parteiros e suas famílias que vivem por todo esse Brasil, como personagens e não como trabalhadores da saúde. Os mesmos, trabalham às margens dos canais legitimados pelas instituições públicas, conseqüentemente, vitimados pela desigualdade do mundo do trabalho, cujos atores são, parteira x enfermagem, que deveriam somar pelo esforço.

## REFERÊNCIAS

ANGULO-TUESTA, A. et al. Saberes e Práticas de Enfermeiros e Obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.5, p.1425-1.436, 2003.

ARAÚJO, A. V.; MACHADO, A. S. Narrativas (Auto) Biográficas e Educação Popular em Saúde: (Re) Construção de Conhecimentos sobre Plantas Medicinais em Vitória de Santo Antão (PE). **Anais eletrônicos**. Santa Maria - RS: UFSM, 2017. Disponível em: <<http://coral.ufsm.br/clio/images/Caderno-de-Resumos-Completo.pdf>> Acesso em: 10 Dez. 2018.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família** (D. Flaksman, trans.). Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.1981

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Portugal; Edições 70, LDA, 2011.

BRASIL. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União de 05.10.1988**.

BRASIL. DECRETO - LEI nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946. Regulamenta os Exames de Habilitação para Auxiliares de Enfermagem e Parteiras Práticas. **Diário Oficial da União de 24.01.1946**.

BRASIL. Lei nº 3.640, 10 de outubro de 1959. Revigora o Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e lhe altera o alcance do art. 1º. **Diário Oficial da União de 14.10.1959**.

BRASIL. Lei nº 7.498, 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União de 26.06.1986**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. **Diário Oficial de 13.12.2012**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais**: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e Experiências Exemplares / Brasília: Ministério da Saúde, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 90p. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde . Portaria 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados,fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em:<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116\\_11\\_02\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html)> Acesso em: 06.08.21

BRASIL. **PROJETO DE LEI nº 2.564/ 2020**. Altera a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, para instituir o piso salarial nacional do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. Relator atual: Senadora Zenaide Maia. Assessoria Técnica, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais** [recurso eletrônico]: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares; Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 90p. 2010.

CARDOSO, M. A. S. O Dom e a Dádiva entre Parteiras do Amapá : Uma Abordagem Etnográfica. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.28, Jan./Mar. 2019.

COSTA, M. S. Reforma do Estado e relações de trabalho, a experiência brasileira nos anos 90. **Revista de Ciências Humanas e Artes**. Campina Grande. v.13, Jan./Jul.2007.

CUNHA, A. A. A controvérsia do parto domiciliar. **Femina**, Rio de Janeiro, v.40, n.5, p.254-262, 2012.

D'ORSI, E. et al. Qualidade da Atenção ao Parto em Maternidade do Rio de Janeiro. **Revista Saúde Pública**, v.39, n.4, p.646-654, 2005.

FABRIZIO, G. C. **Práticas Obstétricas do Ofício de Uma Parteira**: História de Vida, Santa Catarina, 2014, 72p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Enfermagem) Universidade Federal da Fronteira Sul, Santa Catarina, Chapecó, 2014. Acesso em: 30 Set. 2018. Disponível em: <<https://rd.uffs.edu.br/bitstream/prefix/1166/1/FABRIZIO.pdf>>.

FARAJ, S.P.et al. Quero Entregar meu Bebê para Adoção": O Manejo de Profissionais da Saúde, Rio Grande do Sul, **Psicologia: Terapia e Pesquisa**, v.32 n. 1, p. 151-159. Jan-Mar 2016,

FEDERICI, S. **Calibã e a Bruxa**, 1ª ed. São Paulo: Elefante, 418p., 2017.

FLEISCHER, S. R. **Parteiras, Buchudas e Aperreios. Uma Etnografia do Atendimento Obstétrico não Oficial na Cidade de Melgaço**. Dissertação (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 312p. 2007. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/10246>>.

GARRAFA, V. **Bioética**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, p. 741., 2017.

GASKELL, G. **Entrevistas individuais e grupais**. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.), Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes , p.64-73, 2000.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 3.ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 1999.

GUSMAN, C. R. G. et al. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. **Rev. Panamericana de Saúde Pública**. v.37, p.365-70, 2015.

LOPES, M. J. M; LEAL, S. M. C. A Feminização Persistente na Qualificação Profissional da Enfermagem Brasileira. São Paulo: **Cadernos pagu**, p.105-125, Jan./Jun., 2005.

LIMA, M.G. **Parteira: Dom de Ser (vir) à Vida : Assistência ao Parto : da Casa para o Hospital**. Trabalho de Conclusão de TCC do Curso de Bacharelado de Saúde Coletiva - CAV - UFPE. 2018

MAIA, M. B. **Humanização do Parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.189, 2010.

MELO, J. M.; MULLER, E.; GAYOSO, D. B. **Parteiras Tradicionais de Pernambuco: Saberes, Práticas e Políticas**. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero, ano 10. Florianópolis. Desafios atuais dos feminismos. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

NETO, F.C.B.E. et al. **Atenção Hospitalar: Evolução Histórica e Tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.577, 2017.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. I. O Processo de Trabalho de Enfermagem: A Cisão entre Planejamento e Execução de Trabalho. **Rev.Bras.Enferm**, Brasília, v.55, n.4, p.392-398; Jul./Ago. 2002.

PERNAMBUCO. SECRETARIA DE SAÚDE. **Parto Domiciliar - SES Capacita Parteiras Tradicionais**. Portal Saúde.[Recife]: Secretaria de Saúde de Pernambuco, 2017.Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/secretaria-executiva-de-atencao-saude/parto-domiciliar-ses-capacita-parteiras-tradicionais>>. Acesso em: 15 out. 2019.

RUSSO, J. A.; NUCCI, M. F. **Parindo no Paraíso: Parto Humanizado, Ocitocina e a Produção Natural de uma Nova Maternidade.** Interfase (Botucatu). 2020

SANTOS, I. M. M.; SANTOS, R. S. A etapa de análise no método história de vida: uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto contexto - Enferm.**, v.17, n.4, p.714-719, 2008.

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N. **Vigilância Epidemiológica: Políticas, Sistemas e Serviços.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.687, 2017.

TORQUINST, C. S. **Parteiras Populares: Entre o folclore e a escuta.** Revista Gênero. Niterói, v.6, n.1, p.61-80, 2005.

## ACOLHIMENTO DA PACIENTE EM EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA UTILIZANDO A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 04/08/2021

### Aline Pereira dos Santos

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia do Sul de Minas Gerais - Campus  
Passos  
Poços de Caldas – MG  
<https://orcid.org/0000-0003-0907-763X>

### Juliano de Souza Caliarí

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia do Sul de Minas Gerais - Campus  
Passos  
Passos – MG  
<http://lattes.cnpq.br/9841209843799788>

**RESUMO:** O Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) juntamente com a Rede Cegonha, ambos instituídos pelo Ministério da Saúde, são estratégias para garantir a paciente e familiares um atendimento com resolutividade e integralidade nas maternidades. O estudo de revisão bibliográfica objetivou identificar os benefícios do acolhimento com classificação de riscos em emergências obstétricas. Os resultados demonstram que os benefícios estão presentes tanto para a paciente e familiares, quanto para os profissionais da equipe de saúde. Conclui-se que o acolhimento com classificação de riscos em emergências obstétricas vai além de prestar um bom atendimento, ele traz resolutividade ao processo de forma precisa e ordenada, para tanto, é imprescindível que as instituições de

saúde estejam em comunhão com sua equipe, empenhadas na implantação e manutenção do ACCR.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acolhimento; Humanização; Enfermagem Obstétrica.

### RECEPTION OF PATIENTS IN OBSTETRIC EMERGENCY USING RISK CLASSIFICATION

**ABSTRACT:** The reception with Risk Classification (ACCR) together with the Stork Network, both instituted by the Ministry of Health, are strategies to guarantee the patient and family a service with resolution and integrality in maternity hospitals. The literature review study had objective to identify the benefits of reception with risk classification in obstetric emergencies. The results demonstrate that the benefits are present both for the patient family members and for professionals of the healthcare team. It is concluded that the reception with risk classification in obstetric emergencies goes beyond provide good care, brings resolution to the process in a precise and orderly form. Therefore, it is essential that health institutions are in communion with their team, committed in the implementation and maintenance of the ACCR.

**KEYWORDS:** Reception; Humanization; Obstetric Nursing.

### 1 | INTRODUÇÃO

A redução da morbimortalidade materna e neonatal é um desafio para a área de saúde. Mesmo com os esforços dos últimos 30 anos,

dispensados por ações governamentais e da sociedade, com o avanço na melhoria da atenção ao pré-natal, parto e nascimento, ainda observa-se que as taxas de mortalidade desses pacientes continuam altas, além da grande procura por cirurgias cesarianas (BRASIL, 2017).

Com intuito de melhorar a assistência do SUS, em 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH), com a prior do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). É uma diretriz política e operacional do SUS, onde o usuário é recepcionado nos serviços de saúde por profissionais da saúde que se responsabilizam integralmente por ele, ouvindo suas queixas e permitindo a expressão de suas preocupações, prestando um atendimento com resolutividade e responsabilização. O atendimento é priorizado seguindo as necessidades de saúde, gravidade, risco e vulnerabilidade, atento ao grau de sofrimento físico e psíquico, reorganizando os processos de trabalho e resultando em maior satisfação de usuários e colaboradores bem como o aumento da eficiência do atendimento (BRASIL, 2010).

Porém, a mulher em período gravídico e principalmente durante o parto, requer cuidados peculiaridades e atendendo a essa demanda, o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria Nº 1.459, de Junho de 2011 a Rede Cegonha, que visa o direito da mulher aos cuidados desde o planejamento reprodutivo, a atenção humanizada na gravidez, parto, e puerpério até o direito à criança ao nascimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL,2011).

O desenvolvimento de estudos como este destacam-se pela ampla investigação nas publicações nacionais, o que permite contribuir com a formação dos profissionais de saúde. Assim o objetivo deste estudo foi de identificar os benefícios do acolhimento com classificação de risco em emergências obstétricas.

## 2 | METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica utilizando publicações disponíveis na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, nas bases de dados eletrônicas como *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS). Os critérios de inclusão foram: estar disponíveis na íntegra e serem publicados no período de 2010 a 2020.

O levantamento do conteúdo se deu durante o mês de abril de 2020, buscando experiências de Unidades de Saúde que vivenciam o Acolhimento de Gestantes com a Classificação de Risco, protocolos implementados e legislações vigentes que norteiam a prática. Para tanto, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “acolhimento”, “humanização” e “enfermagem obstétrica”; e descritores não controlados para busca: “Acolhimento com Classificação de Risco”, “Acolhimento com classificação de risco em emergências obstétricas”, “Classificação de risco no acolhimento de gestantes” e

“Protocolos de acolhimento em emergências obstétricas”.

Durante a pesquisa surgiram 15 publicações na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, 03 publicações no Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e 08 publicações na Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe (LILACS), totalizando 26 publicações. Foram selecionados previamente pelos títulos e/ou resumos e àquelas que estavam em língua portuguesa, resultando em 10 eliminações e restando 16 publicações.

Utilizando os critérios de inclusão, ao final de toda seleção, foram elencadas 11 publicações, entre artigos, dissertações, manuais/protocolos e legislações, eliminando assim mais 5 publicações.

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Todas as publicações selecionadas são de nacionalidade brasileira, sendo, 04 manuais/protocolos, 03 artigos, 02 dissertações de mestrado, 01 portaria do Ministério da Saúde e 01 caderno de Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 do Ministério da Economia. Foram publicados no ano de 2010, 02 manuais/protocolos; a portaria do Ministério da Saúde em 2011; 01 artigo em 2013; 01 dissertação em 2014; no ano de 2017, temos 02 manuais/protocolos e 01 artigo; 01 dissertação em 2018 e no ano de 2019, 01 artigo e o caderno ODS3.

Em relação os benefícios do acolhimento com classificação de risco em emergências obstétricas, eles podem ser elencados tanto para as pacientes e familiares, quanto para os profissionais da equipe de saúde. Para as pacientes e familiares pode-se citar: reorganização das portas de entrada, abolindo o atendimento por ordem de chegada e agilizando os atendimentos para os casos de maior risco; integralidade do atendimento, com construção de fluxos e pactuações de redes internas e externas, criando assim um vínculo de confiança que possibilita um atendimento seguro e de qualidade. Para os profissionais da equipe de saúde: integração da equipe; diminuição da ansiedade e segurança na tomada de decisões, resguardados pelo uso de protocolos e mesma conduta utilizada por todos os profissionais envolvidos; melhora na eficácia e efetividade do atendimento disponibilizado, com o aumento da satisfação do profissional e usuário.

Segundo o caderno Objetivo do Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS3), a meta estipulada durante a Cúpula de Desenvolvimento Sustentável da Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) em 2015, para a razão de mortalidade materna (RMM), até 2030 deveria ser abaixo de 70 por 100 mil nascidos vivos. O governo brasileiro elaborou um diagnóstico inicial da situação nacional e readequou a meta brasileira para no máximo 30 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, tendo em vista que o Brasil já apresentava, em 2016, RMM estimada em 64,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Porém, os indicadores de mortalidade materna e infantil ainda são elevados, principalmente em relação aos países desenvolvidos (BRASIL,2019).



Com a instituição da Política Nacional de Humanização (PNH) surge a oportunidade de mudar os modelos de atenção e gestão. Baseados nos princípios da transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos, o PNH possui, entre outras diretrizes, o acolhimento, que significa a responsabilização da equipe multidisciplinar de saúde pelo usuário, desde sua chegada até sua saída, garantindo atenção integral e resolutiva, acionando redes internas e externas, se necessário. Para tanto, é necessária uma escuta qualificada, ouvindo as queixas, considerando as preocupações e angústias e assim ter a possibilidade de analisar a demanda (BRASIL, 2010).

Dentre várias ferramentas para propiciar o acolhimento, temos a classificação de risco. Realizada por um profissional da saúde, utiliza protocolos técnicos para avaliar os pacientes que necessitam de atendimento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e não mais a burocrática ordem de chegada (BRASIL, 2010).

Então, surge a Rede Cegonha com a Portaria Nº 1.459, de Junho de 2011 e consolida a realização do acolhimento com classificação de risco (ACCR) nos serviços de atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2011).

De acordo com a Resolução do COFEN nº423/2012, o ACCR é de responsabilidade do enfermeiro e para garantir um procedimento técnico-científico, o profissional deve ser dotado dos conhecimentos, competências e habilidades (ROCHA, 2018).

Os benefícios do acolhimento com classificação de risco em emergências obstétricas, no que tange a paciente e seus familiares, demonstram que o atendimento agilizado para os casos de maior risco, com diminuição do tempo de espera para aqueles que demandam mais urgência, bem como a informação sobre o protocolo de tempo de espera, traz segurança e qualidade no atendimento (BELO HORIZONTE, 2010).

O acolhimento cria um vínculo de confiança entre a paciente, familiares e a equipe de saúde, não devendo ficar o ato de acolher a uma atitude voluntária de bondade ou favor. Além disso, a burocracia do atendimento por ordem de chegada, não permite que casos graves sejam corretamente identificados e priorizados, sendo assim o acolhimento com classificação de risco vem de encontro a reorganização das portas de entrada nos atendimentos a emergências obstétricas (BRASIL, 2017).

O ACCR permite ainda desfragmentar o processo assistencial, com construções de fluxos, de acordo com o grau de risco de cada paciente, a partir de pactuações entre redes internas e externas de atendimento (ROCHA, 2018).

Relacionado aos profissionais da equipe de saúde, o ACCR promove uma melhor integração da equipe, com envolvimento de todos os profissionais da saúde; melhora a eficácia e efetividade do serviço; racionaliza o processo de trabalho e assim aumentando o grau de satisfação dos profissionais de saúde e ao mesmo tempo diminuindo a ansiedade dos mesmos (BELO HORIZONTE, 2010).

Uma equipe de saúde integrada, capacitada e com conhecimento de todo processo do ACCR possui segurança na tomada de decisões, já que está respaldada por um protocolo fundamentado cientificamente (ROCHA, 2018).

Segundo Souza et al. (2013) o ACCR garante a valorização da dignidade da paciente e familiares, além de se fazer cumprir seus direitos, com atendimento organizado, humano e seguro. Porém, é necessário que haja melhorias na estrutura física, nos instrumentos de trabalho e na quantidade de recurso humanos disponibilizados nas unidades de saúde.

Para se estabelecer um vínculo entre a equipe de saúde, a paciente e familiares durante o ACCR, é necessário um local que garanta privacidade, o que pode influenciar a prática quando há falta de estrutura física. Além disso o ACCR pode ter seu processo mecanizado, quando a equipe de saúde se concentra somente em procedimentos protocolares (SENTO SÉ, 2014).

Segundo um estudo realizado em uma maternidade-escola no estado de Pernambuco, os enfermeiros responsáveis pelo ACCR relatam dificuldades, principalmente no início da implantação do protocolo, devido a ausência de treinamento prévio, falta de material informativo para promover orientação e prevenir questionamentos e conflitos entre as pacientes, sendo assim, é necessário reavaliações constantes com discussão dos resultados (FIGUEIROA et al., 2017).

De acordo com Correia et al. (2019) o protocolo de ACCR contribui também para a instituição, por proporcionar a identificação dos risco, melhorando o fluxo de atendimento e diminuindo a superlotação das maternidades, já que os casos não urgentes são facilmente identificados e referenciados para outros serviços, como a atenção primária.

#### **4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O acolhimento da paciente em emergência obstétrica utilizando a classificação de risco vai além de prestar um bom atendimento a paciente e seus familiares, ele traz resolutividade ao processo de forma precisa e ordenada.

Baseados em protocolos com fundamentos científicos e adequados as realidades peculiares de cada instituição de saúde, é possível reorganizar as portas de entrada dessas instituições. Abolindo o ineficiente atendimento por ordem de chegada, construindo fluxos com pactuações das redes internas e externas, realizando o acolhimento em um ambiente propício e adequado a esse fim, pode-se gerar um vínculo de confiança entre paciente, familiares e equipe de saúde, diminuindo os medos e ansiedades de todos envolvidos. Com isso, àqueles que necessitam de atendimento mais ágil devido ao seu estado de risco, o terão no menor tempo de espera possível e àqueles que se enquadrarem em situações menos ou não urgentes terão seus atendimentos referenciados.

Para tanto, é imprescindível que as instituições de saúde estejam em comunhão com sua equipe, empenhadas na implantação e manutenção do ACCR. Formando um

grupo de trabalho capaz de planejar, monitorar e avaliar as ações periodicamente será possível integrar a equipe, melhorar a eficácia e efetividade do atendimento e aumentar o grau de satisfação da paciente, familiares e equipe de saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia**. Brasília. 64p. 2017. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_obstetricia\\_2017.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf)>. Acesso em: 07 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011**. Institui, no Âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. DOU 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 23 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4 ed. 4 reimp. Brasília. 72p. 2010. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasusdocumentogestorestrabalhadoressus.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Economia. IPEA. **Cadernos ODS: ODS3 ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODAS E TODOS, EM TODAS AS IDADES**. Brasília. 40p. 2019. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190829\\_cadernos\\_ODS\\_objetivo\\_3.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190829_cadernos_ODS_objetivo_3.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Associação Mineira de Ginecologia e Obstetrícia. **Protocolo do Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia e Principais Urgências Obstétricas**. Belo Horizonte. 52p. 2010. Disponível em: <[https://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/706\\_protocolo.pdf](https://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/706_protocolo.pdf)>. Acesso em: 04 abr. 2020.

CORREIA, Raquel A.; RODRIGUES, Antônia R. M.; ARAÚJO, Priscila F.; MONTE, Alana S. **Análise do Acolhimento com Classificação de Risco em uma Maternidade Pública Terciária de Fortaleza**. *Enfermagem em Foco*, v. 10, n. 1, p. 105-110, 2019. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1448/504>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

FIGUEIROA, Maria N.; MENEZES, Maria Lucia N.; MONTEIRO, Estela M. L. M.; AQUINO, Jael M.; MENDES, Nathalia O. G.; SILVA, Priscila V. T. **Acolhimento do Usuário e Classificação de Risco em Emergência Obstétrica: Avaliação da Operacionalização em Maternidade-Escola**. *Escola Anna Nery* 21(4) 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0087.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0087.pdf)>. Acesso em: 07 abr. 2020.

MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA. **Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco**. Alagoas. 21 mar.2017. Disponível em: <<https://mesm.uncisal.edu.br/wp-content/uploads/2017/04/PROTOCOLO-DE-ACOLHIMENTO-E-CLASSIFICA%C3%87%C3%83O-DE-RISCO-FINAL-EM-21.03.2017.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2020.

ROCHA, Sheila S. F. **Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico: Proposta de Readequação do Instrumento de Registro**. 2018. 130f. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão e Serviços de Saúde) - Diretoria de Ensino e Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, Belém (PA), 2018. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/colecionasus/2018/36703/36703-1688.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2020.

SENTO SÉ, Carla C. **Modo Acolhimento do Programa Cegonha Carioca: uma Prática Reiterativa da Enfermeira Obstétrica**. 2014. 101f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. 2014. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-734067>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

SOUZA, Taíze S.; ANDRADE, Mayane U.; ALMEIDA, Mariza S.; NUNES, Isa Maria; CARVALHO, Marinalva M. **Acolhimento com Classificação de Risco: A Voz das Mulheres**. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 27, n. 3, p. 212-220, set./dez. 2013. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8347/8420>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

# CAPÍTULO 9

## ATENDIMENTO HUMANIZADO EM UNIDADE OBSTÉTRICA A MULHERES COM GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Data de aceite: 01/11/2021

**Lídia Raquel Freitas**

**Alciléia Barbosa de Andrade Soro**

**Daniele Coutinho Pereira de Souza**

**Daniele Chaves Maximo da Silva**

**Helena Portes Sava de Frias**

**Gabrielle Souza Santos**

**Genilda Vicente de Medeiros Manoel**

**Giselle Gabriele Ramos Queiroz**

**Marcelly Martins Alves**

**Marcos Alexandre Borges de Souza**

**Thayana de Oliveira Vieira**

**RESUMO: Introdução:** o presente estudo tem com iniciativa de pesquisa, a assistência humanizada de gestação na adolescência, gravidez na adolescência representa um problema de saúde pública, aumentado a morbimortalidade por causas obstétrica. Com o aumento da gravidez na adolescência, muitos profissionais não estão preparados para um atendimento humanizado, portanto, acabam partindo por condutas inadequadas. A assistência humanizada é de extrema importância, em partos de adolescentes, dando mais conforto e segurança a essa paciente, o atendimento humanizado compreende aspecto fundamental

como o recebimento na unidade de saúde com dignidade a essa gestante e seu familiar. Os profissionais devem estar preparados para auxiliá-las neste momento crítico, com tudo o profissional deve prestar uma assistência de qualidade e humanizada a essa adolescente, evitando possíveis traumas, **Objetivo:** Destacar a importância do atendimento e assistência humanizada de adolescentes grávidas. **Referencial Teórico:** Neste momento da pesquisa aprofundamos nossos conhecimentos, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), lei que assegura todos os direitos do adolescente no SUS, lhe garantido um atendimento no pré natal, parto e puerpério em diferentes níveis de atendimentos, obedecendo os princípios de regionalização e hierarquização do sistema. A Política Nacional de Humanização (PNH) vem estimular a comunicação entre o trabalhador, usuário e gestor, em busca de mudanças no modo de gerir, cuidar e fazer saúde, estimulando a comunicação, dando mais autonomia ao usuário, no cuidado de si, e ao profissional dando mais autonomia e corresponsabilidade, tendo como um dos seus princípios a transversalidade e uma das suas diretrizes o acolhimento. **Metodologia:** o presente estudo é uma Revisão Integrativa (IR) de abordagem quantitativa descritiva, Foram utilizados como critério de inclusão os artigos que abordava a temática em questão, e foram utilizados como critério de exclusão os artigos que não abordava a temática em questão. **Resultados Esperados:** Embora se tenha avançado com a política nacional de humanização, muitos desafios ainda precisam ser alcançados, a PNH perpassa por todas as

políticas e programas do SUS, dando acesso a uma assistência humanizada, é importante que esses cuidados venha ser enfatizado para os profissionais de forma contínua, dando orientação no cuidados de si no parto e puerpério.

**PALAVRAS-CHAVE:** Humanização, gestação na adolescência, assistência de enfermagem.

## HUMANIZED CARE IN AN OBSTETRIC UNIT FOR WOMEN WITH ADOLESCENT PREGNANCY

**ABSTRACT: Introduction:** this study has as a research initiative, humanized care for teenage pregnancy, teenage pregnancy represents a public health problem, increasing morbidity and mortality from obstetric causes. With the increase in teenage pregnancy, many professionals are not prepared for humanized care, therefore, they end up leaving for inappropriate behavior. Humanized care is extremely important in adolescent birth, providing more comfort and safety to this patient, humanized care comprises a fundamental aspect of how to receive pregnant women and their families in the health unit with dignity. Professionals must be prepared to help them in this critical moment, with everything that the professional must pay quality and humanized attention to this adolescent, avoiding possible trauma. **Objective:** Highlight the importance of humanized care and assistance to pregnant adolescents. **Theoretical framework:** At this time of the research, we deepened our knowledge of the Child and Adolescent Statute (ECA), a law that guarantees all the rights of adolescents in the SUS, guaranteeing them prenatal care, childbirth and puerperium at different levels. service, following the principles of regionalization and hierarchization of the system. The National Humanization Policy (PNH) encourages communication between worker, user and manager, seeking changes in the way of managing, caring and providing health, encouraging communication, giving more autonomy to the user, in self-care, and to the professional giving more autonomy and co-responsibility, having transversality as one of its principles and welcoming as one of its guidelines. **Methodology:** the present work is an Integrative Review (IR) with a descriptive quantitative approach. Articles that addressed the topic in question were used as an inclusion criterion, and articles that did not address the topic in question were used as an exclusion criterion. **Expected Results:** Although there have been advances with national humanization policies, many challenges still need to be achieved, the PNH permeates all SUS policies and programs, providing access to humanized care, it is important that this care is emphasized for professionals in a continuously, guiding self-care during childbirth and puerperium.

**KEYWORDS:** Humanization, teenage pregnancy, nursing care.

## INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência representa um problema de saúde pública, aumentado a morbimortalidade por causas obstétrica, devido ao maior risco gestacional e neonatal, a adolescência é marcada por processo de crescimento e desenvolvimento, atingindo a maturidade física e a capacidade reprodutiva, sem, com tudo atingir a maturidade psicológica e social.

O aumento expressivo de casos de gravidez na adolescência, com meninas

na idade de doze a dezoito anos, coloca em evidência as condutas inadequadas por profissional de saúde despreparado, em que no momento do parto, tem condutas inadequadas, como frases desrespeitosas e agressiva, com potencial de gerar traumas psicológicos e emocionais a gestante que encontra-se em extrema vulnerabilidade, já que a adolescência é uma fase de transição da infância para idade adulta. A proposta da Política Nacional de Humanização, é o desenvolvimento de práticas assistências, atitude e comportamentos de trabalhadores da saúde que contribuem para reforçar o caráter de atenção a saúde como um direito a todos, um olhar para a integralidade da assistência, comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, trazendo a inclusão dos direitos dos usuários na tomada de decisão, de forma corresponsabilidade, inovando a forma de fazer saúde. Brasil (2019) afirma que:

Dados da Organização Mundial de Saúde aponta que a taxa mundial de gravidez na adolescência em 2016 foi estimada em 44 nascimentos para cada mil adolescente entre 15 e 19 anos. Para as Américas, esse indicador foi estimado em 48,6/1000. Já no Brasil, dados do Ministério da Saúde indicam que essa taxa está em 54,4/1000. Embora esse dado esteja acima da média internacional, houve redução de 13% dos números de nascidos vivos de mães adolescentes brasileiras entre 2010 (64,8) e 2017 (56,4). A participação de filhos de mães entre 15 a 19 anos em relação ao total de nascidos vivos no país também caiu de 19,3% em 2010 para 16,4 em 2017 (BRASIL, 2019)

A assistência humanizada é de extrema importância, em partos de adolescentes, dando mais conforto e segurança a essa paciente, o atendimento humanizado compreende aspecto fundamental como o recebimento na unidade de saúde com dignidade a essa gestante e seu familiar, com atitude ética por parte dos profissionais de saúde, lhe proporcionando um ambiente acolhedor. Brasil (2002) afirma que o objetivo principal do Programa Humanização no Pré-Natal é:

assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério as gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos do cidadão. Tem como seus princípios: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito a assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizado de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito a assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002).

O atendimento humanizado e de qualidade, é essencial para a saúde materna e neonatal, especialmente de mães adolescentes, oferecendo além de procedimentos básicos, cuidados específicos, para evitar possíveis complicações física, social e emocional a essa adolescente grávida, com acompanhamento diferenciado, com adoção de protocolo de risco.

É desafio e compromisso do Governo Brasileiro ampliar o acesso a uma assistência humanizada, segura e de qualidade nos serviços de saúde,

garantido que o SUS seja cada vez mais universal, integral, equânime e resolutivo, o que é responsabilidade de todos os gestores e profissionais de saúde, contando com a participação e corresponsabilidade dos usuários (BRASIL, 2017).

Contudo, o profissional deve prestar uma assistência de qualidade e humanizada a essa adolescente, lhe propondo conforto, segurança e confiança neste momento especial, dando-lhe uma nova sua perspectiva de vida a essa adolescente.

Apesquisa é de extrema relevância que adolescentes grávidas tenham um atendimento humanizado no pré-natal, parto e no puerpério, lhe proporcionando conforto e segurança nessa nova fase de vida, já que na maioria dos casos essa gestação acontece no início da vida sexual, que com sua inexperiência, ocorre uma gravidez não desejada, ocasionando outros conflitos como abandono escolar e conflitos familiares.

## **QUESTÃO NORTEADORA:**

Como é feito o atendimento a adolescentes grávidas em unidades obstétricas?

## **OBJETO:**

Atendimento no pré-natal, parto e puerpério a adolescentes grávidas.

Destacar a importância do atendimento e assistência humanizada de adolescentes grávidas.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

A adolescência é uma fase de intensa mudança, pois trata-se de mudança da puberdade para a vida adulta, a gestação na adolescência é um problema de saúde pública, com grande relevância não só pelos riscos biológicos, mas principalmente pelas mudanças psicossociais, que irá causar nesse adolescente.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adolescente como sendo o período da vida que começa aos 10 anos e termina aos 19 anos completos, para a OMS, a adolescência é dividida em três fases, pré-adolescência – dos 10 aos 14 anos, adolescência - dos 15 aos 19 anos e juventude - de 15 aos 24 anos.

O Estatuto da Criança e do Adolescente na Lei nº 8.069, de julho de 1990 declara que a adolescência é na faixa de 12 à 18 anos e que:

Art.8º. É assegurado à gestante, através do sistema único de saúde, pré e perinatal; A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critério médico específico, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do sistema; A parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico, que o acompanhou na fase pré-natal; Incube ao poder público, proporcionar apoio alimentar a gestante e à nutriz que dele necessitem; Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde



de gestantes, público e particulares, são obrigados a:

I – Manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos;

II – Identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente;

III – Proceder a exame visando ao diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais;

IV – Fornecer declaração de nascimento onde constam necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato;

V- Manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto a mãe. (BRASIL, 1990).

**Presidência da República acrescenta art.8º-A à Lei 8.069, de junho de 1990 (Estatuto da Criança e do adolescente), para instituir a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, Lei 13.798, de 3 de janeiro de 2019.**

Art.8-A. Fica instituída a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, a ser realizada anualmente na semana que incluir o dia 1º de fevereiro, com o objetivo de disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência.

Parágrafo Único, As ações destinadas a efetivar o disposto no caput deste artigo ficarão a cargo do poder público, em conjunto com a organizações da sociedade civil, e serão dirigidas prioritariamente ao público adolescente.(BRASIL,2019)

**O Ministério da Saúde lança em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) em busca de mudanças no modo de gerir, de cuidar e de fazer saúde, estimulando a comunicação entre trabalhadores, gestores e usuários do sistema único de saúde, afim de minimizar praticas desumanizadoras, dando mais autonomia ao usuário no cuidados de si, e ao profissional dando mais autonomia e corresponsabilidade, a PNH tem como um dos seus princípios a transversalidade.**

A Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar em todas as políticas e programa do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalidade é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável. A Política Nacional de Humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Entende melhor alguns conceitos que norteiam o trabalho da PNH. Uma das diretrizes, acolhimento, acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipe/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a

partir da análise dos processos de trabalho e tem com objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipe e usuário com sua rede socio afetiva. Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores as necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas as suas necessidades, ampliando a efetividade das praticas de saúde, isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2003).

Diante disso, é de suma relevância a essa gestante tenha um atendimento no seu pré-natal, parto e puerpério de forma humanizada, afim de minimizar os possíveis traumas, já que é uma fase em que essa adolescente está em constantes mudanças anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, que fazem desta fase única e especial para o desenvolvimento humano.

As discussões acerca da assistência obstétrica realizada no Brasil revelam uma realidade pautada na interferência sobre o processo de nascimento, sem que haja evidência científica suficiente para justificá-la e no que se refere as gestantes adolescentes é importante ressaltar que, devido as especificidades da própria faixa etária, faz-se necessário uma assistência diferenciada tanto para o pré-natal quanto para o parto e puerpério.

Dessa forma os profissionais de saúde precisam reconhecer a singularidade do parto de uma adolescente e terem a sensibilidade de exercer o cuidado obstétrico com segurança, destreza e respeito, pois essas jovens experimentaram diversos sentimentos perturbadores ao longo do processo gravídico-puerperal, especialmente durante o parto. O que se observa na realidade é a pouca ou nenhuma especificidade no cuidado dispensado à adolescente parturiente, o discurso que o parto vaginal é danoso, principalmente quando se trata de adolescentes primigestas, é um discurso que veicula entre os profissionais de saúde e se estende entre as gestantes e familiares. (BORGES *et al*, 2016)

Tendo em vista que a humanização do parto está relacionada a um conjunto de mudanças nas práticas obstétricas, identificar fatores associados à ambiência, privacidade, satisfação e respeito à autonomia da mulher é uma forma de indicar os atributos necessários para que a atenção ao parto e nascimento seja ancorada nos direitos dos usuários do sistema de saúde (INAGAKI *et al*, 2018).

Instituíram-se políticas públicas ao longo do tempo com o intuito de se favorecer a essa qualificação profissional, então implementou-se no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2000, a Política Nacional de Humanização ao Parto (PNPH) cujo o foco foi a ênfase na humanização, objetivando-se garantir a qualidade no atendimento e a assistência integral ao ciclo gravídico-puerperal, resgatando-se a importância da participação da vida da mulher, além de se priorizar a importância da sua satisfação no processo parto e nascimento. Incentiva-se pela Rede Cegonha também instituída pelo MS, a criação de uma rede de cuidados que objetiva assegurar os direitos da mulher e suas crianças, por meio de

um atenção de qualidade e igualmente humanizada.(SILVA *et al*,2020)

## METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura (RI), de abordagem qualitativa descritiva, por meio de busca de publicação na plataforma BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE no ano de 2020

Pesquisa descritiva segundo GIL (2006, p. 44) “estudar as características de um grupo; levantar opiniões; e verificar o nível de atendimento de um determinado setor.” Revisão integrativa “é desenvolvida a partir de material já elaborado, construído principalmente por livros e artigos científicos.” (GIL,2006, p.69). Segundo MINAYO (2007,p.23) “abordagem qualitativa visa a compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de política pública e sociais”.

Foram utilizados como critério de inclusão os artigos em português que abordava a temática em questão, e foram utilizado como critério de exclusão os artigos que não abordava a temática em questão e fora do corte temporal. **Resultado:** O estudo retomou em trinta e quatro (34) artigos, sendo oito (8) que abordaram a temática em questão, após a literatura na íntegra, foram utilizados três (3) dos artigos, teve como dados de base BDNF, LILACS.

Foram usados como descritores: humanização, gestação na adolescência, assistência na enfermagem.

Título do artigo	Autores	Revista	Ano de publicação	Base de dados	resumo
Caracterização da assistência ao parto em adolescentes primigestas no município de Cuiabá-MT	Borges <i>et al</i>	Revista de enfermagem	2016	BVS	O objetivo foi analisar a assistência ao parto de adolescentes primigestas no contexto do SUS, com abordagem qualitativa e exploratória, onde as adolescentes priorizam a atenção, a compreensão, o diálogo e a informação dos profissionais de saúde no processo de parturição, definindo estes aspectos como fundamentais para o cuidado ideal.

Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública	Inagaki <i>et al</i>	Revista enfermagem UFPE	2018	BVS	Teve como objetivo identificar fatores associados à humanização da assistência durante o trabalho de parto, parto e nascimento, em uma maternidade pública, com grande quantidade de parto vaginal, questionado o desrespeito por parte dos profissionais, e sinalizando melhoria da assistência, ambiência, privacidade, informação e respeito com as parturientes,
Satisfação de puérperas acerca da assistência ao parto e nascimento	Silva <i>et al</i>	Revista de Enfermagem UFPE On Line	2020	BVS	Este estudo teve por objetivo avaliar a satisfação e o bem estar de parturientes na assistência ao parto e nascimento, instituiu-se políticas públicas ao longo do tempo com o intuito de qualificação profissional, com a criação da PHPN, cujo o foco a ênfase na humanização, objetivando-se a garantir a qualidade no atendimento e a assistência integral ao ciclo gravídico.

## RESULTADOS ESPERADOS

A assistência no pré-natal e parto de adolescente deve ser realizado por multiprofissionais qualificados, capazes de estabelecer vínculo com a gestante com orientações e informação sobre a importância do pré-natal, com no mínimo seis consulta intercalada preconizado pelo MS, garantindo uma gravidez saudável e um parto seguro, aleitamento materno que deve ser em livre demanda, cuidados com o recém nascido, triagem neonatal, esse profissional deve apresentar métodos contraceptivos como forma de barreira de ISTs, encaminhar esse adolescente ao planejamento familiar, esse profissional deve ter uma esculta qualificada, ouvir esse adolescente afim de sanar todas as suas dividas e temores. É relevante que a assistência prestada por profissionais de saúde tenha uma qualidade técnica, minimizando a morbimortalidade materno/neonatal, fazendo-se imprescindível discutir uma assistência diferenciada a esse público alvo, com o intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais adquirindo aprimoramento técnico no âmbito do pré-natal, parto e puerpério. O atendimento a adolescentes grávidas deve ser com segurança, respeito e dignidade, devido a faixa etária torna-se altamente relevante um acolhimento materno/neonatal humanizado, cordial e de qualidade, afim de prevenir intercorrências e possíveis patologias, proporcionando uma experiência única para essa adolescente, parceiro e familiares, reduzindo assim os riscos e possíveis traumas. A PNH perpassa por todas as políticas e programas do SUS, dando acesso a uma assistência humanizada, mas muitos desafios ainda precisam ser alcançados, é importante que esses cuidados venha ser enfatizado para os profissionais de forma continua, assegurando assim uma assistência humanizada, orientado essa gestante, no processo de cuidado de si, no pré-natal, parto e puerpério. É de suma importância também que novas políticas de prevenção de gravidez na adolescência seja criadas, afim de reduzir os índice de grávidas

nessa faixa etária, levando mas informação a esses adolescentes.

## CONCLUSÃO

Considerando o exposto, embora se tenha avançado muito no âmbito das políticas pública de saúde, ainda a muito o que fazer para reduzir o índice de adolescentes grávidas. Com profissionais de saúde envolvido no cuidado á gestação, parto e nascimento é essencial criar estratégias educativas compatíveis com a faixa etária, para prevenir a gestação e rodas de conversa visando o cuidado integral a essa adolescente que já encontra-se grávida, reduzindo assim a exclusão social, além de palestras educativas de sexualidade e preservativo, políticas que incentive o esporte, lazer e cursos de capacitação, minimizando o foco da sexualidade.

## REFERÊNCIAS

BORGES *et al*, CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO EM ADOLESCENTES PRIMIGESTAS NO MUNICÍPIO DE CUIBÁ-MT, **Revista de enfermagem**, Ciênc. cuid. saúde vol.15 no.2 Abr./Jun. 2016. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-38612016000200212](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612016000200212). Acesso em 25/09/2020.

INGAKI *et al*, FATORES ASSOCIADOS À HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA, **Revista enfermagem UFPE on line ( Recife)**, 12(7):1879-86, jul., 2018, Disponível em: [https://repositorio.ifs.edu.br/biblioteca/bitstream/123456789/721/1/Fatores%20associados%20a%20humaniza%C3%A7%C3%A3o%20da%20assistencia%20em%20uma%20maternidade%](https://repositorio.ifs.edu.br/biblioteca/bitstream/123456789/721/1/Fatores%20associados%20a%20humaniza%C3%A7%C3%A3o%20da%20assistencia%20em%20uma%20maternidade%20), Acesso em 03/06/2020.

SILVA *et al*, SATISFAÇÃO DE PUÉRPERAS ACERCA DA ASSISTENCIA AO PARTO E NASCIMENTO, **Rev enferm UFPE on line**. 2020;14:e245851, Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/245851/36310> Acesso em 25/09/2020.

Brasil, Estatuto da Criança e do Adolescente - **Lei 8069/90** | **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**, Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91764/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-lei-8069-90>, Acesso em 03/06/2020.

Brasil 2003, Política Nacional de Humanização, **Brasília – DF 2013**, Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf), Acesso em 03/06/2020

Brasil 2002, PROGRAMA HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO, **Brasília-DF 2002**, Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>, Acesso em: 03/06/2020

Brasil 2017, Manual de colhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, **Brasília – DF 2017**, Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2017/09/minsaude-manual-acolhimento-classificacao-risco-obstetricia-2017.pdf>, Acesso em: 03/06/2020 .

Brasil, 2019, Saúde e mais três ministérios firmam carta compromisso para prevenção da gravidez na adolescência, **portal ministério da saúde**, Sexta, 08 de Fevereiro de 2019, Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45196-saude-e-mais-tres-ministerios-firmam-carta-compromisso-para-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia>, Acesso em: 03/06/2020.

Brasil 2019, **Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, LEI Nº 13.798, DE 3 DE JANEIRO DE 2019**. Brasília, 3 de janeiro de 2019; 198<sup>a</sup> da Independência e 131<sup>a</sup> da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2019/Lei/L13798.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13798.htm) Acesso em 24/09/2020

# CAPÍTULO 10

## ESTRATÉGIAS PARA A REDUÇÃO DA DOR MAMILAR EM PUÉRPERAS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 08/09/2021

**Cristiano Alves Marques Filho**

Universidade de Brasília  
Brasília, DF

<http://lattes.cnpq.br/7668483576803423>

**Michelle Zampieri Ipolito**

Universidade de Brasília  
Brasília, DF

<http://lattes.cnpq.br/1226778806999882>

**RESUMO: Introdução:** A prática de aleitamento materno exclusivo é recomendada pela Organização Mundial da Saúde, pela diversidade dos benefícios para o binômio mãe-bebê. A dor mamilar que pode interferir na continuidade do aleitamento materno. **Objetivo:** Identificar por meio de uma revisão da literatura, quais são as estratégias utilizadas para redução da dor mamilar em puérperas. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, construída com base na estratégia PICO com amostra obtidas nos portais Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed. **Resultados:** Foram encontrados 11 artigos advindos majoritariamente da literatura internacional que respondiam aos itens de seleção. Emergiram duas categorias: Tratamentos eficientes para a dor mamilar e Tratamentos não eficientes para a dor mamilar. **Conclusões:** As principais formas de tratamento para a dor são: utilização de lanolina, azeite de oliva, massagem manual e a antibioticoterapia

associada a analgésicos para a redução da dor mamilar.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aleitamento Materno; Manejo da Dor; Puerpério.

### STRATEGIES FOR THE REDUCTION OF NIPPLE PAIN IN PUERPERA: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

**ABSTRACT:** Introduction: The practice of exclusive breastfeeding is recommended by the World Health Organization, due to the diversity of benefits for the mother-infant binomial. Nipple pain that can interfere with the continuity of breastfeeding. Objective: To identify, through a literature review, which are the strategies used to reduce nipple pain in postpartum women. Method: This is an integrative literature review, based on the PICO strategy with samples obtained from the Virtual Health Library and PubMed portals. Results: 11 articles were found, mostly from the international literature that responded to the selection items. Two categories emerged: Effective treatments for nipple pain and Ineffective treatments for nipple pain. Conclusions: The main forms of pain treatment are use of lanolin, olive oil, manual massage and antibiotic therapy associated with analgesics to reduce nipple pain. **KEYWORDS:** Breastfeeding; Pain Management; Puerperium.

### 1 | INTRODUÇÃO

O leite materno possui componentes essenciais para o organismo da criança e seus benefícios incluem: estabelecimento do vínculo

materno, crescimento e desenvolvimento físico, fortalecimento do sistema imunológico, redução da morbimortalidade e das doenças crônicas (BRASIL, 2015).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), endossada pelo Ministério da Saúde (MS), a prática do aleitamento materno deve ser mantida e incentivada, entre o primeiro minuto de vida até dois anos, sendo os seis primeiros meses, em modalidade exclusiva (BRASIL, 2015).

Contudo, as taxas de prevalência revelam uma dificuldade na consolidação dessa prática. A prevalência de aleitamento materno no Brasil, demonstra que apenas 41% da população, menor de seis meses, teve aleitamento materno exclusivo (FEIN, 2009).

Diante desse cenário, a literatura aponta fatores maternos e relacionados ao recém-nascido que contribuem para essa baixa prevalência, como por exemplo: prematuridade, introdução precoce de fórmulas, cansaço físico materno, rompimento do vínculo por condições de trabalho, má qualidade das informações, prestadas às puérperas e dores decorrentes de traumas, pega incorreta, ingurgitamento mamário (MORLAND-SCHULTZ; HILL, 2005; BARBOSA, 2018).

Dentre esses fatores, a dor mamilar é uma queixa clínica recorrente entre as puérperas, que contribui para experiências negativas durante a amamentação e resulta, em última análise, no insucesso da prática. Na Austrália, Amir, Jones e Buck (2015) identificaram em uma população de 368 primíparas, onde 58%, sente algum nível de desconforto nas mamas durante as primeiras semanas de aleitamento. Já no Brasil a taxa varia entre 43,6% e 52,75% (WEIGERT *et al.*, 2005).

É expressiva a necessidade da prevenção e manejo dos quadros clínicos de dor mamilar, a fim de garantir experiências satisfatórias e o sucesso do aleitamento materno. Para tanto, é imprescindível que a equipe de saúde tenha conhecimento e saiba identificar as causas da dor (FEITOSA; MOREIRA; LODI, 2019).

Nesse sentido, a prática baseada em evidências, se mostra uma estratégia, que permite ao profissional, identificar e prestar cuidado seguro, eficaz e resolutivo garantindo uma assistência de qualidade (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018).

Diante do exposto o objetivo do trabalho foi identificar por meio de uma revisão da literatura, quais são as estratégias utilizadas para redução da dor mamilar em puérperas.

## 2 | MÉTODO

Trata-se de uma Revisão Integrativa da literatura científica, que tem por objetivo a reunião e síntese de conhecimentos, executada em seis etapas metodológicas (MENDES, 2008).

Na primeira etapa, definição da questão de pesquisa, realizou-se uma investigação sobre a temática: estratégias para a redução de dor mamilar em nutrízes e puérperas. Para desenvolver a questão de pesquisa empregou-se a estratégia PICO, sendo P (paciente)



Nutrizes e puérperas I (intervenção) tratamento da dor mamilar C (comparação) estratégias para a redução da dor O (desfecho) redução da dor (MENDES, 2008).

A segunda etapa, busca e seleção de estudo primários, foram selecionadas as bases de dados, baseados em sua relevância para a área da saúde. A busca ocorreu no período de dezembro de 2020. no portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que reúne 14 bases de dados bibliográficas em ciências da saúde, tendo sido consultadas as bases Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BEDENF) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) - Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica, e no portal PubMed, que engloba o MEDLINE.

Na terceira etapa, definiu-se os descritores em saúde presentes no DeCS/MeSH (Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings). Nas bases citadas, a busca foi realizada por meio da opção “busca avançada” com o uso dos descritores associados com os operadores booleanos OR para distingui-los e AND para associá-los e são os seguintes: Nursing mothers AND Nipple pain AND Pain Management. A busca se deu no mesmo turno e dia. Foi empregado a delimitação por tempo, incluindo estudos dos últimos dez anos.

A quarta etapa, diz respeito, a análise e avaliação crítica dos estudos primários incluídos na revisão, subdividiu-se em três momentos. O primeiro compreendeu do levantamento dos estudos nas bases de dados. A princípio, foram recuperados cinquenta e oito (58) estudos. Realizada a recuperação dos estudos, foram excluídas as duplicatas e deu-se início ao momento seguinte, a etapa da triagem, por meio da leitura de título e resumo, que possibilitou a exclusão de estudos que não contemplasse os critérios de elegibilidade.

Os critérios de inclusão dessa revisão foram: artigos primários, completos, publicados nos idiomas inglês, português e espanhol que datassem os últimos dez anos (10), no qual continha em sua descrição as estratégias para redução de dor mamilar. Por fim, realizou-se a leitura do texto completo dos estudos incluídos.

A quinta etapa, foi realizada a interpretação das informações contidas nos estudos selecionados, dessa forma, foram agrupadas em um quadro síntese que contém as seguintes informações: Título, autores, país, ano da publicação, metodologia do estudo, síntese da intervenção.

A última etapa, proposta foi a apresentação da síntese dos resultados, e conclusões do estudo a partir da análise da interpretação. Por se tratar de uma revisão da literatura, não houve a necessidade de submissão ao comitê de ética em pesquisa.

### 3 | RESULTADOS

Recuperados 58 artigos na base de dados selecionada de acordo com a estratégia

de busca utilizada. Foram excluídos 47 estudos por não se adequarem aos critérios de elegibilidade da pesquisa. Compuseram a amostra 11 artigos.

Os estudos são provenientes majoritariamente da literatura internacional. Quanto a abordagem dos estudos, as intervenções clínicas randomizadas tiveram maior contingente.

Cinco apresentaram intervenção eficaz para a redução da dor mamilar. cinco demonstram intervenções não eficazes para a variável apresentada. E foi encontrado um estudo (11%) que foi um relato de caso trazendo o potencial da histamina e das catecolaminas na persistência da dor durante amamentação, conforme o quadro.

A partir da análise dividiu-se duas categorias temáticas: Tratamentos eficazes para a redução da dor mamilar e tratamentos não eficazes:

<b>Título</b>	<b>País e Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Método</b>	<b>Amostra</b>
An all-purpose nipple ointment versus lanolin in treating painful damaged nipples in breastfeeding women: a randomized controlled trial	Canadá, 2012	Avaliar o efeito do APNO versus lanolina na dor nos mamilos entre mulheres que amamentam	Ensaio Clínico Randomizado	151 puérperas
Application of Extra Virgin Olive Oil to Prevent Nipple Cracking in Lactating Women	Cuba, 2015	Avaliar a eficácia do Azeite de Oliva na prevenção de fissuras mamilares em mulheres lactantes	Prospectivo Experimental Randomizado	150 puérperas
Lanolin for the treatment of nipple pain in breastfeeding women: a randomized controlled trial	EUA, 2018	Avaliar o efeito da lanolina na dor mamilar entre mulheres que amamentam com mamilos danificados	Ensaio Clínico Randomizado	186 puérperas
Nipple Pain Incidence, the Predisposing Factors, the Recovery Period After Care Management, and the Exclusive Breastfeeding Outcome	Tailândia, 2017	Explorar melhor a incidência de dor nos mamilos, associada fatores predisponentes, tempo para recuperação após o manejo e o impacto sobre taxas de aleitamento materno exclusivo	Estudo Coorte prospectivo	1.649 puérperas
Positive effect of HPA lanolin versus expressed breastmilk on painful and damaged nipples during lactation	Alemanha 2011	Avaliar a eficácia da lanolina altamente purificada (HPA) versus leite materno ordenhado (EBM), para o tratamento de dores e lesões mamilares associados à amamentação	Ensaio Clínico Prospectivo	84 puérperas
Quantitative Sensory Testing, Antihistamines, and Beta-Blockers for Management of Persistent Breast Pain: A Case Series	EUA, 2018	Discutir o papel potencial da histamina e das catecolaminas na persistência da dor associada à amamentação	Relato de casos	3 puérperas

Role of oral antibiotics in treatment of breastfeeding women with chronic breast pain who fail conservative therapy	EUA, 2014	Comparar terapia antibiótica versus conduta expectante em mulheres com dor mamilar	Transversal Prospectivo	86 puérperas
The effect of a single irradiation of low-level laser on nipple pain in breastfeeding women: a randomized controlled trial	Brasil, 2020	Avaliar o efeito de uma única aplicação de PBM-LLLT para mulheres que amamentam com dor e danos nos mamilos	Ensaio Clínico Randomizado Controlado	80 puérperas
Therapeutic Breast Massage in Lactation for the Management of Engorgement, Plugged Ducts, and Mastitis	EUA, 2016	Descrever a resposta clínica à terapêutica mamária de massagem na lactação (TBML) no tratamento de dor mamilar	Estudo Caso Controle	42 puérperas
Treatment of nipple pain in breastfeeding women in the postpartum ward of the University Hospital of Lausanne: a best practice implementation Project	Suíça, 2018	Implementar um plano de cuidados para dor mamilar de acordo com as melhores recomendações e estudos baseados em evidências	Ensaio Clínico	17 puérperas

Quadro – Caracterização dos artigos incluídos na revisão integrativa segundo título, país/ano, objetivos, métodos e amostra, Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2021

Na categoria “Tratamentos eficazes na redução da dor mamilar” foram inseridos cinco artigos que representam (45%) dos estudos incluídos na revisão. A categoria relaciona as terapêuticas utilizadas para a redução da dor mamilar que apresente resultado benéfico e eficiente como tratamento da dor mamilar (ABOU-DAKN *et al.*, 2011; DENNIS *et al.*, 2012; WITT *et al.*, 2013; WITT *et al.*, 2016; CORDERO *et al.*, 2015).

Na categoria “Tratamentos não eficazes na redução da dor mamilar”, foram incluídos cinco artigos que representam (45%) dos estudos dessa revisão. A categoria trata das terapêuticas não eficientes para o tratamento da dor mamilar (JACKSON; DENNIS, 2017; PUAPORNPONG *et al.*, 2017; MUDDANA *et al.*, 2018; AVIGNON, 2018; CAMARGO *et al.*, 2020).

Foi observado que o desenho metodológico, variáveis estudadas e população alvo podem determinar resultados diferentes para um mesmo tratamento. Os estudos desta categoria apesar de não demonstrarem resultados positivos não inviabiliza seus possíveis potenciais.

## 4 | DISCUSSÃO

### 4.1 Tratamentos eficazes na redução da dor mamilar

A presença da dor mamilar é um desafio para as mulheres que chegam ao puerpério, pois ameaça a continuidade do aleitamento materno exclusivo, vínculo entre o binômio

mãe-bebê e a satisfação materna com a prática do aleitamento (COCA *et al.*, 2018). Dentre as patologias que acometem a amamentação e que cursam com a clínica da dor mamilar o ingurgitamento mamário e mastite são mais recorrentes, apesar de possuírem etiopatogênese diferente a causa comum é estase do leite (BRASIL, 2015).

As fissuras mamilares também integram o quadro clínico de dor e diferente dos outros dois a etiopatogenese está associada a questões mecânicas, como a má pega do bebê e a patologias da parte articulatória do aparelho fonador do recém-nascido (SHIMODA *et al.*, 2014)

Dessa forma a terapêutica de primeira escolha com maior eficiência é a Antibioticoterapia associada ao uso de analgésicos (WITT *et al.*, 2014). Destaca-se que o sucesso dessa terapia mantém estrita relação com os profissionais de saúde, pois esses, são responsáveis por determinar a posologia da terapia, avaliar a evolução terapêutica e sanar as dúvidas (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

A massagem mecânica manual tem se mostrado eficaz no tratamento de ingurgitamento mamário, sendo essa, reforçada e incentivada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). A utilização dessa técnica tende a melhorar o fluxo de descida do leite impedindo a estase (WITT *et al.*, 2011).

A lanolina é um composto de ésteres e poliésteres mais disseminada como recurso terapêutico dentre todos os tratamentos para a redução de dor mamilar, quando associada às fissuras mamilar (NASCIMENTO *et al.*, 2021).

Diversos estudos comparam os efeitos dessa terapia. Quando comparada ao uso do leite materno para a redução da dor, a lanolina apresenta melhor desempenho e eficiência na redução da dor, cicatrização dos mamilos e aumento da taxa de aleitamento materno (ABOU-DAKN *et al.*, 2011). Quando comparada a uma pomada multifuncional a base de antibiótico, antifúngico e dexametasona a lanolina também apresenta resultados superiores (DENNIS *et al.*, 2012).

Os efeitos do azeite de Oliva também foram comparados a outros tratamentos e se demonstrou uma estratégia eficiente e perspicaz na redução da dor. A aplicação de algumas gotas de azeite diretamente nas mamas com feridas proporciona melhor cicatrização quando comparada a utilização do leite materno (CORDERO *et al.*, 2015).

## 4.2 Tratamentos não eficazes na redução da dor mamilar

Dentre os avanços da medicina o surgimento de técnicas e aparatos para a resolução de problemas de saúde tem sido discutido. O uso da fotobiomodulação – ultrassom infravermelho – de baixa intensidade para a redução da dor mamilar é um desses exemplos.

A utilização do laser de baixa potência utilizado em uma única aplicação durante vinte segundos não apresentou evidências suficientes para atestar a funcionalidade da tecnologia (CAMARGO *et al.*, 2020). Outros estudos têm se debruçado sobre essa tecnologia pelo seu

potencial benéfico buscando apresentar dados robustos da sua funcionalidade (ALVES; FURLAN; MOTTA, 2019).

A lanolina apesar de seu forte potencial, mencionado na categoria anterior também apresentou estudos onde seus benefícios não puderam ser comprovados. A utilização exclusiva de leite materno local não demonstra suficiência estatística para tratar a dor mamilar, contudo não apresenta aumento das taxas de dor (JACKSON; DENNIS, 2017). Nesse sentido, o manejo ativo da dor – detecção e tratamento precoce – foi observado e não demonstrou diferenças e melhorias do ponto de vista estatístico (PUAPORNPOONG *et al.*, 2017; AVIGNON, 2018).

E no estudo apresentado com a utilização de anti-histamínicos e beta bloqueadores como terapia coadjuvante traziam os anti-histamínicos com resultados positivos na redução da dor, e uma nova opção para novos estudos utilizando-se de metodologias como o ensaio clínico randomizado poderá trazer novas informações para esse tratamento (MUDDANA *et al.*, 2018).

Tratar o quadro clínico de dor mamilar é uma estratégia essencial para aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo e a satisfação das mulheres, uma vez que esse se constitui com um dos momentos mais singulares do ciclo gravídico puerperal. Além disso os benéficos da amamentação para o binômio mãe-bebê, permite inferir a urgência em aumentar essa prática.

### 4.3 Limitações do estudo

As limitações do estudo estão Limitações do estudo as buscas realizadas nas bases de dados foram nos idiomas português, inglês e espanhol, fato esse que pode não ter contemplado artigos relacionados a dor mamilar em outros idiomas no período.

### 4.4 Contribuições para a área da enfermagem

O estudo contribui como apoio para profissionais e estudantes de saúde que atuam no puerperal e como forma de orientar as estratégias de tratamento para essa população. Ressalta-se que a terapêutica escolhida deve atender as singularidades de cada mulher, levando-se em consideração as fragilidades que o período puerperal impõe. A percepção da dor é individual e variável para cada mulher, dessa forma a melhor estratégia para a redução da dor é a que melhor se encaixa as dimensões biopsicossocial das mulheres.

## 5 | CONCLUSÕES

Esta revisão permitiu compreender as terapêuticas com potencial para a redução da dor mamilar que as principais estratégias são a utilização de lanolina, o azeite de oliva, a massagem manual no local e a antibioticoterapia associada a analgésicos. Assim, existem uma grande diversidade de tratamentos medicamentosos e não medicamentosos a dor mamilar durante a amamentação.

## REFERÊNCIAS

ABOU-DAKN, M.; FLUHR, J.W.; GENSCHE, M.; WÖCKEL, A.. Positive Effect of HPA Lanolin versus Expressed Breastmilk on Painful and Damaged Nipples during Lactation. **Skin Pharmacology And Physiology**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 27-35, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1159/000318228>. Acesso em: 8 set.2021.

ALVES, Vanessa Mouffron Novaes; FURLAN, Renata Maria Moreira Moraes; MOTTA, Andréa Rodrigues. Immediate effects of photobiomodulation with low-level laser therapy on muscle performance: an integrative literature review. **Revista Cefac**, [S.L.], v. 21, n. 4, p. 1-9, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216/201921412019>. Acesso em: 8 set.2021.

AMIR, Lisa H; JONES, Lester e; BUCK, Miranda L. Nipple pain associated with breastfeeding: incorporating current neurophysiology into clinical reasoning. **Australian Family Physician**, [S.L.], v. 44, n. 3, p. 127-132, mar. 2015. Disponível em: <https://www.racgp.org.au/afp/2015/march/nipple-pain-associated-with-breastfeeding-incorporating-current-neurophysiology-into-clinical-reasoning>. Acesso em: 8 set.2021.

AVIGNON, Valerie. Treatment of nipple pain in breastfeeding women in the postpartum ward of the University Hospital of Lausanne: a best practice implementation project. **Jbi Database Of Systematic Reviews And Implementation Reports**, [S.L.], v. 16, n. 4, p. 1048-1067, abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11124/jbisrir-2017-003539>. Acesso em: 8 set.2021.

BARBOSA, Diana Manfré; CALIMAN, Manuela Zandonadi; ALVARENGA, Sandra Cristina; LIMA, Eliane de Fátima Almeida; LEITE, Franciele Marabotti Costa; PRIMO, Cândida Caniçali. Avaliação dos fatores associados ao trauma mamilar. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1063-1069, out. 2018. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6322/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6322/pdf_1). Acesso em: 8 set.2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 23. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_cab23.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf). Acesso em: 8 set.2021.

CAMARGO, Bárbara Tideman Sartorio; COCA, Kelly Pereira; AMIR, Lisa Helen; CORRÊA, Luciana; ARANHA, Ana Cecília Corrêa; MARCACINE, Karla Oliveira; ABUCHAIM, Érika de Sá Vieira; ABRÃO, Ana Cristina Freitas de Vilhena. The effect of a single irradiation of low-level laser on nipple pain in breastfeeding women: a randomized controlled trial. **Lasers In Medical Science**, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 63-69, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10103-019-02786-5>. Acesso em: 8 set.2021.

COCA, Kelly Pereira; PINTO, Vânia Lopes; WESTPHAL, Flavia; MANIA, Pâmilla Nayara Alves; ABRÃO, Ana Cristina Freitas de Vilhena. Conjunto de medidas para o incentivo do aleitamento materno exclusivo intra-hospitalar: evidências de revisões sistemáticas. **Rev Paul Pediatr.**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 214-220, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/rpp/a/8y5wssjbrBym7XjhnH9sJrS/?lang=pt>. Acesso em: 8 set.2021.

CORDERO, María José Aguilar; VILLAR, Norma Mur; BARRILAO, Rafael Guisado; CORTÉS, Manuel Eduardo Cortés; LÓPEZ, Antonio Manuel Sánchez. Application of Extra Virgin Olive Oil to Prevent Nipple Cracking in Lactating Women. **Worldviews On Evidence-Based Nursing**, [S.L.], v. 12, n. 6, p. 364-369, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12113>. Acesso em: 8 set.2021.

DENNIS, Cindy-Lee; SCHOTTLE, Nancy; HODNETT, Ellen; MCQUEEN, Karen. An All-Purpose Nipple Ointment Versus Lanolin in Treating Painful Damaged Nipples in Breastfeeding Women: a randomized controlled trial. **Breastfeeding Medicine**, [S.L.], v. 7, n. 6, p. 473-479, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2011.0121>. Acesso em: 8 set.2021.

FEIN, Sara B. Aleitamento materno exclusivo para crianças menores de 6 meses. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 3, p. 181-182, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0021-75572009000300001>. Acesso em: 8 set.2021.

FEITOSA, Dayse Patrícia Ruiz de Araujo; MOREIRA, Lais Cezarino; POSSOBON, Rosana de Fátima; LODI, Jucilene Casati. Tratamento para dor e trauma mamilar em mulheres que amamentam: revisão integrativa de literatura. **Rev. Nursing**, São Paulo, v. 22, n. 256, p. 3160-3164, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36489/nursing.2019v22i256p3160-3164>. Acesso em: 8 set.2021.

JACKSON, Kimberley T.; DENNIS, Cindy-Lee. Lanolin for the treatment of nipple pain in breastfeeding women: a randomized controlled trial. **Maternal & Child Nutrition**, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 1-10, 1 ago. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/mcn.12357>. Acesso em: 8 set.2021.

MENDES, Karina dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>. Acesso em: 8 set.2021.

MORLAND-SCHULTZ, Kristine; HILL, Pamela D. Prevention of and Therapies for Nipple Pain: a systematic review. **Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, [S.L.], v. 34, n. 4, p. 428-437, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0884217505276056>. Acesso em: 8 set.2021.

MUDDANA, Anitha; ASBILL, Diane T.; JERATH, Maya R.; STUEBE, Alison M.. Quantitative Sensory Testing, Antihistamines, and Beta-Blockers for Management of Persistent Breast Pain: a case series. **Breastfeeding Medicine**, [S.L.], v. 13, n. 4, p. 275-280, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2017.0158>. Acesso em: 8 set.2021.

NASCIMENTO, Thâmara Cristina Anjos; BEATRIZ, Uly Tavares; SANTANA, Luciana Lobo de; BESSA, Keyla Pinto; OLIVEIRA, Max Menezes. Uso da lanolina para tratamento de fissura mamilar em puérperas. **Caderno de Graduação: Ciências Biológicas e da Saúde** - UNIT, Sergipe, v. 6, n. 1, p. 43-56, 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/7705/3866>. Acesso em: 8 set.2021.

OLIVEIRA, Flávia Silva; VIEIRA, Flaviana; CECILIO, Jessica Oliveira; GUIMARÃES, Janaína Valadares; CAMPBELL, Suzanne Hetzel. The effectiveness on health education to prevent nipple trauma from breastfeeding: a systematic review. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 333-345, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000200002>. Acesso em: 8 set.2021.

PUAPORNONG, Pawin; PARITAKUL, Panwara; SUKSAMARNWONG, Maysita; SRISUWAN, Siriwan; KETSUWAN, Sukwadee. Nipple Pain Incidence, the Predisposing Factors, the Recovery Period After Care Management, and the Exclusive Breastfeeding Outcome. **Breastfeeding Medicine**, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 169-173, abr.2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2016.0194>. Acesso em: 8 set.2021.

SCHNEIDER, Luana Roberta; PEREIRA, Rui Pedro Gomes; FERRAZ, Lucimare. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 594-605, set. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811804>. Acesso em: 8 set.2021.

SHIMODA, Gilcéria Tochika; ARAGAKI, Ilva Marico Mizumoto; SOUSA, Clóvis Arlindo de; SILVA, Isilia Aparecida. Associação entre persistência de lesão de mamilos e condições de aleitamento materno. **Revista Mineira de Enfermagem (REME)**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 68-74, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140006>. Acesso em: 8 set.2021.

WEIGERT, Enilda M. L.; GIUGLIAN, Elsa R. J.; FRANÇA, Maristela C. T.; OLIVEIRA, Luciana D. de; BONILHA, Ana; SANTO, Lílian C. do Espírito; KÖHLER, Celina Valdez F. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 4, p. 310-316, ago. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572005000500009>. Acesso em: 8 set.2021.

WITT, Ann M.; BOLMAN, Maya; KREDIT, Sheila; VANIC, Anne. Therapeutic Breast Massage in Lactation for the Management of Engorgement, Plugged Ducts, and Mastitis. **Journal Of Human Lactation**, [S.L.], v. 32, n. 1, p. 123-131, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0890334415619439>. Acesso em: 8 set.2021.

WITT, Ann M.; BURGESS, Kelly; HAWN, Thomas R.; ZYZANSKI, Steven. Role of Oral Antibiotics in Treatment of Breastfeeding Women with Chronic Breast Pain Who Fail Conservative Therapy. **Breastfeeding Medicine**, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 63-72, mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2013.0093>. Acesso em: 8 set.2021.



## SAÚDE DA MULHER E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA VISÃO DA FISIOTERAPIA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 21/08/2021

### Larissa Mantoan do Nascimento

Universidade Presbiteriana Mackenzie  
SP, São Paulo  
<http://lattes.cnpq.br/1942484514542760>

### Ligia Maria da Costa Canellas

Universidade Presbiteriana Mackenzie.  
SP, São Paulo  
<http://lattes.cnpq.br/1141574217471456>

### Susi Mary Fernandes

Universidade Presbiteriana Mackenzie.  
SP, São Paulo  
<http://lattes.cnpq.br/1297612291168621>

### Gisela Rosa Franco Salerno

Universidade Presbiteriana Mackenzie  
SP, São Paulo  
<http://lattes.cnpq.br/0984709490490836>

**RESUMO: Introdução:** A população brasileira é, em sua maioria, formada por mulheres que também são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, a partir da década de 80 começam surgir propostas educativas com ênfase na abordagem de gênero e na integralidade incorporando a nova visão sobre a mulher inserindo assim a fisioterapia com uma atenção resolutiva e humanizada. **Objetivo:** Verificar a evolução da fisioterapia na saúde da mulher e suas políticas públicas no Sistema Único de Saúde. **Método:** Foi realizada

a pesquisa por meio das bases de dados eletrônicas: Pubmed, Scielo, Lilacs, Medline e Scholar Google, referentes a publicações entre os anos de 1998 a 2019. Utilizou-se para seleção dos artigos as palavras-chave contempladas na DeCS. A pesquisa foi limitada às línguas inglesa, espanhola e portuguesa e foi realizada uma análise na íntegra dos artigos relevantes ao objetivo proposto. **Resultados:** Foram selecionados 20 estudos que contemplavam a temática para a realização da revisão. Em relação às políticas públicas, a atenção em saúde da mulher no Brasil enfatizava uma forte preocupação com o grupo materno-infantil, nesse contexto surgiu o PAISM e PNAISM. Porém, em especial a fisioterapia ganha um espaço marcante no âmbito e sua inserção no serviço tornam-se viável com a criação do NASF. **Conclusão:** A atuação fisioterapêutica nesse contexto é fundamental, pois abrange o sujeito em sua integralidade direcionando ao objetivo proposto nos programas governamentais brasileiros, abrangendo ações de preventivas, de promoção e tratamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** PAISM; Sistema Único de Saúde; saúde da mulher.

### WOMEN'S HEALTH AND THE UNIQUE HEALTH SYSTEM: A VIEW OF PHYSIOTHERAPY

**ABSTRACT: Introduction:** The Brazilian population is mostly made up of women who are also the main users of the Unified Health System (SUS). Therefore, from the 1980s onwards, educational proposals began to emerge with an emphasis on the approach to gender and

integrality, incorporating the new vision of women, thus inserting physiotherapy with a resolute and humanized care. **Objective:** To verify the evolution of physical therapy in women's health and its public policies in the Unified Health System. Method: The search was carried out using electronic databases: Pubmed, Scielo, Lilacs, Medline, and Scholar Google, referring to publications among the years 1998 to 2019. The keywords included in the DeCS were used to select the articles. The research was limited to English, Spanish and Portuguese and an analysis of the articles relevant to the proposed objective was carried out. **Results:** 20 studies were selected that addressed the theme for the review. In relation to public policies, women's health care in Brazil emphasized a strong concern with the mother and child group, in this context the PAISM and PNAISM emerged. However, physiotherapy in particular gains a remarkable space in the scope and its insertion in the service becomes viable with the creation of the NASF. **Conclusion:** The physiotherapeutic action in this context is essential, as it covers the subject in its entirety, directing the objective proposed in the Brazilian government programs, including preventive, promotion, and treatment actions.

**KEYWORDS:** Comprehensive Health Care; Unified Health System; Women's Health.

## INTRODUÇÃO

Em outubro de 1988, foi criado o Sistema Único de saúde (SUS) do Brasil. No contexto social do país, fato marco do período foi à promulgação da nova Constituição Federal, em que se caracterizava pelo processo de retorno do regime democrático após ditadura militar. A nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e da origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde (Paiva e Teixeira, 2014).

O sistema é organizado e articulado de serviços e ações de saúde integrantes das organizações públicas nas esferas municipais, estaduais e federal, além dos serviços privados como complementares. Antes do SUS, havia uma tradicional duplicidade no comando na área da saúde, sendo o Ministério da Saúde que cuidava das ações preventivas e de caráter coletivo e o Instituto Nacional de previdência e Assistência Social (INPS) que se responsabilizava pela assistência médica de caráter curativo prestado aos indivíduos, porém era assegurada apenas aos trabalhadores que estavam inseridos formalmente no trabalho prestando contribuição. Aos demais, não tinham esse direito, podendo ter assistência apenas nos poucos serviços públicos ou filantrópicos (Aguiar, 2015).

Logo, surgiu a Lei 8080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo país (Aguiar, 2015). A base do Sistema Único de Saúde é norteada por princípios doutrinários e organizativos, sendo os doutrinários: a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção. Já os princípios organizativos estão à descentralização, a regionalização, a hierarquização do sistema e a participação e o controle social (Ministério da Saúde, 2013-2019).

A atenção básica é o eixo central de reestruturação do modelo assistencial

brasileiro, as suas demandas emanadas é a base para que os outros níveis de atenção sejam planejados, além de oferecer uma assistência primária, possuindo o dever de ser resolutiva (Junior, 2010).

Fazendo uma análise histórica no modelo de produção capitalista foi instaurado no Estado uma designação prioritária, em que o homem assume o papel de produção e a mulher de reprodução com um suporte ideológico baseado desde os primórdios. Deste modo, a família é construída por influência de ideias e representações proposto pelo sistema. As mulheres assumem o papel de cuidadoras, não só dos filhos, mas também pelo cuidado de outras pessoas da família como velhos, doentes; incluindo nesse aspecto a socialização e a manutenção de indivíduos no decorrer da vida (Fonseca, 1999).

Desta forma, ao analisar a população brasileira, percebe-se que sua maioria é formada por mulheres (50,77%) que também são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). A situação de saúde desse grupo envolve diferentes aspectos biopsicossociais algumas vezes desfavoráveis. No entanto, sabe-se que as mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem com maior frequência (Ministério da Saúde, 2004). Assim, ocorreu a necessidade da criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, em meio a uma luta feminista com a construção de políticas destinadas para as demandas das mulheres (Coelho et al., 2009).

No ano de 2004 o Ministério da Saúde cria a PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher) inspirada no PAISM (Barbosa, 2010). A política resgata as propostas educativas e os princípios do SUS, com ênfase na abordagem de gênero e na integralidade como norteadores das práticas de cuidado à saúde das mulheres (Coelho et al., 2009). O PNAISM foi elaborado em parceria com setores da sociedade, em especial o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional (Paz e Salvaro, 2011).

Para a garantia da assistência integral, com acesso à atenção primária, secundária, terciária e quaternária necessitou-se da ampliação da capacidade do SUS (Junior, 2010). Momento no qual surgiu o Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (Rosa e Labater, 2005). O PSF faz a promoção da saúde, ou seja, os indivíduos e famílias devem ser assistidos antes do surgimento dos problemas e agravos de saúde (Delai e Wisnewski, 2011).

Com a necessidade de fortalecimento do PSF, em 24 de janeiro de 2008 foi criado o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) com o objetivo de ampliar a abrangência das ações de atenção básica e sua eficácia e eficiência, composta por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, de acordo com densidade populacional de cada município. A equipe é formada por: médico acupunturista, assistente social, professor de Educação Física, farmacêutico fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, homeopata, nutricionista, pediatra, psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional (Barbosa et al., 2010).

Sendo assim, a atuação da fisioterapia na atenção básica engloba a assistência à mulher em clínica ginecológica na Incontinência urinária, no pré-natal, gestação de alto risco, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, distúrbios de sexualidade e disfunções sexuais, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (Ministério da saúde, 2004).

Portanto, a nova visão sobre a mulher deve passar pelo entendimento de sua integralidade de forma resolutiva e humanizada. Com a necessidade de atuar sobre os diferentes ciclos da vida da mulher dentro de uma perspectiva de direito a qualidade de vida, sendo este o principal objetivo da atenção básica na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do país (Martins e Silva, 2017). Sendo assim, foi objetivo do presente estudo verificar pelo levantamento bibliográfico a evolução da Fisioterapia na Saúde da Mulher e suas políticas públicas nos últimos 40 anos dentro do Sistema Único de Saúde.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica realizada por meio das bases de dados eletrônicas: Pubmed, Scielo, Lilacs, Medline e Scholar Google, referentes a publicações entre os anos de 1998 à 2019. A coleta e as análises dos artigos foram realizadas no período de março a outubro de 2019. Utilizou-se para seleção dos artigos as palavras-chave contempladas na Biblioteca Virtual em Saúde nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), tendo sido realizada a combinação dos termos: PAISM, PNAISM, Sistema Único de Saúde, saúde da mulher, atenção primária à saúde, modalidades de fisioterapia, Estratégia Saúde da Família, Comprehensive Health Care, Unified Health System, Women's Health, Primary Health Care, Physical Therapy Modalities, Family Health Strategy, Atención Integral de Salud, Sistema Único de Salud, Salud de La Mujer, Atención Primaria de Salud, Estrategia da Salud Familiar.

A pesquisa foi limitada às línguas inglesa, espanhola ou portuguesa, todavia que relatava serviços de saúde brasileiros em revistas internacionais. Foi realizada uma análise de títulos e resumos para obtenção de artigos potencialmente relevantes para o objetivo proposto, os quais foram lidos cuidadosa e criticamente.

Os dados foram apresentados em tabelas seguindo o título, autor, tipo de estudo, objetivos, resultados, conclusão, base eletrônica, descritor e ano.

## RESULTADOS

Durante a revisão foram identificados 175 artigos na SciElo, 93 artigos na Lilacs e 60.560 artigos na Google Scholar. Não encontramos artigos relevantes ao objetivo na língua inglesa e espanhola e na base de dados Pubmed e Medline. Após o cruzamento dos descritores, foram selecionados 31 artigos; posteriormente, foi realizada a leitura, resultando em um total de 20 estudos selecionados que contemplavam a temática (Tabela 1).

<b>Título</b>	<b>Autor Estudo/Ano</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Conclusão</b>
PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil	Osís et al. Revisão (1998)	Análise da história e o significado social do PAISM, lançado pelo Ministério da Saúde em 1983.	O PAISM foi pioneiro ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres.
Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher	D'Oliveira et al. Revisão (1999)	Discussão de questões sobre as ações educativas em saúde a partir do PAISM.	O programa trouxe riscos na incorporação do poder, seja por referência às questões homem-mulher.
Mulher, direito e saúde: repensando o nexo coesivo	Fonseca et al. Revisão (1999)	História de três elementos básicos: mulher, direito e saúde, articulados entre si, os direitos humanos e a implementação do PAISM no SUS.	Ao pensar nos direitos das mulheres implica redefinir o que se entende por mulher/vida de mulher, direito e saúde.
Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal	Giffin et al. Revisão (2002)	Abordagem na atualização das desigualdades de gênero que ocorrem no Brasil nas últimas duas décadas.	O PAISM é exemplo da apropriação e esvaziamento de propostas e princípios advindos de um movimento social.
O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros	Andrade et al. Revisão (2005)	Análise do PSF como política de atenção básica do SUS, sua expansão na cobertura populacional e a melhoria dos indicadores.	Ainda é um desafio garantir a efetiva participação popular em busca de um PSF mais responsivo.
Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto	Bio et al. Ensaio clínico (2006)	Investigar a influência da mobilidade da parturiente durante a fase ativa do trabalho de parte.	A mobilidade adequada da parturiente influencia de maneira positiva o trabalho de parto.
Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação	Silva et al. Estudo de caso (2007)	Análise da formação acadêmica do fisioterapeuta em relação ao PSF sob a ótica dos atores envolvidos.	O entendimento das enfermeiras e das alunas, sobre a atuação do fisioterapeuta no PSF está pautado nas doenças.
Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão	Medeiros et al. Revisão (2009)	Análise da integralidade passa a ser utilizada como referência no campo da saúde da mulher a partir do proposto na atualidade pela PNAISM.	A integralidade na efetividade dos cuidados depende de três fatores: mulher como sujeito da saúde; o PAISM como campo de saúde para mulheres e a produção de conhecimento científico.
Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil	Costa et al. Revisão (2009)	Evolução a partir dos anos setenta do processo participativo dos movimentos de mulheres, articulado à construção de políticas de saúde.	A saúde das mulheres deve ser concebida valorizando a perspectiva de classe social e de gênero na determinação social da saúde.
Inserção do fisioterapeuta no PSF: uma proposta ética e cidadã	Gama et al. Revisão (2010)	Análise da história sobre a inserção do fisioterapeuta no PSF.	Incentivo a educação permanente para a reorganização dos serviços de saúde.

A Contribuição do Fisioterapeuta para o PSF: uma revisão da literatura	Borges et al. Revisão (2010)	Demonstração da contribuição do Fisioterapeuta para o PSF.	O fisioterapeuta na comunidade se torna relevante porque contribui na promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde.
O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente	Bavaresco et al. Revisão (2011)	Verificação dos recursos fisioterapêuticos e a participação do fisioterapeuta pela visão científica sobre influência na fisiologia da dor.	Todos os recursos são vantajosos. Todavia, a TENS ainda aparece com resultados inconclusivos para essa situação.
Inquérito domiciliar sobre uso da Fisioterapia por mulheres em Guarapuava-Paraná-Brasil	Bim et al. Transversal (2011)	Verificação a prevalência do uso da fisioterapia por mulheres e analisar as variáveis associadas à sua utilização.	A prevalência do uso da fisioterapia pode estar aumentando no país, mas estratégias de ação e planejamento de políticas públicas precisam ser enfatizadas.
Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira	Portes et al. Revisão (2011)	Análise da atuação dos fisioterapeutas na atenção primária e seu aprofundamento e reflexão sobre a prática profissional neste cenário.	A fisioterapeuta na APS demonstra importância, complexidade e subjetividade.
Conhecimentos dos usuários da ESF sobre a fisioterapia	Carvalho et al. Transversal (2011)	Investigação do conhecimento dos usuários do Programa Saúde da Família sobre a Fisioterapia.	O conhecimento é restrito no campo de atuação da fisioterapia, necessitando maior divulgação
PAISM: O olhar de mulheres que a construíram	Lemos et al. Qualitativa (2011)	Conhecer mulheres que participaram da implantação do PAISM nas três instâncias de governo	PAISM se tornou uma política pública, porém, o grande desafio está em efetivá-lo.
PNAISM: Propostas educativas em foco	Paz et al. Revisão (2011)	Propostas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM).	A efetivação dessa política demanda ações de promoção e prevenção em saúde conseguido com educação.
Educação de funcionárias de UBS acerca da atenção fisioterapêutica na incontinência urinária: relato de experiência	Figueiredo et al. Relato de experiência (2012)	Identificação das usuárias que apresentam IU e implementar tratamento fisioterápico a essas usuárias em UBS.	Ação educativa traduzindo sua autonomia e emancipação para o autocuidado.
Educação em saúde para grávidas e puérperas	Regra et al. Ensaio clínico (2017)	Intervenção de educação em saúde sobre conhecimentos básicos de saúde materno infantil.	O estudo proporcionou aumento no conhecimento das participantes
Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação	Warmling et al. Estudo de caso (2018)	Análise da medicalização e humanização na atenção primária em saúde no PSF.	As práticas das equipes de saúde generalistas são legitimadas pelos gestores das políticas públicas.

TABELA 1: Apresentação dos artigos, seguindo título, autor, ano, objetivos e conclusão.

## DISCUSSÃO

Os artigos selecionados para a revisão bibliográfica abordam diferentes assuntos em torno da fisioterapia e saúde da mulher durante anos. No entanto, é importante salientar alguns aspectos sobre o teor. Para compreender as especificidades da vida das mulheres inclusive a saúde é preciso entender o seu papel e o contexto em que estão inseridas na sociedade contemporânea e como ocorreu essa construção ao longo do tempo (Costa, 2009).

Em relação às políticas públicas, a atenção em saúde da mulher no Brasil enfatizava uma forte preocupação com o grupo materno-infantil. Nesse contexto surgiu, em 1983, o PAISM, sendo anunciado como uma nova abordagem da saúde da mulher, baseado no conceito de “atenção integral à saúde” (Osis, 1998). O processo de implantação do PAISM apontou para três vertentes que são: uma na perspectiva do profissional, outra na perspectiva da organização dos serviços e por último pela incorporação do movimento social. Mulheres que participaram da implantação do PAISM nas três instâncias de governo descrevem que o grande desafio é efetivá-lo em estudo (Lemos, 2011).

Avançando no tempo, em 2004 ocorreu o lançamento da PNAISM que acompanhou a trajetória da criação do SUS e reafirmou e ampliou as diretrizes da PAISM (Paz e Salvaro, 2011). Pauta a humanização e qualidade da atenção para que as ações tenham resolutividade, o fortalecimento da capacidade das mulheres frente à reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (Lemos, 2011).

O PSF surge como uma política nacional de saúde em 1994 dentro de um contexto rico de influências política do Estado, sendo caracterizadas pela evolução do SUS, o perfil epidemiológico brasileiro e a pressão institucional internacional por políticas consistentes (Andrade, Bezerra, Barreto, 2005). Segundo Dalai e Wisniewski, o trabalho do PSF é a promoção da saúde, ou seja, os indivíduos e famílias devem ser assistidos antes do surgimento dos problemas e agravos de sua saúde estabelecendo uma relação permanente entre os profissionais de saúde e a população (Dalai e Wisniewski, 2011).

Em 2006, o Ministério da Saúde cria o Pacto pela Saúde servindo como instrumento para mudanças significativas nas normativas do SUS e comporta três dimensões: o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (COFFITO, 2009). Em destaque o Pacto pela Vida está diretamente ligado a mais um passo na saúde da mulher, pois duas prioridades listadas são a redução dos números de casos do câncer de colo de útero e de mama e a redução da mortalidade infantil e materna.

Portanto, esses foram os eventos de maior importância na evolução da saúde da mulher no Brasil. Diante desse cenário, muitas especialidades da área da saúde são indispensáveis para a concretização das políticas públicas conquistadas. Porém, em especial a fisioterapia ganha um espaço marcante no âmbito da atenção básica à saúde e a sua inserção no serviço torna-se viável com a criação do NASF (Borges et al., 2010).

Embora ainda pouco conhecida pela maioria da população, e até pelos próprios profissionais de saúde, a intervenção da fisioterapia na saúde da mulher é ampla e específica (CREFITO 15, 2019). Segundo Carvalho (2011), o conhecimento é restrito no campo de atuação da fisioterapia, em sua pesquisa foi constatado que a maioria dos entrevistados já tinha ouvido falar sobre a fisioterapia e a considerava importante, mas o conhecimento era em torno dos aspectos de reabilitação e tratamento, nas áreas específicas de neurologia e ortopedia basicamente, não reconhecendo a presença do profissional na área de promoção a saúde e ações educativas.

A prevalência do uso da fisioterapia por mulheres foi de 27,3%, de modo que grande parte dessa porcentagem utiliza o serviço público (48%). Esse é um fato que afirma a necessidade de estratégias de ação e planejamento de políticas públicas para ampliar o acesso ao serviço (Bim e Previdellii, 2011).

Durante a vida, a mulher passa por diferentes ciclos e mudanças no corpo e na mente desde a infância até a velhice que merece uma atenção exclusiva. Registros históricos da área são escassos, mas os primeiros apontamentos da atuação da fisioterapia na saúde da mulher aparecem na Inglaterra no século XX dentro das equipes de obstetrícia e ginecologia. Em âmbito internacional, os primeiros estudos científicos aconteceram na década de 40 com os seguintes temas principais: assoalho pélvico, gestação, pré e pós-parto e estudos dirigidos ao câncer de mama e colo de útero surgiram mais tarde nos anos 60 e 80. Apenas em 1999, houve o reconhecimento da Organização Internacional de Fisioterapeutas em Saúde da Mulher (OIPTWH) pela Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT) (CREFITO 15, 2019).

No Brasil, uma associação civil sem fins lucrativos, representativa dos fisioterapeutas que atuam na área de saúde da mulher que se destaca nesse processo é a ABRAFISM (Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher). Foi criada por fisioterapeutas de todo o país, reunidos em assembleia durante o Cobraf em São Paulo no dia 07 de outubro de 2005. A ABRAFISM deu um passo histórico, se tornando a primeira associação da América Latina a se tornar membro da OIPTWH durante o Congresso Mundial de Fisioterapia realizado em Vancouver no Canadá em 4 de junho de 2007 (ABRAFISM, 2013).

Este campo foi legitimamente reconhecido como especialidade pela Resolução COFFITO nº 372/2009, datada de 06 de novembro de 2009 pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Desde seu reconhecimento, a importância deste campo está sendo cada vez mais crescente. Segundo a resolução do COFITTO, esta especialidade, abrange cinco áreas de atuação, entre elas: Assistência Fisioterapêutica em Uroginecologia e Coloproctologia; Assistência Fisioterapêutica em Ginecologia; Assistência Fisioterapêutica em Obstetrícia; Assistência Fisioterapêutica nas Disfunções Sexuais Femininas; e Assistência Fisioterapêutica em Mastologia (COFFITO, 2009).

O papel fundamental do fisioterapeuta é realizar uma releitura dos fundamentos das políticas públicas com análise de suas práticas para adaptação a realidade e



consequentemente contribuição para a mudança do quadro social e sanitário do país, buscando entender as necessidades da população para a resolução de seus problemas. É um profissional que se dedica ao estudo e à investigação do movimento humano, das funções corporais, atividades de vida diária, desenvolvimento das potencialidades, visando o estado fisiológico do ser humano e adaptando as suas condições de vida como o objetivo principal de promoção, prevenção e recuperação da saúde individual e/ou coletiva (Delai e Wisniewski, 2011).

Dentre a fisioterapia na saúde da mulher, destaca-se a atuação na orientação e conscientização a mulher para que ela se desenvolva em toda a sua potencialidade durante todos os ciclos da vida. Pode-se exemplificar com as seguintes condutas: grupos de gestantes, correção de posturas corporais, exercícios de alongamento e fortalecimento muscular, relaxamento e auxílio ao retorno venoso, orientações sobre exercícios respiratórios, incentivo ao aleitamento materno, orientações dos cuidados materno-infantil, orientação de prevenção de DSTs, tratamento de doenças do trato vaginal e fecal, acompanhamento do pré e pós-parto, entre outras (Bavaresco et al., 2011).

O fisioterapeuta participando da equipe obstétrica no trabalho de parto segundo a visão científica proporciona maior confiança, conforto e alívio da dor promovendo um suporte físico e emocional deixando a atenção mais humanizada. O suporte fisioterapêutico inclui banhos, crioterapia, massagens, técnicas respiratórias, deambulação, posições verticais e a neuro eletroestimulação transcutânea (TENS) (Bio, Bittar e Zugaib, 2006; Bavaresco et al., 2011).

Segundo Portes, ao analisar três estudos que verificaram o nível de satisfação dos usuários que foram atendidos por fisioterapeutas no SUS, o resultado encontrado para a pesquisa é que a satisfação é ótima para a maioria da população, e isso tem a ver com as dimensões de respeito, consideração, escuta qualidade de atendimento e eficácia dos serviços prestados (Portes, 2011).

Vale salientar que a abordagem mais atual da fisioterapia na atenção primária refere-se à presença de campanhas e projetos educacionais que desmistifiquem crenças e padrões morais de compreensão do protagonismo feminino. Um exemplo de ação de educação em saúde é o “Cuidar de Quem Cuida” descrito no estudo de Figueiredo et al., em que funcionárias de unidade básica de saúde que apresentavam Incontinência urinária realizaram tratamento fisioterápico. As participantes relataram que passaram a desenvolver hábitos urinários saudáveis e realizar exercícios para os Músculos do assoalho pélvico (MAP). Assim, o programa instrumentalizou as funcionárias a desenvolver o autocuidado e identificar necessidade de assistência às usuárias promovendo autonomia e emancipação para cuidar de si e do seu entorno (Figueiredo, 2012).

No estudo de Regra et al., a abordagem de educação popular é uma alternativa eficaz para aumento do conhecimento geral e visa estimular a adoção de mudanças de comportamento, sugerindo que as informações sobre saúde e doença devem ser

dialogadas com os indivíduos e os grupos contribuindo positivamente para a prevenção e proteção específica de doenças, especificamente na área da saúde da mulher (Regra, Salerno e Fernandes, 2017).

Com base nos artigos analisados para o devido estudo, pode-se afirmar que as propostas de políticas públicas na área da saúde da mulher defendidas no PAISM e reforçadas no PANAISM a entono de 40 anos atrás, ainda é um tema atual e que requer imposição ao governo brasileiro para total efetividade na sua implementação. Sendo assim, tanto o PAISM quanto o PANAISM objetivam assegurar a representação das mulheres que historicamente tiveram seus direitos negados, apoiando o empoderamento feminino e o seu autocuidado com a ampliação de seus conhecimentos em relação à saúde.

Cabe enfatizar que quando se trata da articulação da fisioterapia e o contexto histórico das conquistas na saúde da mulher no SUS é visto uma carência literária importante, de modo que se encontra com facilidade pesquisas que estudam os fatos isolados. Entretanto, são necessários mais estudos sobre o tema que demostre essa interligação.

## CONCLUSÃO

A evolução da saúde da mulher é caracterizada por suas ampliações principalmente pela disseminação das políticas públicas propostas pelo PAISM e PANAISM e a atuação fisioterapêutica é fundamental, pois abrange a integralidade direcionando realmente ao objetivo proposto nos programas governamentais brasileiros. As diversas áreas que o profissional pode estar inserido são: oncologia (ginecológica e mamária), uroginecologia (incontinência urinária e fecal), ginecologia (disfunções sexuais, dor pélvica crônica, endometriose, climatério) e obstetrícia (gestação e pós-parto) auxiliando em todas as fases da vida da mulher.

O direcionamento está na ESF e na NASF com ações de prevenção, promoção, tratamento e propostas educativas visando à melhora da condição física e qualidade de vida e promovendo o empoderamento e o autocuidado ao indivíduo.

## REFERÊNCIAS

1. Aguiar ZN. SUS Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2015.
2. Andrade LOM, Bezerra RCR, Barreto ICHC. O Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção básica à saúde nos municípios brasileiros. R AP 2005; 39(2): 327-49.
3. ABRAFISM. Quem somos. Associação Brasileira de Fisioterapia em Saúde da Mulher, 2013. Disponível em: [acessado 2019 nov 13].
4. Bim CR, Pelloso SM, Previdellii TS. Inquérito domiciliar sobre uso da Fisioterapia por mulheres em Guarapuava-Paraná-Brasil. Ciência & Saúde Coletiva 2011; 16(9): 3837-3844.

5. Bavaresco GZ, Souza RSO, Almeida B, Sabatino JH, Dias M. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(7): 3259-3266.
6. Borges AMP, Salício VAMM, Gonçalves MANB, Lovato M. A Contribuição do Fisioterapeuta para o Programa de Saúde da Família – uma revisão da literatura. *UNICiências* 2010; 14(1).
7. Bio E, Bittar RE, Zugaib M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28(11): 671-679.
8. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR, Ribeiro EEN. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter. Mov.* 2010; 23(2): 323-330.
9. COFFITO. Resolução nº 372, de 6 de novembro de 2009. Coffito, 2009.
10. Coelho EAC, Silvia CTO, Oliveira JF, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc Anna Nery Ver Enferm* 2009; 13(1): 154-160.
11. Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14(4):1073-1083.
12. CREFITO 15. Fisioterapia na saúde da mulher. Conselho regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 15ª região.
13. Carvalho STRF, Caccia-Bava MCGG. Conhecimentos dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre a fisioterapia. *Fisioter. Mov.* 2011; 24(4):655-664.
14. Delai KDD, Wisnewski SW. Inserção do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(Supl.1):1515-1523.
15. D'oliveira AFL. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. *Interface\_Comunicação, Saúde, Educação* 1999; 3(4).
16. Fonseca RMGS. Mulher, direito e saúde: repensando o nexos coesivo. *Saúde e Sociedade* 1999; 8(2): 3-32.
17. Foucault M. *História da Sexualidade 1: A vontade de saber.* 17ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006.
18. Figueiredo EM, Baracho SM, Vaz CT, Sampaio RF. Educação de funcionárias de unidade básica de saúde acerca da atenção fisioterapêutica na incontinência urinária: relato de experiência. *Fisioter Pesq.* 2012; 19(2):103-108.
19. Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad. Saúde Públ.* 2002; (Supl.18): 103-112.
20. Gama KCSD. Inserção do fisioterapeuta no programa de saúde da família: Uma proposta ética e cidadã. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor* 2010; 3(1): 12-29.
21. Júnior JPB. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(Supl.1): 1627-1636.

22. Lemos A. Atenção integral à saúde da mulher: O olhar de mulheres que a construíram. R. Enferm. Cent. O. Min. 2011; 1(2): 220-227.
23. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. 2013-2019.
24. Ministério da saúde. Política nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes. 1ª edição. Brasília: Editora MS, 2004.
25. Machado RR, Costa E, Erdmann AL, Albuquerque GL, Ortiga AMB. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. Rev. Eletr. Enf. 2009; 11(1): 181-7.
26. Martins JTC, Silva VR. Dialogando sobre incontinência feminina, qualidade de vida e políticas públicas de saúde para a mulher brasileira. Serv. Soc. & Saúde, Campinas 2017; 16, 2(24): 257-278.
27. Ministério da saúde. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006.
28. Medeiros PF, Guareschi NMF. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. Estudos Feministas 2009; 17(1): 296.
29. Osis MJMD. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Públ. 1998; 14(Supl.1):25-32.
30. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos 2014; 21(1): 15-35.
31. Paz APB, Salvaro GIJ. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: propostas educativas em foco. Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID), Número Monográfico 2011; 121-133.
32. Portes LH, Caldas MAJ, Paula LT, Freitas MS. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. Rev. APS 2011; 1(1): 111-119.
33. Rosa WAG, Labater RC. Programa saúde da família: A construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(6):1027-1034.
34. Regra GL, Salerno GRF, Fernandes SMS. Educação em saúde para grávidas e puérperas. Pesquisa em Fisioterapia 2017; 7(3): 351-358.
35. Silva DJ, Ros M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12(6): 1673-1681.
36. Warmling CM, Fajardo AP, Meyer DE, Bedos C. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. Cad. Saúde Pública 2018; 34(4).

# CAPÍTULO 12

## A EXPERIÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL NA PERSPECTIVA DO ACOMPANHANTE: REVISÃO DE ESCOPO

Data de aceite: 01/11/2021

### Sâmia Letícia Moraes de Sá

Acadêmica de Enfermagem da Escola Superior em Ciências da Saúde  
Brasília. DF. Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-8164-1306>

### Anne Gabrielle Rocha Moro

Acadêmica de Enfermagem da Escola Superior em Ciências da Saúde  
Brasília. DF. Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-5541-920X>

### Nathan Reis de Moraes Ramon

Acadêmica de Enfermagem da Escola Superior em Ciências da Saúde  
Brasília. DF. Brasil  
<https://orcid.org/0000-0001-9015-4334>

### Luana Nunes Lima

Enfermeira. Graduada pela Escola Superior de Ciências da Saúde  
Brasília. DF. Brasil  
<http://orcid.org/0000-0003-4620-9400>

### Eriane Correia Aquino de Andrade

Assessora Técnica na Coordenação da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Ministério da Saúde  
Brasília. DF. Brasil  
<http://orcid.org/0000-0003-2002-810X>

### Manuela Costa Melo

Doutora em Enfermagem. Escola Superior de Ciências da Saúde Brasília  
Brasília. DF. Brasil  
<http://orcid.org/0000-0002-2018-1801>

**RESUMO:** **Objetivo:** identificar produção científica acerca do impacto da hospitalização infantil na perspectiva dos pais e/ou acompanhante. **Métodos:** Revisão de Escopo, seguiu recomendações *The Institute Joanna Brigs*. Estudos selecionados a partir do diagrama de fluxo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses*. Realizada em janeiro e abril de 2020. Utilizou-se a pergunta norteadora: o que diz a literatura científica acerca do impacto da perspectiva de pais e/ou acompanhantes durante o processo de hospitalização infantil? **Resultados:** identificados 15 estudos, no quais pais e acompanhantes relataram medo, ansiedade, desespero e angústia no decorrer da internação. Os estudos reforçaram que os profissionais incorporem, em sua prática, a participação de pais e/ou acompanhantes no processo de hospitalização. **Conclusão:** Identificou-se publicações científicas que o ambiente hospitalar possui forte fator de estresse, que gera impacto negativo na vida dos acompanhantes, faz-se necessário modificações na assistência no sentido do cuidado seja centrado na família.

**PALAVRAS-CHAVE:** Jogos e brinquedo; Cuidados de enfermagem; Crianças; Humanização da assistência; Enfermagem pediátrica.

THE EXPERIENCE OF CHILD HOSPITALIZATION IN THE PERSPECTIVE OF THE COMPANION: SCOPE REVIEW

**ABSTRACT: Objective:** to identify scientific production about the impact of child

hospitalization from the perspective of parents and/or companions. **Method:** Scope Review, followed recommendations The Institute Joanna Brigs. Studies selected from the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses flow diagram. Held in January and April 2020. The guide question was used: what does the scientific literature say about the impact of the perspective of parents and/or companions during the process of child hospitalization? **Results:** 15 studies were identified, in which parents and companions reported fear, anxiety, despair and anguish during hospitalization. The studies reinforced that professionals incorporate, in their practice, the participation of parents and/or companions in the hospitalization process. **Conclusions:** It was identified scientific publications that the hospital environment has a strong stress factor, which generates a negative impact on the life of companions, it is necessary to modify the care in the sense of care be centered on the family.

**KEYWORDS:** Play and playthings; Nursing care; Children; Humanization of care; Pediatric nursing.

## INTRODUÇÃO

O adoecimento associado à hospitalização são os primeiros episódios de dificuldade que uma criança enfrenta. A hospitalização é um marco na vida de grande parte dos indivíduos internados, pois carrega consigo potencial para gerar experiências de ordem traumática, reflete diretamente não apenas na vida das crianças, mas também de pais e/ou acompanhantes (SANTOS *et al*, 2019).

A hospitalização se torna uma vivência indesejável por estabelecer o sentimento de perda, independente do período de duração e da idade (SILVEIRA *et al*, 2017). Vivenciar mudanças na rotina, incertezas com relação ao prognóstico, procedimentos invasivos e a impossibilidade exercer o cuidado integral com o ente querido, geram profundos sentimentos de medo, ansiedade, angústia e apreensão entre pais e acompanhantes, sobretudo aqueles que possuem emprego, outros filhos ou que são responsáveis pelas tarefas domésticas (MORAES e MENDES-CASTILLO, 2018).

Por isso, mensurar os conhecimentos acerca das necessidades dos pais durante o acompanhamento da criança doente, em contexto hospitalar, permitem compreender o interesse e envolvimento dos pais nos cuidados de saúde em pediatria, de modo a contribuir para a atenção à saúde qualificada e humanizada (FASSARELLA *et al*, 2019; LIMA *et al*, 2019).

As internações hospitalares de crianças é um processo capaz de alterar de maneira significativa o cotidiano da família. Por isso, este estudo justifica-se pela necessidade de realizar estudo que evidencie produção científica acerca da experiência de pais e acompanhantes durante o período de hospitalização dos seus filhos, e assim promover a discussão sobre como os pais vivenciam essa fase (DUARTE, SANTOS, REIS, 2019), e assim proporcionar assistência humanizada e holística, e reduzir os efeitos traumáticos e dolorosos da internação.

Dessa maneira, este estudo possui o seguinte objetivo: identificar produção científica acerca do impacto da hospitalização infantil na perspectiva dos pais e/ou acompanhante.

## MÉTODOS

### Desenho, local do estudo

*Trata-se de Revisão de Escopo* desenvolvido de acordo com o referencial do *Joanna Briggs Institute (JBI) (2015) Reviewers Manual*. Este estudo se baseia em fornecer a extensão de literatura disponível para determinado tema. O referencial JBI estabelece que a melhor maneira de se alcançar uma pergunta efetiva que direciona o trabalho de revisão é se utilizar da estratégia PCC, desta forma foi escolhida a questão de pesquisa, o objetivo do estudo e os descritores, conforme a combinação acrônimo PCC - P: Population - Pais e/ou acompanhantes de crianças hospitalizadas; C: Concept - impacto da experiência da hospitalização do acompanhamento da criança hospitalizada; C: Context - Unidade pediátrica. Com a seguinte pergunta de revisão: o que diz a literatura científica acerca do impacto do processo de hospitalização infantil, na perspectiva de pais e/ou acompanhantes?

### Amostra e critérios de inclusão e exclusão dos estudos

São critérios de inclusão: estudos publicados nos últimos cinco anos, estudos na língua em portuguesa, inglesa e espanhola, desenvolvidos com pais e/ou acompanhantes de crianças em processo de hospitalização. Os excluídos: estudos que trazem a perspectiva de pais e/ou acompanhantes em âmbito extra-hospitalar, editoriais, cartas ao editor, comentários críticos e livros abordando o assunto. Esse limite temporal foi escolhido por buscar as atualizações no decorrer dos cinco últimos anos.

### Busca em base de dados

Em um segundo momento foi realizada a busca de artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A coleta de dados foi realizada entre janeiro e abril de 2020. Na busca foi empregado os seguintes descritores e os termos booleanos: *childhospitalization OR child care AND caregivers OR parents OR family* de forma a identificar pesquisas que respondessem a questão norteadora desta revisão.

### Extração e categoria dos resultados

Os estudos foram extraídos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Foram realizadas leituras dos títulos e resumos, buscou-se aqueles que respondessem a questão da revisão ou excluísse as quais não encaixavam nos critérios pré-estabelecidos. Em seguida realizada leitura na íntegra dos selecionados.

Os estudos selecionados foram caracterizados nas variáveis: ano, objetivo do estudo, população/amostra e tipo/desenho de estudo (Quadro 1). O processo de busca e seleção do material poderá ser visto na figura 1.

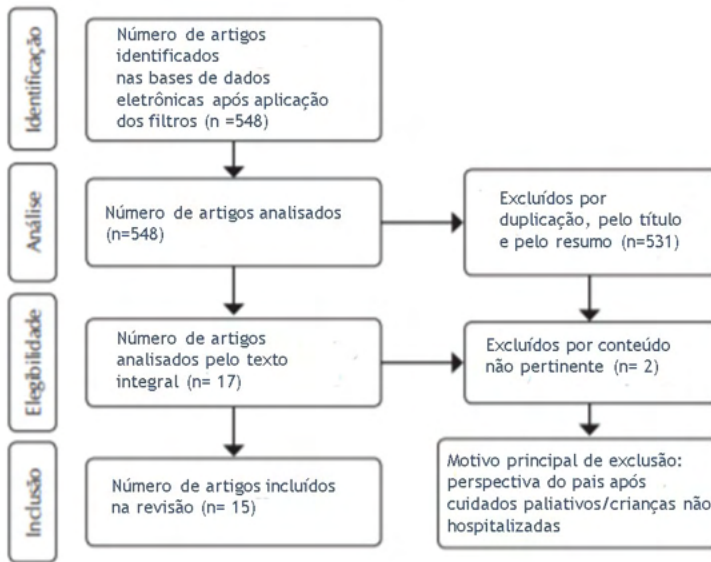


Figura 1 - Processo de identificação e inclusão dos estudos - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow*. Brasília, DF, Brasil, 2020

No intuito de seguir o rigor metodológico, a seleção e extração dos estudos seguiu-se as etapas recomendada pelo JBI, sendo realizada por três revisores de forma independente, e assim reduzir prováveis erros ou viés de avaliação, interpretação dos resultados, garantir a fidedignidade dos resultados. Nos casos em que ocorreram desacordos, houve discussão entre dois outros avaliadores, no intuito de alcançar consenso.

## RESULTADOS

Obteve-se um total de 15 publicações. Dentre essas, estudos qualitativos (10/66,6%), estudo transversais (2/13,3%), revisão da literatura (1/6,6%), estudo quantitativo (1/6,6%) e estudo prospectivo coorte (1/6,6%). A respeito da população analisada nos artigos, a parte predominante da população eram mães e pais das crianças (14/93,3%), enquanto apenas um (6,6%) traz em sua população os cuidadores sem vínculo parental.



	<b>Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>População/Amostra</b>	<b>Tipo de estudo</b>
1 (AMORIM et al, 2016)	2016	Analisar as necessidades e os papéis parentais	Análise de 33 guias	Revisão da literatura
2 (ABUQAMAR, ARABIAT, HOLMES, 2016)	2016	Identificar as percepções dos pais sobre a satisfação relacionada com cuidados intensivos pediátricos	123 pais cujos filhos receberam atendimento na UTI do hospital de Amman - Jordânia	Estudo quantitativo
3 (CHUNG, KIM, BASIR, 2018)	2018	Melhorar a tomada de decisões médicas no cuidado neonatal centrada na família	Pessoas com mais de 18 anos de idade e fosse o tutor legal.	Estudo transversal
4 (COYNE, 2015)	2015	Investigar como o cuidado centrado na família	Crianças com idades entre 7 - 16 anos, seus pais e enfermeiros do hospital geral na Irlanda	Estudo qualitativo
5 (DAHAV, SJÖSTRÖM-STRAND, 2018)	2018	Descrever as experiências dos pais em ter seus filhos internados em UTI pediátrica	Entrevistas com 12 pais	Estudo qualitativo
6 (LIMA et al, 2017)	2017	Descrever a vivência dos familiares em relação ao internamento do prematuro em UTIN	16 familiares de prematuros internados.	Estudo qualitativo.
7 (PÊGO, BARROS, 2017)	2017	Compreender as expectativas e os sentimentos dos pais durante a internação do filho	Participaram deste estudo 10 genitores	Abordagem qualitativa
8 (ENGSTRÖM, DICKSSON, CONTRERAS, 2014)	2014	Descrever as experiências dos pais ao ter o filho internado na UTI	Pais com filhos tratados em UTI, na Suécia	Estudo qualitativo
9 (WEI, ROSCIGNO, SWANSON, 2017)	2017	Descrever a percepção dos pais sobre as ações dos profissionais de saúde quando seu filho é submetido a cirurgia cardíaca.	Realizadas 21 entrevistas com 13 pais de 10 famílias	Estudo qualitativo, entrevistas em profundidade
10 (SABINO et al, 2018)	2018	Verificar a percepção dos pais e/ou responsáveis legais de crianças hospitalizadas	Participaram pais em um hospital do Amazonas	Estudo qualitativo
11 (SJÖBERG et al, 2017)	2017	Explorar o que significa para os pais participar dos cuidados perioperatórios de seus filhos	Realizadas entrevistas com 15 mães e 5 pais em um hospital, na Suécia	Estudo qualitativo
12 (ROMANIUK, O'MARA, AKHTAR-DANESH, 2014)	2014	Avaliar os níveis atuais e desejados de participação dos pais no cuidado ao filho hospitalizado	Participaram 191 acompanhantes	Estudo transversal
13 (PALOMAA, KORHONEN, PÖLKKI, 2016)	2016	Descrever as percepções dos pais sobre o alívio da dor, de seus filhos, em uma UTIN	Pais cujos filhos estavam internados na unidade de UTIN da Finlândia	Estudo qualitativo

14 (MARTINS <i>et al</i> , 2018)	2018	Promover reflexão sobre o papel da família interação profissional-família	Realizadas entrevistas com gestores e mães de crianças internadas.	Estudo qualitativo
15 (FRANCK <i>et al</i> , 2015)	2015	Identificar preditores de sintomas de estresse pós-traumático parental seguintes hospitalização infantil - cuidados não-intensivo	Pais responderam questionários durante a hospitalização de seu filho e três meses após a alta	Estudo prospectivo coorte

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva (UTI); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Doença Cardíaca Congestiva (DCC).

Quadro 1. Distribuição dos estudos incluídos de acordo identificação do ano de publicação, objetivo do estudo, população, desenho do estudo, principais resultados

Fonte: dados organizados pelos autores.

No quadro 2 apresenta a estratégia de cada estudo para identificar a experiência da hospitalização da criança na perspectiva do acompanhante. Das estratégias utilizadas a predominante foi a de entrevistas semi-estruturadas com questões abertas (6/40%), enquanto as demais utilizaram questionário aberto (4/26,6%), questionários padrão (3/20%), observação participante do pesquisador (1/6,6%) e revisão da literatura (1/6,6%).

<b>Estratégias de cada estudo</b>	
1 (AMORIM <i>et al</i> , 2016)	Revisão de literatura, análise temática de documentos da Sociedade Portuguesa de Pediatria
2 (ABUQAMAR, ARABIAT, HOLMES, 2016)	Instrumento aplicado aos pais com 24 itens que avaliavam os principais 3 domínios: o ambiente, os cuidados providenciados a criança e a comunicação.
3 (CHUNG, KIM, BASIR, 2018)	Distribuído para preenchimento anônimo dos cuidadores/pais e profissionais sobre a opinião: política atual de acesso supervisionado ao prontuário eletrônico, benefícios e malefícios percebidos do acesso independente dos pais ao prontuário eletrônico, acesso do prontuário eletrônico pelos pais de casa e em quanto tempo as informações são disponibilizadas aos pais.
4 (COYNE, 2015)	Entrevistas individuais com os pais/cuidadores, crianças e enfermeiros a respeito dos aspectos: expectativas, participação nos cuidados, papéis, preferências, relacionamentos e tipos de cuidados prestados pelos participantes.
5 (DAHAV, SJÖSTRÖM- STRAND, 2018)	Entrevistas conduzidas com os pais, o foco foi propor que descrevessem suas experiências em ter seu filho internado em uma UTIP.
6 (LIMA <i>et al</i> , 2017)	Os participantes foram convidados a participar de entrevista por meio de abordagem pessoal e de panfletos deixados na UTI
7 (PÊGO, BARROS, 2017)	A coleta de dados foi obtida por meio da entrevista com os genitores de crianças internadas em UTIP, o roteiro das perguntas foi composto por nove questões abordando assuntos referentes a expectativas e sentimentos dos genitores no processo de internação dos seus filhos.

8 (ENGSTRÖM, DICKSSON, CONTRERAS, 2014)	Conduzidas entrevistas com pais que acompanharam a internação dos filhos em UTI. Solicitado que descrevessem suas experiências quando seus filhos se tornaram aguda ou criticamente doentes ou feridos e precisaram de cuidados em uma UTI.
9 (WEI, ROSCIGNO, SWANSON, 2017)	Foram convidados a participar da pesquisa pais cujos filhos possuíam doença cardíaca congênita submetidos a cirurgia. As entrevistas foram realizadas em dois momentos diferentes, a primeira uma semana após a cirurgia e a segunda quatro a seis semanas após o procedimento. Utilizadas questões abertas e investigativas.
10 (SABINO <i>et al</i> , 2018)	Os pais foram convidados a participar de entrevista semiestruturada com questões acerca da percepção que tinham da importância do processo de brincar durante a hospitalização.
11 (SJÖBERG <i>et al</i> , 2017)	Os dados coletados por meio de entrevistas com 15 mães e 5 pais, foram convidados a preencher um questionário sociodemográfico e responder a entrevista.
12 (ROMANIUK, O'MARA, AKHTAR- DANESH, 2014)	Participantes preencheram um formulário demográfico acerca deles (relação com a criança, idade, estado civil, trabalho, nível educacional e tempo de deslocamento ao hospital) e de seus filhos (idade, tempo de internação, quantidade de irmãos na família, internações prévias). Os participantes completaram dois instrumentos de mensuração adaptados do IPP/HC com a permissão do autor.
13 (PALOMAA, KORHONEN, PÖLKKI, 2016)	A abordagem foi por meio de questionários enviados para a gerente de enfermagem de cada UTIN, que entregou os formulários para o preenchimento dos pais. A primeira seção do questionário possuía dados demográficos sobre os pais e a criança. A segunda seção incluía duas questões abertas, onde os pais foram questionados a descrever os fatores que promoviam a sua participação no alívio da dor e impediam a sua participação no alívio da dor de seus filhos na UTIN.
14 (MARTINS <i>et al</i> , 2018)	Por meio de abordagem qualitativa, empregando-se observação participante e entrevistas com gestores e familiares, investigou-se a participação familiar na construção do plano de tratamento. Ela abrangeu o cotidiano do cuidado com os pacientes selecionados e os dispositivos de gestão assistencial que pudessem contribuir para construção dos planos de tratamento. Utilizou-se diário de campo para registro das vivências do pesquisador e cenas de cuidado observadas.
15 (FRANCK <i>et al</i> , 2015)	Dados demográficos e clínicos foram retirados dos prontuários e aplicados questionários padrão para avaliar elementos de sofrimento relacionado à hospitalização dos pais e estratégias e recursos de enfrentamento que foram previamente identificados como relevantes para o resultado primário do TEPT.

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP); Unidade de Terapia Intensiva (UTI); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); *Index of Parent Participation/Hospitalized Child* (IPP/HC); Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT).

Quadro 2 - Descrição do desenho de estudo adotados nos estudos selecionados.

Fonte: dados organizados pelos autores.

O quadro 3, a seguir, trata da distribuição dos estudos com relação aos seus principais resultados. Em todos os estudos há predominância da participação da mãe como acompanhante principal na internação dos filhos, tendo em alguns casos outras pessoas (avós, tias, pai) com quem revezar, na tentativa de reduzir o estresse ocasionado por períodos de internação mais longos e descansar. Em decorrência desse aspecto de gênero apontado, cujas crianças eram neonatas, há um fator atenuante, as mães vivenciavam o

puerpério, período em que as mulheres podem experimentar tonturas, fraquezas, exaustão, labilidade emocional, e em recuperação da cesárea. Há relato dos pais, com relação a necessidade de participar de maneira mais ativa dos cuidados de seus filhos na internação, sendo a equipe de saúde a maior facilitadora deste processo ao incluir os pais nas decisões acerca do tratamento e diagnóstico, abrangendo os cuidados para além da criança internada, uma visão para toda a família.

---

### Principais resultados

---

1 (AMORIM et al, 2016)	As necessidades e os papéis parentais referidos nos guias em UTIN publicados no site da SPP incluem, principalmente, informação, cuidados a prestar pelos pais e respectivas responsabilidades em processos de tomada de decisões quanto à saúde das crianças.
2 (ABUQAMAR, ARABIAT, HOLMES, 2016)	A disponibilidade de profissionais de saúde, o apoio e as informações que eles compartilham com os pais da criança são significativos para a satisfação dos pais e, portanto, a melhor qualidade do atendimento.
3 (CHUNG, KIM, BASIR, 2018)	Os pais da UTIN e profissionais médicos têm diferentes perspectivas sobre o acesso dos pais ao prontuário do seu filho
4 (COYNE, 2015)	As famílias estão dispostas a ajudar no cuidado de seus filhos, mas eles exigem uma orientação clara, informações e apoio de enfermeiros, papéis obscuros são estressantes para as famílias.
5 (DAHAV, SJÖSTRÖM-STRAND, 2018)	A experiência dos pais quando seu filho está internado em uma unidade de terapia intensiva pediátrica é repleta de uma gama de emoções e medo.
6 (LIMA et al, 2017)	A família vivencia uma efervescência de sentimentos e reações ao ter um filho prematuro, e dificuldades no enfrentamento de tal situação.
7 (PÊGO, BARROS, 2017)	Os sentimentos descritos pelos pais são desespero, impotência, dor, medo, angústia, dúvidas com relação ao diagnóstico e prognóstico.
8 (ENGSTRÖM, DICKSSON, CONTRERAS, 2014)	Para os pais faz-se necessário estar presente participar e manter-se informado sobre o que estava acontecendo com seus filhos em estado crítico.
9 (WEI, ROSCIGNO, SWANSON, 2017)	Os profissionais de saúde desempenham um papel insubstituível em aliviar o custo emocional dos pais, quando seu filho passa por cirurgia cardíaca. O cuidado dos provedores é um componente integral na área da saúde.
10 (SABINO et al, 2018)	Os pais reconheceram a importância do brincar durante o processo de cuidar em ambiente pediátrico, mas não visualizaram a atividade inserida no plano de cuidado dos profissionais de modo que a singularidade da criança seja respeitada em sua integralidade nesse sentido
11 (SJÖBERG et al, 2017)	Os pais descrevem a necessidade de ter informações sobre participar cuidados perioperatórios e o que acontecerá no pósoperatório.
12 (ROMANIUK, O'MARA, AKHTAR-DANESH, 2014)	Foi identificada diferença significativa entre a participação real e desejada dos pais nos cuidados de seus filhos hospitalizados, com a maioria dos pais querendo aumentar seu envolvimento.

13 (PALOMAA, KORHONEN, PÖLKKI, 2016)	Este estudo revelou vários fatores importantes a se consideração ao melhorar o envolvimento dos pais no alívio da dor neonatal. Especialmente, mais atenção deve ser concentrada em fornecer aconselhamento suficiente para pais na prática clínica.
14 (MARTINS <i>et al</i> , 2018)	Observou-se que nem sempre os contextos de vida das famílias e a dimensão subjetiva do sofrimento delas foram suficientemente apreendidos pelos profissionais de saúde, pois as mães foram vistas como instrumento de cuidado, porém não ocorria processos decisórios relativos aos planos de tratamento, e não existiam reuniões regulares com participação da família para construção coletiva, execução e reavaliação das ações terapêuticas.
15 (FRANCK <i>et al</i> , 2015)	Os pais de crianças hospitalizadas, nas enfermarias pediátricas, apresentou sintomas de estresse pós-traumático após a alta da criança.

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP).

Quadro 3 - Descrição dos estudos selecionados com relação aos principais resultados.

Fonte: dados organizados pelos autores.

## DISCUSSÃO

O modelo brasileiro de assistência à saúde da criança, nos dias de hoje, preconiza que os pais estejam presentes e participe de maneira ativa no decorrer de todo o processo de hospitalização, seja de forma direta auxiliar no cuidado ou de forma a reforçar a parentalidade (MELO *et al*, 2014).

Os cuidados que os pais já realizam em casa como alimentação, higiene, proteção e vínculo devem ser mantidos no ambiente hospitalar, pois são de fundamental importância ao crescimento e desenvolvimento da criança, pois proporciona experiências sensoriais, cognitivas, motoras e sociais decorrente dessa relação interpessoal entre pais/acompanhantes e filhos/crianças (BRASSOLATTI, VERÍSSIMO, 2013).

Com uma comunicação eficiente a aceitação dos pais/acompanhantes em relação a situação de doença e hospitalização da criança é aumentado de forma a facilitar toda a terapêutica e processo de enfrentamento das enfermidades, contribuindo para o crescimento enquanto indivíduo (SABATÉS, BORBA, 2005).

A literatura evidencia que a falta de comunicação e informações entre a equipe e os acompanhantes, da criança hospitalizada, traz consigo impactos negativos como a avidez dos pais, temerosos pelo o que a doença pode implicar no futuro dos filhos. Dessa forma se faz necessário que os profissionais incorporem em sua prática a promoção do envolvimento e participação dos pais se atentando às necessidades biopsicossociais de cada criança e família e proporcionando saúde de qualidade e humanizada (MELO *et al*, 2014).

Estudo realizado, em Portugal, por meio da revisão de guias, evidenciou-se aumento, no investimento dirigido para a produção de guias que tratem não apenas da prática clínica, mas da implementação de cuidados centrados na família (MELO *et al*, 2014). Os poucos guias publicados com orientações sobre os cuidados centrados na família, tendem a focar cada vez mais em temas que abordem não apenas a criança, mas sobretudo, os que

envolvem a família.

No que tange a experiência dos pais e acompanhantes, durante o período de internação, um estudo realizado em Unidade de Terapia Intensiva pediátrica, localizado no sul da Suécia (SJÖBERG *et al*, 2017), evidenciou resultados semelhante aos encontrados na literatura: presença de medo, ansiedade, desespero e angústia provocada não apenas pelo processo de saúde-doença (DAHAV, SJÖSTRÖM-STRAND, 2018; PÊGO, BARROS, 2017; ENGSTRÖM, DICKSSON, CONTRERAS, 2015; ROMANIUK, O'MARA, AKHTAR-DANESH, 2014).

Além disso, como mostra o estudo realizado em unidade de terapia intensiva neonatal, de um hospital de ensino do Paraná – Brasil, é possível observar algumas semelhanças entre a mudança na rotina familiar, tanto no internamento do prematuro, como da criança (LIMA *et al*, 2017). Os padrões de alimentação, sono e repouso sofrem modificações e a família procura realizar adaptações tentando conciliar as atividades desenvolvidas no cotidiano com a permanência ao lado do prematuro e da criança (LIMA *et al*, 2017).

Na extensão do cuidado pediátrico, considera-se a internação como uma ruptura do mundo conhecido pelo infante, das vivências sociais, como a escola, comunidade, gerador de estresse, insegurança e ociosidade. Estes sentimentos refletem diretamente no acompanhante que busca minimizar os efeitos deletérios por meio de ferramentas que proporcionem a fuga da realidade hostil das unidades. O brincar como dimensão do cuidar, por meio de brinquedotecas, brinquedo terapêutico, atividades lúdicas programadas conduzidas por profissional habilitado, brincadeiras entre pacientes com o mesmo diagnóstico promove o alívio do estresse, da angústia, regula o humor, promove a sua criatividade e propicia o vínculo entre os pacientes. Sendo assim, estabelece uma rotina salutar para a criança e acompanhante (SABINO *et al*, 2018).

Além disso, os estudos apresentaram que os pais demonstram desejo de serem vistos como fonte de recurso à assistência, anseiam por informações claras e objetivas, especialmente em situações clínicas agudas em que não existe experiência prévia em internações. Sendo, crucial ampliar o papel do acompanhante no plano de cuidados por meio de preparo com informações acerca dos procedimentos que serão realizados, estar presente em situações críticas, como indução anestésica e obter a compreensão do que pode ser desempenhado por ele (CARNIER, 2015). Um acompanhante informado torna-se tranquilo e possui maior capacidade de acalmar a criança, auxiliá-la em estratégias de *coping* e facilitar o acesso da equipe à ela.

### **Limitações de estudo**

O estudo apresenta como grande fator limitante que alguns artigos foram excluídos da amostra por não estarem disponíveis de maneira gratuita na íntegra, o qual pode-se ter excluído estudos com possíveis resultados de relevância, mesmo assim, com os artigos selecionados foi possível identificar a experiência e percepção dos pais e/ou

acompanhantes durante o período de internação pediátrica.

## **Contribuições para área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública**

Os estudos selecionados evidenciaram o conhecimento acerca das políticas que promovem o cuidado pediátrico humanizado, propõe-se a realização de estudos não apenas em unidades de terapia intensiva, mas também que sejam realizados com pais/acompanhantes em enfermarias de diferentes especialidades, o qual subsidiem a proposição de medidas que intervenham na realidade do momento de internação em todo o mundo.

## **CONCLUSÃO**

Considera-se que o objetivo proposto foi atingido ao identificar, na literatura científica, estudos que apresentaram o impacto da hospitalização infantil na perspectiva dos pais e/ou acompanhante. Concluiu-se que o ambiente hospitalar é categorizado como hostil e forte fator de estresse, que gera um impacto negativo na vida de crianças e seus acompanhantes. Porém, com os avanços científicos e a proposição de políticas públicas que modificam o cuidado centrado apenas na criança, para o cuidado centrado na família.

Faz-se necessário que a equipe de saúde mantenha uma relação clara e aberta a respeito do estado clínico da criança, tendo em vista que um achado comum entre grande parte dos estudos identificados é que os pais/acompanhantes de crianças hospitalizadas têm de lidar com a falta de informação da equipe referente a criança, tratamento a ser utilizado, prognóstico e que acabam desencadeando sentimentos como ansiedade e estresse pós-traumático.

## **REFERÊNCIAS**

ABUQAMAR, M.; ARABIAT, D.H.; HOLMES, S.. Parents' Perceived Satisfaction of Care, Communication and Environment of the Pediatric Intensive Care Units at a Tertiary Children's Hospital. *J PediatrNurs.*; n.3, p.e177-84. 2016. Disponível em: [10.1016/j.pedn.2015.12.009](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.12.009).

AMORIM, M.; ALVES, E.; BARROS, H.; SILVA, S.. Necessidades e papéis parentais em cuidados intensivos neonatais: revisão dos guias portugueses. *Ciênc. saúde coletiva*; v.21, n.8, p.2583-2594. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.07292015>.

BRASSOLATTI, M.M.; VERÍSSIMO, R.M.L.. A presença dos pais e a promoção do desenvolvimento da criança hospitalizada: Análise da literatura. *Revista Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras.*; v.13, n.1, p.37-45. 2013. Disponível em: <https://sobep.org.br/revista/component/zine/article/167-a-presena-dos-pais-e-a-promoo-do-desenvolvimento-da-criana-hospitalizada-anlise-da-literatura.html>

CARNIER, L.E.. Estratégias de enfrentamento em crianças em situação pré-cirúrgica: relação com idade, sexo, experiência com cirurgia e estresse. *Estudos de psicologia (Campinas)*, Campinas.; v.32, n.2, p.319-30. 2015. Disponível em: [doi.org/10.1590/0103-166X2015000200015](https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200015)

- CHUNG, R.K.;KIM, U.O.;BASIR, M.A.. Differing perspectives on parent access to their child's electronic medical record during neonatal intensive care hospitalization: a pilot study. *J Matern Fetal Neonatal Med.*; n.8, p.1078-1084. 2018. Disponível em: 10.1080/14767058.2017.1306853.
- COYNE, I..Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles.*Health Expect.*; n.5, p.796-808. 2015. Disponível em: 10.1111/hex.12104.
- DAHAV, P.; SJÖSTRÖM-STRAND, A. Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study-like being in another world. *Scand J CaringSci.*; v.32, n.1, p.363-370. 2018. Disponível em: 10.1111/scs.12470.
- DUARTE, M.V.; SANTOS, J.R.; REIS, C.B.. Enfrentamento dos familiares ou responsáveis diante da hospitalização da criança. *Enfermagem Brasil*; p:36-44. 2019. Disponível em: [dx.doi.org/10.33233/eb.v14i1.3708](https://doi.org/10.33233/eb.v14i1.3708)
- ENGSTRÖM, Å.;DICKSSON, E.; CONTRERAS, P.. The desire of parents to be involved and present. *NursCrit Care.*; v.20, n.6, p.322-30. 2015. Disponível em: 10.1111/nicc.12103.
- FASSARELLA, B.P.A.; RIBEIRO, W.A.; FREITAS, L.M.; NASCIMENTO, J.C.; SANTOS, J.C.C.; FONSECA, C.S.G.. Equipe de enfermagem x acompanhante na pediatria: o impacto dessa parceria na assistência pediátrica. *Revista Nursing*; v.22, n.258, p.3325-30.2019. Disponível em: [revistanursing.com.br/revistas/258/pg63.pdf](https://revistanursing.com.br/revistas/258/pg63.pdf)
- FRANCK, L.S.; WRAY, J.; GAY, C.; DEARMUN, A.K.; LEE, K.; COOPER, B.A.. Predictors of parent post-traumatic stress symptoms after child hospitalization on general pediatric wards: a prospective cohort study. *Int J NursStud.*; v.52, n.1, p.10-21. 2015. Disponível em: 10.1016/j.ijnurstu.2014.06.011.
- LIMA, R.; GOMES, F.; AGUIAR, F.; SANTOS-JÚNIOR, E.; DOURADO, J.; FERREIRA-JUNIOR,A.. Experiences of Mothers During The HospitalizationofTheirChildren. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*; v.11, n.5, p.1286-1292. 2019. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7510>
- LIMA, V.F.; MAZZA, V.A.; MÓR, L.M.; PINTO, M.N.G.R.. Vivência dos familiares de prematuros internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *REME – Revista Mineira Enfermagem.*; v.21, p.e-1026. 2017. Disponível em: 10.5935/1415-2762.20170036
- MARTINS, P.L.; AZEVEDO, C.S.; AFONSO, S.B.C.. O papel da família nos planos de tratamento e no cuidado pediátrico hospitalar em condições crônicas complexas de saúde. *SaudeSociedade.*; v.27, n.4, p.1218-1229. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170402>.
- MELO, E.; FERREIRA, P.; LIMA, R.; MELLO, D.. Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. *Revista latino-americana enfermagem.*; v.22, n.3, p.432-9. 2014. Disponível em: [doi.org/10.1590/0104-1169.3308.2434](https://doi.org/10.1590/0104-1169.3308.2434)
- MORAES, ES; MENDES-CASTILLO, A.M.C.. A experiência dos avós de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. *Revista da escola Enfermagem.*; v.52, p.e03395. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017040003395>.
- PALOMAA, A.K.; KORHONEN, A.; PÖLKKI, T.. Factors Influencing parental participation in neonatal pain alleviation. *J PediatrNurs.*; v.31, n.5, p.519-27. 2016. Disponível em: 10.1016/j.pedn.2016.05.004.



PÊGO, C.O.; BARROS, M.M.A.. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: expectativas e Sentimentos dos Pais da Criança Gravemente Enferma. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde.*; v.21, n.1, p.11-20. 2017. Disponível em: [10.4034/RBCS.2017.21.01.02](https://doi.org/10.4034/RBCS.2017.21.01.02)

The Joanna Briggs Institute (JBI). Reviewers' Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews. 2015. Disponível em: <https://nursing.lsuhscc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>

SABINO, A.S.; ESTEVES, A.V.F.; OLIVEIRA, A.P.P.; SILVA, M.V.G.. O conhecimento dos pais quanto ao processo do cuidar por meio do brincar. *Cogitare enfermagem.* v.23, n.2, p.e52849. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.52849>.

SANTOS, A.S.; RODRIGUES, L.N.; SANTOS, M.S.N.; SOUSA, G.J.B.; VIANA, M.C.A.; CHAVES, E.M.C.. Papel materno durante a hospitalização do filho na unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto contexto - enfermagem.*; v.28, p.e20180394. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0394>

SILVEIRA, C.M.C.; CALCAGNO, G.G.; WEISS, P.F.; VERGUTZ, D.P.K.; RIBEIRO, F.D.H.. Significado atribuído pela família ao cuidado da criança hospitalizada. *Avances em Enfermagem*; v.35, n.1, p.7-18. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n1.42466>.

SJÖBERG, C.; SVEDBERG, P.; NYGREN, J.M.; CARLSSON, I.M.. Participation in paediatric perioperative care: 'what it means for parents'. *J Clin Nurs.*; v.26, n.23-24, p.4246-54. 2017. Disponível em: [10.1111/jocn.13747](https://doi.org/10.1111/jocn.13747).

ROMANIUK, D.; O'MARA, L.; AKHTAR-DANESH, N.. Are parents doing what they want to do? Congruency between parents' actual and desired participation in the care of their hospitalized child. *Issues Compr Pediatr Nurs*; v.37, n.2, p.103-21. 2014. Disponível em: [10.3109/01460862.2014.880532](https://doi.org/10.3109/01460862.2014.880532).

SABATÉS, A.L.; BORBA, R.I.H.. As informações recebidas pelos pais durante a hospitalização do filho. *Revista Latino-Americana Enfermagem*; v.13, n.6, p.968-973. 2005. Disponível em: [doi.org/10.1590/S0104-11692005000600008](https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600008).

WEI, H.; ROSCIGNO, C.I.; SWANSON, K.M.. Healthcare providers' caring: Nothing is too small for parents and children hospitalized for heart surgery. *Heart Lung.*; v.46, n.3, p.166-71. 2017. Disponível em: [doi: 10.1016/j.hrtlng.2017.01.007](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2017.01.007).

# CAPÍTULO 13

## EXPERIÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 29/09/2021

**Manuela Costa Melo**

Docente. Escola Superior em Ciências da  
Saúde Brasília  
Brasília - DF, Brasil  
<http://orcid.org/0000-0002-2018-1801>

**Fernanda Alves Monteiro**

Acadêmica de Enfermagem da Escola Superior  
em Ciências da Saúde  
Brasília. DF. Brasil  
<http://orcid.org/0000-0002-0984-2736>

**Débora Alves Monteiro**

Acadêmica de Enfermagem da Escola Superior  
em Ciências da Saúde  
Brasília. DF. Brasil  
<http://orcid.org/0000-0003-0096-1189>

**João Pedro Sanches Teixeira Lages**

Acadêmico de Enfermagem da Escola Superior  
em Ciências da Saúde  
Brasília - DF, Brasil  
<http://orcid.org/0000-0003-0657-768X>

**Luciângela Vasconcelos da Silva**

Acadêmica de Enfermagem da Escola Superior  
em Ciências da Saúde  
Brasília - DF, Brasil  
<http://orcid.org/0000-0003-0691-1844>

**Rodrigo Ribeiro Cardoso**

Acadêmico de Enfermagem da Escola Superior  
em Ciências da Saúde  
Brasília - DF, Brasil  
<http://orcid.org/0000-0002-8588-3193>

**Luana Nunes Lima**

Enfermeira. Secretaria de Saúde do Distrito  
Federal  
Brasília - DF, Brasil  
<http://orcid.org/0000-0003-4620-9400>

**RESUMO: Objetivo:** Identificar publicações científicas acerca da hospitalização infantil na perspectiva dos profissionais de saúde.

**Método:** Revisão integrativa realizada em dezembro de 2019, mediante busca na base de dados MEDLINE, BDNF e LILACS.

**Resultados:** Obteve-se 10 estudos. Identificados aspectos relacionados a hospitalização infantil, em relação ao profissional de saúde: sentimentos dos profissionais da saúde, relação com a família e ambiente hospitalar, diversos meios que profissionais buscam para atenção integral, relevância do lúdico. **Conclusões:** Identificou-se experiências adquiridas pelos profissionais no cuidado à criança, sendo possível identificar vínculos com a criança e a família, e assim melhora a qualidade da atenção prestada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermeiros e enfermeiras; Equipe de enfermagem; Pediatria; Humanização da Assistência; Saúde da criança.

EXPERIENCE OF CHILD  
HOSPITALIZATION FROM THE  
PERSPECTIVE OF HEALTH  
PROFESSIONALS: INTEGRATIVE  
REVIEW

**ABSTRACT: Objective:** To identify scientific publications about child hospitalization from the

perspective of health professionals. **Method:** Integrative review carried out in December 2019, searched the MEDLINE, BDNF and LILACS database. **Results:** 10 studies were obtained. Identified aspects related to child hospitalization, in relation to the relationship between health professionals: feelings of health professionals, relationship with the family and hospital environment, several means that professionals seek attention for integral, relevance of play. **Conclusions:** We identified the experiences acquired by professionals in childcare, being possible bond with the child and family, and thus improves the quality of care provided. **KEYWORDS:** Nurses and nurses; Nursing team; Pediatrics; Humanization of care; Child health.

## INTRODUÇÃO

Durante o século XX, as pessoas e as instituições pouco a pouco se conscientizaram de que as crianças são mais vulneráveis do que os adultos. Em 1989, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança colocou em ordem o direito da criança de ser protegida, apoiada e respeitada, de participar e ter sua dignidade reconhecida. E até meados do século XX, os profissionais que atuavam nessa área pediátrica deixaram de lado as necessidades emocionais de crianças doentes e hospitalizadas (BISOGLI *et al*, 2015).

E dessa maneira, esquecer que o cuidado humanizado é, por parte do profissional, a compreensão e a valorização da pessoa humana enquanto sujeito histórico e social. Nesse sentido, a humanização do cuidado abrange uma série de condições do trabalho que garantam ao profissional da saúde diagnosticar de maneira adequada e que incluem tratar bem, cuidar e respeitar a criança hospitalizada (SILVA *et al*, 2018; VILLA *et al*, 2017). Para isso ocorrer, a Política Nacional de Humanização, lançada em 2003, ressalta a importância da comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para a construção de novas práticas que tornarão o atendimento cada vez mais humanizado e que dê voz ao usuário e seus familiares. Estudos têm apresentado a importância do perfil profissional mais cordial, que utiliza o lúdico, com o intuito de tornarem a hospitalização da criança menos sujeita à ansiedade e ao medo (AZEVEDO *et al*, 2017; SIMIONI *et al*, 2017; SOSSELA e SAGER, 2017).

A investigação literária tem buscado compreender o processo de hospitalização, por qual passa a criança, sob a percepção de familiares, da equipe multiprofissional e até mesmo da própria criança. Porém, ainda há lacunas no que diz respeito ao olhar dos profissionais de saúde. Faz-se necessário intensificar pesquisas que revelam a percepção daqueles que diretamente irão prestar o cuidado para que, assim, se impulsionem novas formas de tornar a experiência da hospitalização infantil cada dia mais humanizada, eficaz e menos traumática.

Sendo assim, este estudo apresenta o objetivo: identificar publicações científicas acerca da experiência da hospitalização da criança na perspectiva dos profissionais de

saúde.

## MÉTODO

### Tipo do estudo e período

Trata-se de revisão integrativa da literatura. Esse tipo de estudo é definido como método capaz de reunir, revisar, criticar e sintetizar informações disponíveis, com vistas a tornar determinada temática compreensível. O levantamento de dados ocorreu em dezembro de 2019.

### Protocolo do estudo

A revisão integrativa seguiu o percurso metodológico (TEIXEIRA *et al*, 2013), dividido em seis etapas distintas.

#### *Etapa 1*

Elaborou-se o problema de pesquisa, que foi estabelecido pelo acrônimo PICO, sendo P (População) – Profissionais de saúde; I (Intervenção) – atendimento à crianças hospitalizadas; O (Resultados) – perspectiva do profissional de enfermagem no atendimento. E assim determinou a seguinte questão da revisão: de acordo com a literatura científica, qual a experiência da hospitalização da criança na perspectiva dos profissionais de saúde?

#### *Etapa 2*

Buscou-se na literatura e delimitação para a inclusão e exclusão dos estudos. Os critérios de inclusão foram estudos publicados entre os anos de 2015 a 2019, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol. Esse recorte temporal partiu da intenção dos autores em buscar referências atuais, nos últimos cinco anos. Os critérios de exclusão foram as revisões de literatura, editoriais, cartas ao editor, comentários críticos e livros e artigos não disponíveis na íntegra.

Os descritores controlados foram identificados no Banco de Descritores em *Medical Subject Headings* (MESH) e em Ciências da Saúde (DeCS). Utilizados operadores booleanos “AND” e “OR” para realizar os cruzamentos e sistematizar a coleta da amostra. Os seguintes descritores foram pesquisados nos idiomas português, inglês e espanhol, respectivamente: hospitalização; criança; enfermeiras e enfermeiros; médicos; assistente social; nutricionista; equipe de enfermagem; pessoal de saúde. Utilizaram-se como fontes primárias de informação: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Base de Dados Bibliográficas Especializada na Área de Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Com aplicação de filtros nas bases de dados e refinamento da busca, foram

identificados estudos que apresentaram os profissionais de saúde em diversos segmentos diante da internação infantil. Em uma análise final, foram encontrados 5.527 artigos, desses, excluídos 5.121 artigos por não atenderem ao ano de publicação do estudo, por serem estudos com acesso restrito e duplicados. Restaram 406 artigos dos quais 359 foram excluídos por título, 30 excluídos por leitura do resumo. Portanto 17 artigos foram identificados para fazer parte do estudo, sendo destes 7 artigos excluídos por não responderem a questão de pesquisa. Assim, obteve-se como amostra final de 10 artigos. O processo de busca e seleção do material pode ser visto na figura 1.

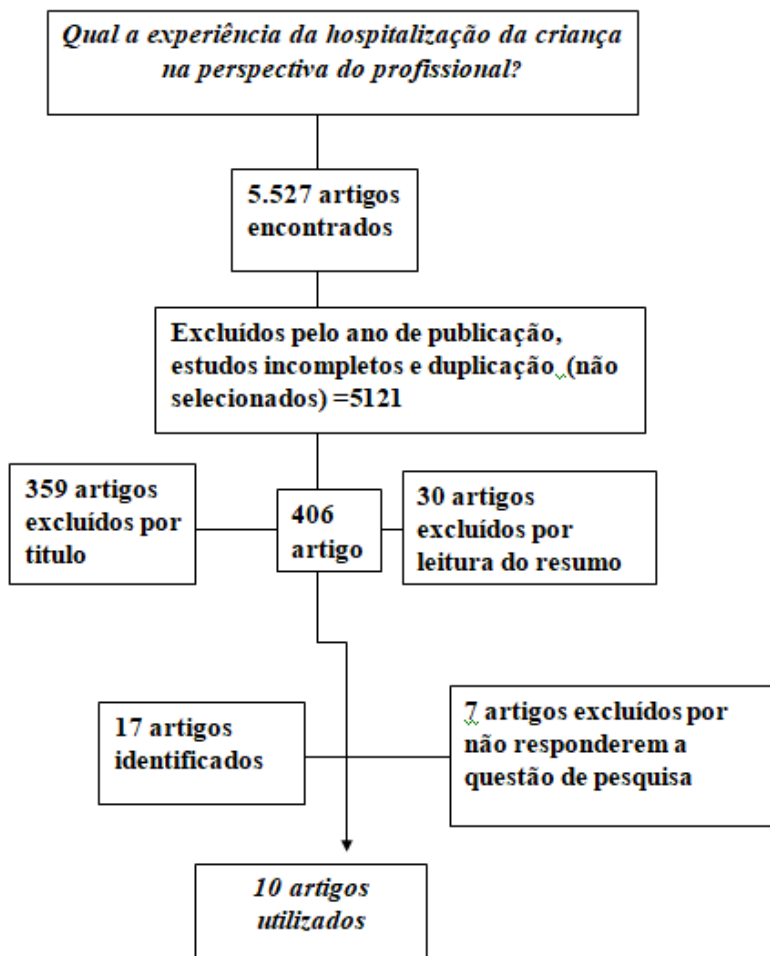


Figura 1: Fluxo de busca em bases de dados.

### Etapa 3

Realizou-se a coleta de informações, com a elaboração do instrumento no qual foram extraídos as variáveis: ano de publicação, objetivo do estudo, população, tipo do

estudo, principais resultados(quadro 1).

#### *Etapa 4*

Corresponde à avaliação e análise dos elementos relacionados ao tema. A avaliação foi realizada de forma descritiva à luz da literatura. No intuito de seguir o rigor metodológico, essa etapa foi realizada por três revisores, de forma independente, no intuito de reduzir prováveis vies de avaliação dos estudos, interpretação dos resultados. Nos casos em que ocorreram desacordos e/ou dúvidas, houve avaliação por um quarto revisor.

#### *Etapa 5*

Realizou-se a interpretação e discussão a partir da interpretação dos principais resultados dos estudos selecionados (quadro 2).

#### *Etapa 6*

Apresenta-se a síntese do conhecimento, na qual foram identificados os principais resultados (quadro 2).

## RESULTADOS

Foram selecionados 10 estudos que apresentaram os profissionais de saúde em diversos segmentos diante da internação infantil. Os estudos foram publicados entre 2015 a 2019. Foram identificados artigos nos idiomas inglês e português, nas bases de MEDLINE, BDNF e LILACS. No que se refere ao tipo de desenho, nove(90%) qualitativos, um (10%) transversal(quadro 1).

	Ano	Idioma	Base de dados	Tipo do estudo/ População
1 BISOGNI <i>et al</i> , 2015	2015	Inglês	MEDLINE	Estudo transversal/ 536 enfermeiras pediátricas italiana
2 MUSKAT <i>et al</i> , 2015	2015	Inglês	MEDLINE	Estudo qualitativo/42 jovens autistas, seus pais e profissionais de saúde canadense
3 AZIZNEJADROSHAN, ALHANI, MOHAMMADI <i>et al</i> , 2016	2016	Inglês	MEDLINE	Estudo qualitativo / 19 enfermeiras do Hospital Infantil do Irã
4 BAIRD <i>et al</i> , 2016	2016	Inglês	MEDLINE	Estudo qualitativo com 7 pais e 12 enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica iraniana
5 MEDIANI <i>et al</i> , 2017	2017	Inglês	MEDLINE	Estudo qualitativo descritivo exploratório / 37 enfermeiros da Indonésia

6 SVENDSENet <i>et al</i> , 2017	2017	Inglês	MEDLINE	Estudo qualitativo 7 médicos e 8 enfermeiros de uma unidade hospitalar na Noruega
7 SANTOSet <i>et al</i> , 2017	2017	Português	BDENF	Estudo qualitativo / 06 enfermeiros e 04 técnicos de enfermagem do Centro de Oncologia e Hematologia brasileiro
8 SILVAet <i>al</i> , 2018	2018	Português	MEDLINE	Pesquisa qualitativa / 21 participantes, sendo 7 enfermeiros, 7 técnicos de enfermagem e profissionais da equipe multiprofissional de saúde brasileiros
9 FERREIRAet <i>al</i> , 2019	2019	Português	BDENF	Estudo qualitativo / 12 enfermeiros de um hospital pediátrico brasileiro
10 CHOLBlet <i>al</i> , 2019	2019	Português	LILACS	Estudo qualitativo /16 membros da equipe de enfermagem de uma unidade de internação pediátrica brasileira

Legenda: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Base de Dados Bibliográficas Especializada na Área de Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)

Quadro 1 – Distribuição dos estudos incluídos de acordo na revisão integrativa identificação do ano de publicação, objetivo do estudo, população, tipo do estudo.

Fonte: dados organizados pelos autores.

Da amostra total, seis (60%) artigos abordam os diversos sentimentos e frustrações que os profissionais da saúde envolvidos na hospitalização sentem ao longo da assistência à criança e sua família. Ainda, três (30%) dos artigos englobam algumas dificuldades que os profissionais podem encontrar relacionadas a diversos fatores, como o emprego demasiado de terminologias, ou o tratamento à crianças com síndromes com as quais não se sentem preparados para prestar a assistência necessária (AZIZNEJADROSHAN, ALHANI, MOHAMMADI, 2016; MUSKAT *et al*, 2015; SVENDSENet *et al*, 2017).

Em relação ao tema das reações e percepções emocionais do profissional frente à criança adoentada, grande parte dos estudos encontrados abordavam os cuidados paliativos e oncologia pediátrica (BISOGNiet *al*, 2015; FERREIRAet *al*, 2019; SILVAet *al*, 2015). Os artigos selecionados indicam a importância da parceria entre família e profissionais para o sucesso do tratamento e melhoria da qualidade da estadia no hospital (FERREIRAet *al*, 2019; SILVAet *al*, 2015; SVENDSENet *et al*, 2017) além disso, apontam que há despreparo emocional da equipe para lidar com situações de internação prolongada, de sofrimento infantil e de piora do quadro ou morte (MEDIANIet *al*, 2017; SANTOSet *al*, 2017). Ademais, houve a discussão de alguns pesquisadores com os profissionais acerca das práticas de humanização do atendimento (FERREIRA *et al*, 2019; SILVAet *al*, 2018).

	<b>Principais resultados</b>
1 BISOJNI <i>et al</i> , 2015	De acordo com a percepção dos enfermeiros pediátricos, a implementação dos direitos das crianças hospitalizadas nas unidades de pediatria italianas ainda é limitado.
2 MUSKAT <i>et al</i> , 2015	Os prestadores de cuidados de saúde reconheceram os pais como cuidadores principais de crianças com espectro do autismo.
3 AZIZNEJADROSHAN, ALHANI, MOHAMMADI <i>et al</i> , 2016	Participação de mãe e filho no diagnóstico de dor e intervenções não farmacológicas para a dor, a presença oportuna da equipe de saúde ao lado do paciente, aprimoraram o gerenciamento ideal da dor em pacientes pediátricos hospitalizados.
4 BAIRD <i>et al</i> , 2016	Evidenciou que a continuidade da assistência desejada por pacientes e familiares é um desafio significativo para o campo de enfermagem pediátrica. A discrepância entre o desejo dos pais por continuidade dos cuidados e a capacidade dos enfermeiros de prestar esse tipo de assistência revelou origem multifatorial, relacionada a influência da ênfase na aquisição de habilidade técnica apresentada pelos profissionais e ao fato destes temerem envolvimento emocional com as crianças e os familiares.
5 MEDIANI <i>et al</i> , 2017	Os enfermeiros que trabalham nas enfermarias pediátricas na Indonésia sentem que não são capazes de fornecer cuidados efetivos às crianças.
6 SVENDSEN <i>et al</i> , 2017	Revelou divergência no entendimento dos participantes do estudo sobre o conceito de restrição, sendo que a maioria demonstrou preferência por termos como “segurar” ou “imobilizar”, conceitos que contribuem para a compreensão da restrição e o uso da restrição como prática legal, o qual trouxe reflexão sobre os regulamentos que abordem a temática.
7 SANTOS <i>et al</i> , 2017	A assistência de Enfermagem à criança com câncer desencadeia, nos profissionais de Enfermagem, diversos sentimentos, os quais necessitam de apoio emocional.
8 SILVA <i>et al</i> , 2018	Há a necessidade do profissional de enfermagem de contextualizar suas relações de cuidado, a partir da valorização de aspectos que transcendem a dimensão biológica da criança hospitalizada com dor oncológica crônica.
9 FERREIRA <i>et al</i> , 2019	Os enfermeiros fazem do estabelecimento do vínculo, da comunicação, da educação em saúde e da busca por suporte da equipe multiprofissional, bem como da escuta qualificada e da postura profissional tranquila, estratégias para o cuidado de famílias de crianças e adolescentes hospitalizados.
10 CHOLBI <i>et al</i> , 2019	A equipe de enfermagem promove a morte digna da criança com base em convicções individuais de dignidade, uma vez que ainda não existem modelos de cuidado com a criança no momento final da vida e da morte.

Quadro 2 - Descrição dos estudos com relação aos principais resultados.

Fonte: dados organizados pelos autores.

## DISCUSSÃO

Quando os profissionais se deparam com o diagnóstico sem perspectiva terapêutica, é comum que eles lidem constantemente com sentimentos como: insegurança, tristeza, impotência, frustração, dor, pena, angústia e ansiedade, além de, em menores casos, possuírem sentimentos de fracasso, pena, raiva ou revolta (SANTOS *et al*, 2017).

Assim, faz-se necessário cuidar de quem cuida. Nesse campo de atuação percebe-



se um grande desgaste físico e emocional dos profissionais de saúde, falta de preparo na graduação sobre o processo de morrer, falta de educação continuada, despreparo na comunicação de más notícias além da dificuldade de viver o luto e falta de treinamento para lidar com os familiares (MUSKAT *et al*, 2015; SILVA *et al*, 2018; SVENDSEN *et al*, 2017). A proporção dessa problemática é grande, pois o despreparo dos profissionais, para lidar com a morte da criança, influencia diretamente nos cuidados dispensados a ela e na realização de intervenções para prolongar a vida (CHOLBI *et al*, 2019).

Para lidar com os sentimentos difíceis, os profissionais relatam experiências que os ajudam, como a despedida do indivíduo doente, por meio da maneira certa de dizer adeus e poder expressar seus sentimentos de afeto, gerando o encerramento de um ciclo (CHOLBI *et al*, 2019; SEMTCHUCK, GENOVESI, SANTOS, 2017).

Há estudos que afirmam que nem sempre os profissionais lidam da forma adequada ou tem o apoio psicológico para lidarem com a problemática (SANTOS *et al*, 2017; SEMTCHUCK, GENOVESI, SANTOS, 2017). Diante dessas reações, os profissionais da saúde se afastam da relação com o indivíduo, como forma de se proteger e de evitar o sofrimento, o que se torna ruim tanto ao enfrentamento do profissional para com aquela situação, como à criança e sua família, que, nesse momento vulnerável, necessitam do apoio e proximidade da equipe de saúde (BISOGLI *et al*, 2015; CHOLBI *et al*, 2019; SANTOS *et al*, 2017).

Outro fator relevante é a garantia dos direitos das crianças hospitalizadas. Estudo realizado na Itália teve por objetivo entender até que ponto os direitos são realmente implantados (BISOGLI *et al*, 2015). Nesse estudo, verificou-se que há uma variabilidade considerável na implementação dos direitos da criança, como é percebida pelos enfermeiros: enquanto alguns parecem amplamente respeitados (direito de ter um familiar com eles, direito de brincar e ter brinquedos), outros têm níveis muito mais baixos de implementação (direito de expressar consentimento ou dissidência informado, direito de continuar a escola).

Em conjunto com esses fatores, há situações que auxiliam a equipe de saúde na prestação do cuidado humanizado às crianças, e algumas ferramentas podem ser utilizadas; assim, a singularidade da criança implica que o atendimento do profissional não deve ser apenas curativo, mas focado na individualidade e comunicação com os demais envolvidos no caso para que o indivíduo possa, de fato, ser atendido de forma abrangente em sua totalidade (MEDIANI *et al*, 2017; MUSKAT *et al*, 2015).

Nesse contexto, foram identificadas ferramentas, a exemplo da ludoterapia e do brincar, como experiências positivas prestadas pelos profissionais. A ludoterapia auxilia o profissional na prestação de um serviço humanizado, favorece a comunicação entre a equipe e entre a equipe e a família, o qual permita a realização do tratamento tenha maior sucesso; ajuda, ainda, as crianças a se sentirem seguras e confiantes (SILVA *et al*, 2018). Outra ferramenta é o brincar. Há várias formas de brincar: brinquedos no leito,

distração e orientação para procedimentos, bem como salas de recreação, brinquedotecas, ações como os “Doutores da Alegria”, além de contadores de histórias e demais voluntários (SILVA *et al*, 2018; SVENDSEN *et al*, 2017).

Outro aspecto relevante foi observado no âmbito dos familiares da criança adoentada. Os profissionais, principalmente de unidades de atendimento a crianças com doenças crônicas, levam em consideração a família como recurso na assistência de enfermagem, constatando que um bom relacionamento com as famílias lhes proporciona satisfação no trabalho (SILVA *et al*, 2018).

### **Limitações de estudo**

Consideram-se como limitações o fato de só terem sido incluídos nessa revisão estudos que se encontravam disponíveis em texto integral e gratuitos, o que pode ter excluído outros estudos com possíveis resultados relevantes a temática. Dessa maneira, reforça a necessidade da realização de outros estudos que envolvam diretamente criança internada e o profissional de saúde. Com esse entendimento, infere-se a necessidade de conhecer essa experiência atentando, sobretudo, para a vivência, formação de vínculos, traumas e sentimentos que o ambiente hospitalar exercer sobre os pequenos.

### **Contribuições para área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública**

Reunir as informações de artigos acerca da perspectiva dos profissionais frente à hospitalização da criança, que são escassos na literatura e que, quase sempre, não estão relacionados à hospitalização rotineira da criança, mas sim a situações mais específicas do seu processo de trabalho, portanto há necessidade de identificação da percepção de quem presta o cuidado. Dessa maneira o cuidado será prestado com qualidade, e possibilitará maior satisfação tanto ao cliente como a equipe de saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A revisão da literatura possibilitou identificar a percepção dos profissionais acerca da hospitalização infantil. Diante das discussões e dos resultados, notou-se que valiosas são as experiências adquiridas pelos profissionais que atuam na área. Observou-se uma mudança da adoção do modelo biomédico, muito utilizado no passado, para uma forma de cuidar humanizado, seguindo a Política Nacional de Humanização, do Ministério da Saúde. Portanto, o estudo afirma que os profissionais estão cotidianamente aderindo a uma característica lúdica e cordial para que a criança se sinta cada vez mais confortável nesse período da hospitalização.

## REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A.V.S. et al. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. **Ciêns saúde coletiva**. 2017; v.22, n.11, p.3653-3666. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.26362015>.

AZIZNEJADROSHAN, P.;ALHANI, F.;MOHAMMADI,E.. Experiences of iranian nurses on the facilitators of pain management in children: a qualitative study. **Hindawi Publishing Corporation**. 2016; p.1-7. DOI:<http://dx.doi.org/10.1155/2016/3594240>.

BAIRD, J.;REHM, R.S.;HINDS, P.S.;BAGGOTT, C.;DAVIES, B.. Do you know my child? Continuity of nursing care in the pediatric intensive care unit. **Nur Res**. 2016; v.65, n.2, p.1-16. DOI: 10.1097/NNR.0000000000000135.

BISOGNI,S.;ARINGHERI, C.;MCGREEVY, K.;OLIVINI, N.;LOPEZ,JRG.;CIOFI, D. et al. Actual implementation of sick children's rights in Italian pediatric units: a descriptive study based on nurses' perceptions. **BMC Medical Ethics**. 2015; v.16, n.1, p.33. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0021-0>.

CHOLBI, N.S.P.;OLIVEIRA, I.C.S.; CARMO, S.A.; MORAIS, R.C.M.. The nursing actions before the right to worthy death of the hospitalized child. *Esc Anna Nery*. 2019; v.23, n.3, p.1-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0356>.

FERREIRA, L.B.;OLIVEIRA, J.S.A.;GONÇALVES, R.G.; ELIAS, T.M.N.;MEDEIROS, S.M.;MORORÓ, D.D.S. Cuidar de enfermagem às famílias de crianças e adolescentes hospitalizados. **Rev Enferm UFPE On Line**. 2019; v.13, n.1, p.23-31. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a237672p23-31-2019>.

MEDIANI, H.S.;DUGGAN, R.;CHAPMAN, R.;HUTTON, A.;SHIELDS, L.. An exploration of Indonesian nurses' perceptions of barriers to paediatric pain management. **J Child Health Care**. 2017; v.21, n.3, p.273-282. DOI: <https://doi.org/10.1177/1367493517715146>.

MUSKAT, B.;RIOSAS, P.B.;NICHOLAS, D.B.;ROBERTS, W.;STODDART,K.P.;ZWAIGENBAUM L.. Autism comes to the hospital: the experiences of patients with autism spectrum disorder, their parents and health-care providers at two Canadian paediatric hospitals. **Autism**. 2015; v.19, n.4, p.482-90. DOI: <https://doi.org/10.1177/1362361314531341>.

SANTOS, L.S.B.;COSTA, K.F.L.;LEITE,A.R.;LEITE, I.D.R.;SARMENTO, N.T.;OLIVEIRA,G.S.C.. Emotional perceptions and reactions of nursing professionals assisting children with cancer. **Rev Enferm UFPE on line**. 2017; v.11, n.4, p.1616-1623. DOI:10.5205/revuol.9763-85423-1-SM.1104201709.

SEMTCHUCK, A.L.D.; GENOVESI, F.; SANTOS, J.L.. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: revisão integrativa. **Rev Urug Enferm**. 2017; v.12, n.1, p.87-101. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/biblio-849212?lang=pt>

SILVA, D.O.; GAMA, D.O.N.; PEREIRA, R.B.; CAMARÃO, Y.P.H.C..The importance of play in the context of child hospitalization. **Rev Enferm UFPE on line**. 2018; v.12, n.12, p.3483-3491. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a234923p3484-3483-2018>.

SILVA, S.R.M.;SANTOS, M.C.S.;SILVA,A.M.;FERREIRA,F.A.;FREITAS, R.S.C.;GOUVEIA, M.T. et al.Perception of the hospitalized child's companion in relation to therapeutic toys. **Rev enferm UFPE on line**. 2018; v.12, n.10, p.2703-9. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a234885p1129-1139-2018>.

SILVA, T.P.;SILVA, L.J.;FERREIRA, M.J.C.;SILVA, I.R.; RODRIGUES,B.M.R.D.;LEITE, J.L.. Contextual aspects related to nursing care management of the child with chronic cancer pain. **Texto Contexto - Enferm**. 2018; v.27, n.3, p.1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003400017>.

SIMIONI, G.B.;AMEIDA, J.;SILVA, L.F.;LEITE, T.A.S.;ZAVARIZE, S.F.;MARTELLI, A.. A influência do lúdico no processo de hospitalização infantil: a visão do palhaço. **Arch Health Invest**. 2017; v.6, n.1, p.5-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v6i1.177>.

SOSSELA, C.R.;SAGER,F. A criança e o brinquedo no contexto hospitalar. **Revista da SBPH**. 2017, v.20, n.1, p.17-31. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582017000100003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000100003&lng=pt&tlng=pt).

SVENDSEN, E.J.;PEDERSEN,R.;MOEN, A.;BJORK, I.. Exploring perspectives on restraint during medical procedures in paediatric care: a qualitative interview study with nurses and physicians. **Int J Qual Stud Health Well-Being**. 2017;v.12; n.1, p.1-11. DOI: <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1363623>.

TEIXEIRA, E.;MEDEIROS, H,P.;NASCIMENTO, M.H.M.;SILVA,B.A.C.;RODRIGUES, C.. Revisão integrativa da literatura passo-a-passo & convergências com outros métodos de revisão. **Rev Enferm UFPI**. 2013; p.2-7. DOI: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v2i5.1457>.

VILLA, L.L.O.; SILVA, J.C.; COSTA, F.R. et al. A percepção do acompanhante sobre o atendimento humanizado em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Fund Care Online**. 2017; v.9, n.1, p.187-192. DOI: [http:// dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.187-192](http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.187-192)

# CAPÍTULO 14

## INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN PACIENTES DESNUTRIDOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD

*Data de aceite:* 01/11/2021

*Data de submissão:* 06/08/2021

### **Betty Sarabia-Alcocer**

Universidad Autónoma de Campeche, México  
San Francisco de Campeche, Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0002-7912-4377>

### **Betty Mónica Velázquez-Sarabia**

Secretaría de Salud del Estado de Campeche,  
México  
San Francisco de Campeche, Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0002-9165-9016>

### **Baldemar Aké-Canché**

Universidad Autónoma de Campeche, México  
San Francisco de Campeche, Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0003-2636-5334>

### **Tomás Joel López-Gutiérrez**

Universidad Autónoma de Campeche, México  
San Francisco de Campeche, Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0002-3554-1347>

### **Román Pérez-Balan**

Universidad Autónoma de Campeche, México  
San Francisco de Campeche, Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0003-2366-6617>

### **Rafael Manuel de Jesús Mex-Álvarez**

Universidad Autónoma de Campeche, México  
San Francisco de Campeche, Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0003-1154-0566>

### **Carmen Cecilia Lara-Gamboa**

Universidad Autónoma de Campeche, México  
San Francisco de Campeche, Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0001-7893-9913>

### **Patricia Margarita Garma-Quen**

Universidad Autónoma de Campeche, México  
San Francisco de Campeche, Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0003-4347-0347>

### **Eduardo Jahir Gutiérrez-Alcántara**

Universidad Autónoma de Campeche, México  
San Francisco de Campeche, Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0003-3659-1693>

### **Pedro Gerbacio Canul-Rodríguez**

Universidad Autónoma de Campeche, México  
San Francisco de Campeche, Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0001-7643-2924>

### **Alicia Mariela Morales-Diego**

Universidad Autónoma de Campeche, México  
San Francisco de Campeche, Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0001-5727-959X>

### **María Eugenia López-Caamal**

Instituto Campechano  
San Francisco de Campeche, Campeche, México  
<https://orcid.org/0000-0001-5292-5169>

**RESUMEN:**-La desnutrición es un problema de salud pública, que actúa negativamente sobre el sistema inmunológico, produciendo un aumento significativo en la morbilidad y mortalidad infantil.

**Objetivo:** Identificar la incidencia de infección de vías urinarias en niños desnutridos menores de 5 años. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo en niños menores de 5 años con desnutrición, para determinar la incidencia de infección urinaria. **Resultados:** Se demostró una incidencia de infección urinaria del 39.2 %, correspondiendo el 81.8 % para el sexo femenino

y el 18.1 % para el sexo masculino, obteniéndose una diferencia significativa de 4:1 ( $P < 0.001$ ). **Conclusiones:** Demostrando así que la incidencia de infección de vías urinarias es superior en pacientes pediátricos desnutridos, que en los pacientes sin desnutrición.

**PALABRAS CLAVE:** Incidencia, Desnutrición infantil, Infección urinaria.

## INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM PACIENTES DESNUTRIDOS COM MENOS DE CINCO ANOS DE IDADE

**RESUMO:** A desnutrição é um problema de saúde pública, que atua negativamente no sistema imunológico, produzindo um aumento significativo na morbimortalidade infantil. **Objetivo:** Identificar a incidência de infecção do trato urinário em crianças desnutridas menores de 5 anos.. **Material e métodos:** Foi realizado um estudo descritivo em crianças menores de 5 anos com desnutrição, para determinar a incidência de infecção urinária. **Resultados:** Foi demonstrada uma incidência de infecção urinária de 39,2%, correspondendo a 81,8% para o sexo feminino e 18,1% para o masculino, obtendo-se uma diferença significativa de 4: 1 ( $P < 0,001$ ). **Conclusão:** Demonstrando assim que a incidência de infecção do trato urinário é maior em pacientes pediátricos desnutridos do que em pacientes sem desnutrição.

**PALAVRAS-CHAVE:** Incidência, Desnutrição infantil, Infecção urinária.

## INCIDENCE OF URINARY TRACT INFECTION IN MALNOURISHED PATIENTS UNDER FIVE YEARS OF AGE

**ABSTRACT:** Malnutrition is a public health problem, which acts negatively on the immune system, producing a significant increase in infant morbidity and mortality. **Objective:** To identify the incidence of urinary tract infection in malnourished children under 5 years of age. **Material and methods:** A descriptive study was carried out in children under 5 years of age with malnutrition, to determine the incidence of urinary infection. **Results:** An incidence of urinary infection of 39.2% was demonstrated, corresponding to 81.8% for the female sex and 18.1% for the male sex, obtaining a significant difference of 4: 1 ( $P < 0.001$ ). **Conclusion:** Demonstrating that the incidence of urinary tract infection is higher in malnourished pediatric patients than in patients without malnutrition.

**KEYWORDS** - Incidence, Child malnutrition, Urinary infection.

## INTRODUCCIÓN

La Desnutrición es un problema de salud pública, y es la enfermedad nutricia más importante de los países en vías de desarrollo, debido a su alta prevalencia, su relación con las tasas de mortalidad, con el deterioro del crecimiento físico, así como un desarrollo social y económico inadecuado en los países en vías de desarrollo. Compuesto por múltiples facetas que van desde los aspectos económicos y socio-políticos a los aspectos puramente bioquímicos y clínicos.

Existe clara evidencia acerca de la importancia de la desnutrición como uno de los factores más importantes para que el niño sea susceptible a contraer enfermedades

infecto-contagiosas. Formándose un círculo vicioso, con la consiguiente perpetuación de la desnutrición.

Las enfermedades que más se asocian a la desnutrición son las infecciones respiratorias agudas, las gastrointestinales y finalmente las infecciones de vías urinarias.

En años recientes se han realizado estudios que enfocan el impacto de la desnutrición infantil, su relación directa como causa de déficit inmunológico a largo plazo, y la presentación de infecciones respiratorias agudas y las gastrointestinales. Pero actualmente, existen pocos estudios que asocian la desnutrición y la infección urinaria, debatiendo así la importancia de la misma, y poniendo en duda la existencia de la relación desnutrición – infección.

Debido a todo esto y a la importancia de brindar un mejor servicio de control nutricional a pacientes pediátricos en áreas urbanas, despertó el interés de realizar este estudio que permitiera demostrar en definitiva si existe o no, una incidencia elevada de infección de vías urinarias en pacientes pediátricos desnutridos.

La mala nutrición, junto a enfermedades infecciosas, es la principal causa de la elevada morbilidad y mortalidad entre la población infantil de los países denominados en vías de desarrollo. Las relaciones entre composición corporal y estado metabólico, la medicación, las complicaciones y el curso de la enfermedad urinaria propiamente dicha, son multifacéticas y constituyen uno de los ejes principales para la intervención del equipo de apoyo nutricional.

*Álvarez y Carrillo* en el año 2002 publicaron un artículo de estudio retrospectivo en 240 niñas y adolescentes atendidas por infección del tracto urinario; de éstas se seleccionaron 140 pacientes diagnosticadas de infección recurrente del tracto urinario, en edades comprendidas entre cero y 15 años. Se valoró el estado nutricional al compararlas con los resultados de las tablas de nutrición, donde se observó afectación, en peso para edad y peso para la talla en el grupo de menores de 9 años. Los gérmenes más frecuentes detectados fueron *Escherichia coli* 78 % y *Proteus* 12,0 %. Los síntomas que se apreciaron con más frecuencia fueron: fiebre, micción de esfuerzo y ardor miccional. Se concluyó que existió una relación directa entre la infección urinaria y el estado nutricional<sup>4</sup>.

Ferre Contreras, Miguel E y colaboradores en el 2003 realizaron un estudio descriptivo de corte transversal para determinar la incidencia de desnutrición en pacientes internados en las salas N° 1 y 2 de Clínica Médica y en la N° 7 de Enfermedades Infecciosas del Hospital del Niño Jesús. Se estudiaron 932 pacientes pediátricos internados y se valoraron diversas variables entre las que destacan la edad, el sexo, peso al nacimiento, peso en el momento de la internación, motivo de la internación, enfermedad infecciosa y día de realización de su diagnóstico. En los resultados finales se determinó como eutróficos un 59 % de los niños. Un 27 % correspondió a los desnutridos Grado I, el 10 % a los desnutridos Grado II y el 4 % a los desnutridos Grado III. En cuanto a las enfermedades infecciosas la infección respiratoria aguda baja (IRAB) tuvo una frecuencia del 65 %, la otitis media

aguda con el 22 % diarrea aguda 10 %, infección urinaria 6 %. No se encontró evidencia suficiente para afirmar que las variables estado nutricional y enfermedad infecciosa están significativamente relacionadas (Test Exacto de Fisher,  $p = 0,32$ )<sup>5</sup>.

## DESNUTRICION

La norma oficial mexicana define el término desnutrición, al estado patológico inespecífico, sistémico y potencialmente reversible que se genera por el aporte insuficiente de nutrimentos, o por una alteración en su utilización por las células del organismo. Se acompaña de varias manifestaciones clínicas y reviste diversos grados de intensidad (leve, moderada y grave). Además se clasifica en aguda y crónica<sup>1</sup>.

La desnutrición puede estar causada por un aporte energético o proteico insuficiente, por una mayor pérdida de nutrientes o por el incremento de las necesidades nutricionales. La desnutrición puede desarrollarse de forma lenta durante una enfermedad crónica o un ayuno parcial o bien de forma rápida ante una enfermedad aguda o un ayuno total. Las manifestaciones clínicas pueden ser muy variadas, según la edad en que se produce, su velocidad de instauración, el déficit nutricional causante y la presencia de enfermedades concomitantes que la producen, o son secundarias a ella. Existen dos formas bien diferenciadas de malnutrición: el marasmo, debido a un déficit predominantemente energético, y el kwashiorkor, causado por un déficit especialmente proteico<sup>7</sup>.

La valoración del estado nutricional se realiza con gráficas establecidas en la Norma Oficial Mexicana **NOM-031-SSA2-1999**, la cual cuenta con estándares apropiados para peso - talla, talla - edad, y peso - edad.

En países en vías de desarrollo, amplios sectores de la comunidad están expuestos a múltiples factores de riesgo, lo que incide negativamente en su nivel de salud y nutrición. Por sus mayores requerimientos nutricionales, su menor capacidad de adaptación al déficit de nutrientes y su susceptibilidad a procesos infecciosos, el grupo más vulnerable es la población infantil.

Cortes y colaboradores en 1990, realizaron un estudio con el propósito de conocer la prevalencia de desnutrición en niños que ingresan a un hospital de alta especialidad, "Centro Médico Nacional Siglo XXI". Se estudiaron 450 pacientes pediátricos, registrándose el peso, la talla, edad y el diagnóstico de ingreso. La frecuencia de la desnutrición fue de 72.2%, un 4.4% presentó obesidad y un 23.4% no presentó anomalías en su nutrición. Con respecto a la enfermedad, la desnutrición se presentó en niños con problemas neoplásicos en un 73.1%, infecciosas en un 81.2%, padecimientos neurológicos 72.2%, hematológicos en un 46.2%. Mostrando una relación existente en el círculo vicioso enfermedad- desnutrición – enfermedad<sup>2</sup>.

Velázquez Pérez y colaboradores en 1998 realizaron un estudio analítico de casos y controles, donde seleccionaron 64 niños menores de 1 año (casos), con diagnóstico de



desnutrición energético – proteica y, a la par, 64 niños de edad similar que no hubiesen tenido desnutrición y que ingresaron por otras enfermedades, en el hospital pediátrico provincial “Mártires de las Tunas”. Los resultados encontrados como factores de riesgo fueron otras enfermedades concomitantes, peso al nacer menor de 2.5kg, ingreso económico per cápita menor de 60 pesos por mes, madre no trabajadora, madre sin pareja estable, y madre menor de 19 años<sup>3</sup>.

## INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS

Se entiende por infección urinaria a la presencia de microorganismos tales como bacterias u hongos, en cualquier localización del sistema urinario, con la subsecuente respuesta inflamatoria del anfitrión<sup>9</sup>.

La infección del tracto urinario es un problema frecuente en la población pediátrica.

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que la enfermedad se diagnostica en 1% de los niños y de 3-8% de las niñas.

Actualmente ocupa el tercer lugar en morbilidad a nivel nacional<sup>16</sup>, y el segundo lugar a nivel regional<sup>17</sup>. Se encuentra como sexto lugar a nivel nacional de mortalidad<sup>16</sup>.

La mayor parte de las infecciones se producen durante los primeros años<sup>15</sup>. Del 1-2 % de los recién nacidos desarrollan IU, con una relación de 5:1 para el varón: mujer respectivamente. En el recién nacido y el lactante menor, representa el 0,8 % de todas las infecciones. En niños por debajo de los 12 meses es de 3,7 % en hombres frente a un 2 % en mujeres, En los primeros dos años 8,1% corresponden a las niñas y 1,9 % en los niños siendo la frecuencia 5 veces más común en las mujeres. En menores de 6 años la incidencia es del 2%, con clara diferencia de 6,6 % para mujeres y de 1,8 % para varones, con una relación 1:3.5 a favor de las mujeres. Hasta los 11 años de edad varía del 2 al 3% para las mujeres y 0,08 al 1,1 % para los hombres<sup>11</sup>. La prevalencia de infección de vías urinarias es de 8 – 35% en pacientes pediátricos con desnutrición<sup>15</sup>.

Las infecciones del tracto urinario se pueden dividir por su localización, en dos grandes grupos. En Infecciones de vías urinarias bajas (Cistitis, Prostatitis y Uretritis), e Infecciones de vías urinarias altas (Pielonefritis)<sup>9</sup>.

El cuadro clínico varía con la edad de presentación. En menores de 2 años de edad se puede presentar fiebre elevada sin foco aparente, afectación del estado general, anomalía del hábito o chorro miccional, llanto durante la micción, orina maloliente y turbia, e inespecíficos como los vómitos, la diarrea, detención de la curva ponderal, irritabilidad o apatía. En mayores de 2 años de edad se puede presentar Fiebre elevada, Anomalías de hábitos miccionales, molestias urinarias, urgencia miccional, orina maloliente y turbia, y la presencia de dolor lumbar, y un posible dolor abdominal difuso<sup>10</sup>.

El diagnóstico de infección urinaria sin especificar la localización alta o baja requiere síntomas y signos específicos urinario, y otros generales que constituyen un cuadro clínico

sospechosos o altamente probable y un urocultivo obtenido al acecho con recuento de colonias significativo<sup>11</sup>. Se utiliza un criterio estadístico sobre la base del recuento de colonias del urocultivo, considerando como sospechoso clásicamente el crecimiento de más de  $10^4$  y significativo de más de  $10^5$  colonias por mililitro <sup>12</sup>.

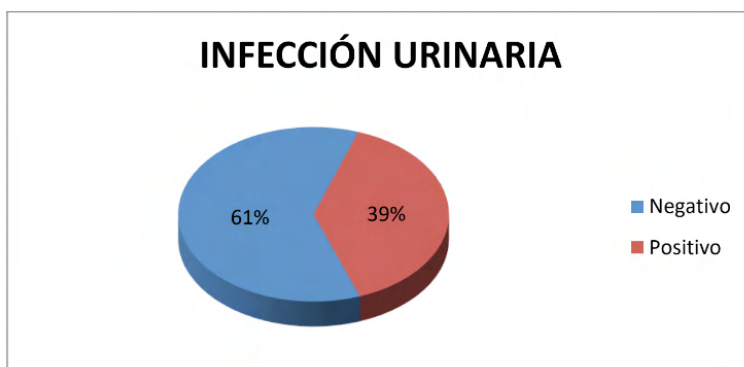
Los agentes patógenos más implicados en las infecciones urinarias agudas, suele ser un microorganismo simple. El más común es el E.coli<sup>13</sup>.

La bacteria llamada Escherichia coli es un Bacilo gramnegativo anaerobio facultativo. Perteneciente al género Escherichia y a la familia Enterobacteriaceae. Es capaz de producir exotoxinas y adhesinas (factor de adherencia). Es responsable de producir más del 80% de las Infecciones urinarias adquiridas en la comunidad, así como la mayoría de las infecciones nosocomiales, y es una causa importante de gastroenteritis en los países en vías de desarrollo<sup>6</sup>.

La elección del antibiótico se efectúa según el resultado del antibiograma, valorando además la toxicidad y el costo del fármaco<sup>14</sup>. Los fármacos más utilizados de forma empírica son Trimetropin con sulfametoxazol, amoxicilina y amoxicilina más clavulanato<sup>15</sup>

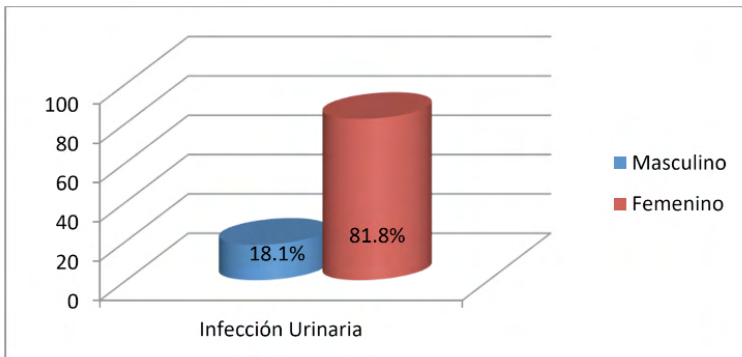
## DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO

Se realizó un estudio de carácter descriptivo, observacional, transversal en el Centro de Salud de Atasta, Carmen, Campeche, en el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de julio del 2020. Donde se incluyeron 28 pacientes menores de 5 años con diagnóstico de desnutrición, y que participen en el programa de control nutricional, sin antecedentes previos de enfermedades concomitantes.



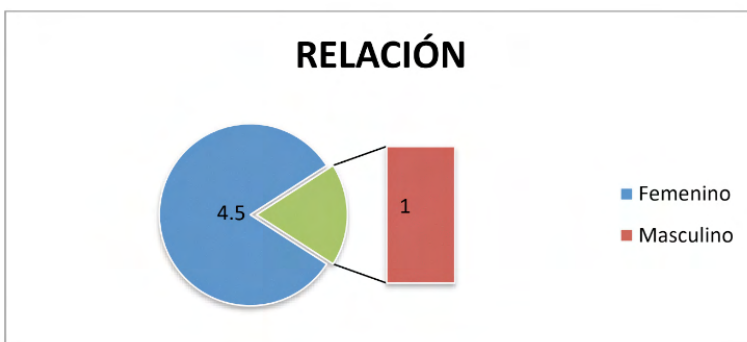
Gráfica 1. Porcentaje de infección de vías urinarias.

Fuente. Fichas de recolección 2020.



Grafica 2. Porcentaje de infección de vías urinaria por género.

Fuente. Fichas de recolección 2020.

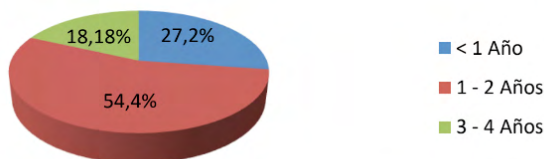


Grafica 3. Relación Masculino - Femenino con respecto a la infección urinaria.

Fuente. Fichas de recolección 2020.

Se estudió un total de 28 pacientes pediátricos desnutridos, con un promedio de edad de 2 años 6 meses  $\pm$  14 meses, mostrando una incidencia de infección urinaria del 39.2 % (11), correspondiendo el 81.8 % (9) para el sexo femenino y el 18.1 % (2) para el sexo masculino, obteniéndose una diferencia significativa de 4:1 ( $P < 0.001$ ). (Ver gráficas 1-3).

## INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS POR RANGOS DE EDAD

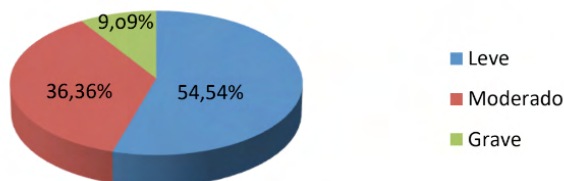


Grafica 4. Porcentaje de infección de vías urinarias por rangos de edad.

Fuente. Fichas de recolección 2020.

Con relación a la edad con más incidencia de infección de vías urinaria asociada a desnutrición, se encontró una mayor incidencia en el rango de edad de 1 a 2 años con un 54,4 % (6), seguido de un 27.2 % (3) en los menores de un año y finalmente solo un 18.18 % (2) en el grupo de 3 y 4 años, sin embargo los resultados obtenidos no mostraron una diferencia significativa ( $P > 0.30$ ). (Ver gráfica 4).

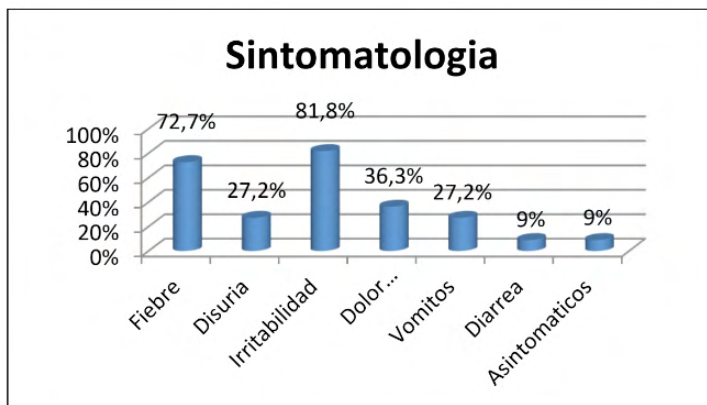
## GRADOS DE DESNUTRICIÓN



Grafica 5. Porcentaje de infección de vías urinarias según los grados de desnutrición.

Fuente. Fichas de recolección 2020.

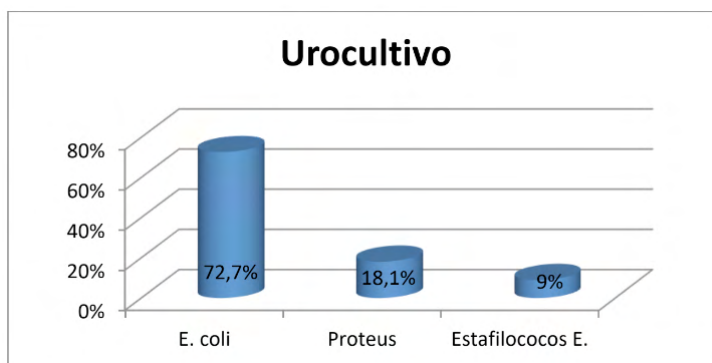
De acuerdo con el grado de desnutrición, de los pacientes a los que se les diagnosticó infección de vías urinarias, el 54.54 % (6) se clasificó como desnutrición leve, el 36.36 % (4) como desnutrición moderada, y el 9.09 % (1) como desnutrición grave, sin embargo tampoco se obtuvo una diferencia significativa ( $P > 0.15$ ). (Ver gráfica 5).



Grafica 6. Sintomatología más frecuente en la infección de vías urinarias.

Fuente. Fichas de recolección 2020.

Al analizar la sintomatología presentada del total de pacientes positivos a infección urinaria, el síntoma más frecuente es la irritabilidad presentándose en un 81.8% (9), seguido de la fiebre con un 72.7% (8), seguido de dolor abdominal con un 36.3% (4), vómitos con un 27.2% (3), disuria con 27.2% (3), diarrea con un 9% (1), y asintomático con un 9% (1), obteniéndose una diferencia significativa ( $P < 0.025$ ). (Ver gráfica 6)



Grafica 7. Porcentaje de patógenos aislados en urocultivo.

Fuente. Fichas de recolección 2020.

De acuerdo con los resultados de los urocultivos, entre los patógenos que se aislaron, en el 72.7% (8) fue E. Coli, en el 18.1% (2) fue Proteus, y en el 9 % (1), se aisló Estafilococos Epidermidis. ( $P < 0.025$ ). (Ver gráfica 7).

## COMENTARIOS FINALES

### Resumen de resultados

Se estudió un total de 28 pacientes pediátricos desnutridos, con un promedio de edad de 2 años 6 meses  $\pm$  14 meses, mostrando una incidencia de infección urinaria del 39.2 % (11), correspondiendo el 81.8 % (9) para el sexo femenino y el 18.1 % (2) para el sexo masculino, obteniéndose una diferencia significativa de 4:1 ( $P < 0.001$ ). (Ver gráficas 1-3).

Con relación a la edad con más incidencia de infección de vías urinaria asociada a desnutrición, se encontró una mayor incidencia en el rango de edad de 1 a 2 años con un 54,4 % (6), seguido de un 27.2 % (3) en los menores de un año y finalmente solo un 18.18 % (2) en el grupo de 3 y 4 años, sin embargo los resultados obtenidos no mostraron una diferencia significativa ( $P > 0.30$ ). (Ver gráfica 4).

De acuerdo con el grado de desnutrición, de los pacientes a los que se les diagnosticó infección de vías urinarias, el 54.54 % (6) se clasificó como desnutrición leve, el 36.36 % (4) como desnutrición moderada, y el 9.09 % (1) como desnutrición grave, sin embargo tampoco se obtuvo una diferencia significativa ( $P > 0.15$ ). (Ver gráfica 5).

Al analizar la sintomatología presentada del total de pacientes positivos a infección urinaria, el síntoma más frecuente es la irritabilidad presentándose en un 81.8% (9), seguido de la fiebre con un 72.7% (8), seguido de dolor abdominal con un 36.3% (4), vómitos con un 27.2% (3), disuria con 27.2% (3), diarrea con un 9% (1), y asintomático con un 9% (1), obteniéndose una diferencia significativa ( $P < 0.025$ ). (Ver gráfica 6). De acuerdo con los resultados de los urocultivos, entre los patógenos que se aislaron, en el 72.7% (8) fue E. Coli, en el 18.1% (2) fue Proteus, y en el 9 % (1), se aisló Estafilococos Epidermidis. ( $P < 0.025$ ). (Ver gráfica 7)

## CONCLUSIONES

La desnutrición infantil actúa negativamente sobre el Sistema inmunológico, produciendo susceptibilidad a la incidencia de procesos infecciosos.

La incidencia de infección de vías urinarias es superior en pacientes pediátricos desnutridos, que en los pacientes sin desnutrición.

La incidencia de infección urinaria en pacientes menores de 5 años con desnutrición, es 4.5 veces superior en las mujeres, que en los hombres.

La infección urinaria asociada a la desnutrición es más frecuente en los niños de 1 a 2 años con un promedio de edad de 2 años 6 meses.

El grado de desnutrición asociado a mayor incidencia de infección urinaria, es el grado de desnutrición leve.

La sintomatología más frecuente que se presenta en infección urinaria en pacientes

pediátricos, es la irritabilidad. El agente patógeno que más aislado en el urocultivo de pacientes pediátricos desnutridos con infección urinaria es el *Escherichia Coli*.

## REFERENCIAS

Álvarez A; Carrillo U (2002). Infección recurrente del tracto urinario en niñas y adolescentes y su relación con el estado nutricional. *Revista Cubana de Pediatría*. Vol. 74. Núm. 1.

Castiñeiras Fernández. Infecciones e inflamaciones del aparato urinario Libro del residente de Urología. Cap. VI. pp. 611-637.

Celeste Raquel López; Juan Fernando Gómez Rinesi (2003). Tratamiento de la infección urinaria en pediatría. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina - N° 123 – Enero 2003* Pág. 3-13.

Contreras F, Miguel E; González, Mónica M.; Molina, Andrea C; Frías, Silvia M.; Fuenzalida, Ivanna N. (2006). Prevalencia de desnutrición infantil y su asociación a enfermedades infecciosas en el Hospital del Niño Jesús. *Revista de la facultad de medicina. Universidad Nacional De Tucumán*. Vol. 7 - N° 1.

C. Loris; R. Carpena; J. Escribano; S. Málaga. Infección urinaria. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos de Nefro-Urología Pediátrica*. Tomo 3. Cap. XIV. pp. 165 – 174.

Ferreras Rosman. Desnutrición proteica energética. *Medicina Interna*. Edición XIII. pp. 1984 – 1989.

Instituto Mexicano del Seguro Social. *Guía de Práctica Clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones de Vías Urinarias No complicadas en menores de 18 años en el Primero y Segundo Nivel de Atención*. Octubre 2009.

Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa IMSS – Oportunidades. *Vigilancia epidemiológica*. Diciembre 2007.

J.M. Aguado; B. Almirante; J. Fortún. Infección urinaria. *Protocolos clínicos de la sociedad española de enfermedades infecciosas y microbiología clínica (SEIMC)*. pp. 3 – 11.

Lawrenc M. Tierney; Stephen J. McPhee; Maxine A. Papadakis. Infección de las vías genitourinarias. *Diagnostico clinico y tratamiento*. XLI Edicion. Cap. 23. pp 816 -821.

Malo R; Orjuela C. Infección Urinaria. *Manual de Urología Pediátrica*. Cap.II. PP.1-10.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.

P. Murray. *Enterobacteriaceae*. *Microbiología Médica*. Versión en español de la 5.a edición. Cap. 31. pp. 326 - 330.

Vázquez R; Flores G; Cuatecontzi C (1990). Frecuencia de la desnutrición en niños de un hospital pediátrico de tercer nivel. *Revista mexicana de pediatría*. Vol. 62 Núm. 4. pp. 131 – 133.

Velázquez P; Larramendy P; Rubio B (1998). Factores de riesgo de desnutrición proteo – energética en niños menores de 1 año de edad. *Revista cubana alimentación nutrición*; Vol. 12(2): pp. 82 –

## ALEITAMENTO MATERNO E CÁRCERE: A PERCEPÇÃO DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE

Data de aceite: 01/11/2021

**Vanessa dos Santos Pereira**

**Patricia Lima Pereira Peres**

**Priscila Marques Nascimento**

**Cristiane Santos Gomes**

**RESUMO:** Este artigo apresenta resultados de uma pesquisa realizada em duas instituições prisional do Estado do Rio de Janeiro. **Objetivo:** analisar a percepção das mulheres encarceradas acerca da amamentação no ambiente prisional.

**Método:** estudo qualitativo, realizado no período de julho de 2017 a fevereiro de 2018, com mulheres que estão sob regime de privação de liberdade que estivessem vivenciando o ciclo grávido-puerperal. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, e analisados pelo método hermenêutico-dialético.

**Resultados:** O corpus do estudo possibilitou a organização do conteúdo mais amplo em uma macrocategoria de análise: *A criação de vínculo e a ruptura do desligamento: breves percepções sobre amamentar no cárcere.* Os conteúdos específicos foram analisados separadamente em duas microcategorias de análise: *O aleitamento materno como algo bom para mãe e o bebê; Amamentação tem prazo: a sombra do iminente desligamento entre mãe e filho.* **Conclusões:** há aspectos ambivalentes em relação à amamentação no cárcere. A criação do vínculo mãe e bebê promove bem-estar, e amplia as

perspectivas de reinserção social. Entretanto, o vínculo mãe-filho, é limitado pelo tempo concedido pela justiça, ou pelo não cumprimento das legislações protetivas, trazendo sentimentos negativos e diminuindo a relação afetiva entre mãe e filho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Aleitamento materno; Prisões; Gestantes, Período pós parto.

### BREASTFEEDING AND PRISON: THE PERCEPTION OF WOMEN DEPRIVED OF LIBERTY

**ABSTRACT:** This article presents results of a research carried out in two prison institutions in the State of Rio de Janeiro. **Objective:** to analyze the perception of incarcerated women about breastfeeding in the prison. **Methods:** qualitative study, held from July 2017 to February 2018 with women who are under deprivation of liberty who were experiencing the pregnant puerperal cycle. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed by the hermeneutic-dialectic method. **Results:** The corpus of the study made it possible to organize the broadest content in a macro category of analysis: *Bonding and disconnection: brief perceptions about breastfeeding in prison.* The specific contents were analyzed separately in two analysis micro-categories: *Breastfeeding as a good thing for mother and baby; Breastfeeding has a term: the shadow of the imminent disconnection between mother and child.* **Conclusions:** there are ambivalent aspects in relation to breastfeeding in prison. The creation of the mother-baby bond promotes well-being, and expands the prospects for social reintegration. However, the mother-



child bond is limited by the time granted by the court, or by non-compliance with protective legislation, bringing negative feelings and decreasing the emotional relationship between mother and child.

**KEYWORDS:** Breast feeding; Prison; Pregnant women, Postpartum period.

## LACTANCIA MATERNA Y PRISIÓN: LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD

**RESUMEN:** Este artículo presenta los resultados de una investigación realizada en dos instituciones penitenciarias del Estado de Río de Janeiro. **Objetivo:** analizar la percepción de mujeres privadas de libertad sobre la lactancia materna en el ámbito penitenciario. **Método:** estudio cualitativo, realizado de julio de 2017 a febrero de 2018, con mujeres em situación de privación de libertad que estaban pasando por el ciclo gestante-puerperal. Los datos se recolectaron mediante entrevistas semiestructuradas y se analizaron mediante el método hermenéutico-dialéctico. **Resultados:** El corpus de estudio permitió organizar el contenido más amplio en una macrocategoría de análisis: *Vinculación y desvinculación: breves percepciones sobre la lactancia materna en prisión*. Los contenidos específicos se analizaron por separado en dos microcategorías de análisis: *La lactancia materna como algo bueno para la madre y el bebé; La lactancia materna tiene un término: la sombra de la inminente desvinculación entre madre e hijo*. **Conclusiones:** existen aspectos ambivalentes sobre la lactancia materna en prisión. La creación del vínculo madre-bebé promueve el bienestar y amplía las perspectivas de reintegración social. Sin embargo, el vínculo madre-hijo está limitado por el tiempo otorgado por el tribunal, o por el incumplimiento de la legislación protectora, trayendo sentimientos negativos y mermando la relación emocional entre madre e hijo.

**PALABRAS CLAVE:** Lactancia materna; Prisiones; Mujeres embarazadas, período posparto.

## INTRODUÇÃO

A população carcerária tem crescido significativamente no Brasil e no Mundo nas últimas décadas. Até o ano de 2018, foram registrados mais de 10 milhões de pessoas privadas de liberdade no mundo todo<sup>1</sup>. O Brasil assume a posição de terceira maior população carcerária mundial com um total de aproximadamente 703 mil pessoas privadas de liberdade. Em se tratando da população carcerária feminina, o Brasil está na quarta posição<sup>2</sup>. Os dados das unidades de monitoramento eletrônico do Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN) assinalam avanço no aprisionamento feminino, saltando de 5.600 mulheres em cárcere até o ano 2000, para 37.200 mulheres encarceradas até junho de 2020<sup>3</sup>.

Na maioria dos estados brasileiros, as gestantes encarceradas ao avançar da gestação são transferidas para unidades prisionais que permitam a presença da mãe com seus filhos, e pode permanecer com eles até o período previsto por lei. Depois, as crianças deixam o sistema prisional e ficam sob os cuidados de algum familiar, e a mãe retorna à

unidade de origem. Entretanto, na maioria das vezes, esse direito é cerceado ou mais comumente reduzido até o período de amamentação exclusiva, seis meses<sup>4-5</sup>.

A amamentação é uma prática milenar que foi ganhando representações diferentes com o passar dos anos. Pesquisas evidenciam uma série de benefícios relacionados à amamentação que não se restringem a saúde do bebê, mas relaciona-se a mulher, família e sociedade<sup>6-7</sup>.

Embora haja no Brasil uma rede de políticas públicas que protegem a prática da amamentação, o ato de amamentar ainda é para muitas mulheres um esforço hercúleo devido às circunstâncias desfavoráveis para querer-poder amamentar, a falta de apoio à prática, e até ausência de mecanismos que garantam o direito, apesar de constar em nossa legislação<sup>6-8</sup>. O direito à amamentação é inerente à mulher em qualquer circunstância, inclusive àquelas que estão em privação de liberdade<sup>9</sup>, entretanto, por estarem em ambiente prisional essas mulheres, em geral, negras, na faixa etária entre 18 a 29 anos, solteiras ou união estável, de classe social e escolaridade baixa, não usufruem das mesmas garantias que as demais<sup>10</sup>.

Portanto, neste contexto, há um grande número de mulheres que necessitam ser ouvidas. A experiência de mulheres privadas de liberdade abre caminho para compreender a importância da promoção do aleitamento materno no cárcere. Isto posto, este trabalho tem como objetivo analisar a percepção das mulheres encarceradas acerca da amamentação no ambiente prisional.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de carácter qualitativo, realizado no período de julho de 2017 a fevereiro de 2018, com mulheres que estão sob regime de privação de liberdade alojadas em duas instituições prisionais, uma em que elas ficam junto de seus filhos, e outra onde ficam as gestantes. Os cenários do estudo foram duas instituições prisionais do Estado do Rio de Janeiro que atendem a população feminina, incluindo gestantes, puérperas e seus bebês, até estes completarem seis meses de idade, e ambos funcionam como anexos da unidade prisional do complexo penitenciário situado na cidade do Rio de Janeiro.

As participantes foram captadas de forma aleatória no local. Alocadas nas instituições haviam um total de 22 mulheres (05 puérperas e 17 gestantes) que estavam vivenciando a maternidade. Entretanto, participaram das entrevistas apenas 04 puérperas e 09 gestantes, finalizando a amostra com 13 mulheres.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas (através de um instrumento de coleta com perguntas abertas e fechadas) que não puderam ser gravadas, pois o registro de imagens ou áudios não é permitido nas instituições. Sendo assim, para registro das informações optou-se por um diário de campo.

A análise dos dados foi realizada pelo método hermenêutico-dialético, o qual leva em conta a compreensão dos sentidos nas falas dos sujeitos, considerando o contexto histórico ao qual o mesmo está inserido. Essa compreensão tem, como ponto de partida, o interior da fala. E, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala<sup>10</sup>. Assim, esta etapa seguiu os seguintes passos: 1) Ordenação dos dados: leitura das entrevistas, organização dos dados obtidos e das observações feitas; 2) Classificação dos dados: com a leitura minuciosa e exaustiva destacando o que é relevante no texto, estabelecendo assim as categorias; 3) Análise final: onde foram realizadas as articulações entre os dados obtidos e os referenciais teóricos da pesquisa.

O tamanho da amostra teve como base a saturação, tendo em vista que o número de mulheres entrevistadas foi suficiente para permitir certa reincidência de informações. Como critérios de inclusão consideraram-se: ser mulher puérpera ou gestante, maior de 18 anos, e estar sob regime de privação de liberdade. Foram excluídas da pesquisa, mulheres que estavam realizando outras atividades coletivas no local, e mulheres que se encontravam ausente no momento da entrevista.

Este estudo atendeu às prerrogativas da Resolução nº 466/12 e da Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, e recebeu parecer positivo do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) sob CAAE: 18194019.1.0000.5238, e número do parecer: 3.604.816. Para entrada aos locais das entrevistas foram solicitadas e adquiridas as autorizações as duas unidades prisionais e pela Vara de execução penal do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Todas as entrevistadas assinaram o Termo de Conhecimento Livre Esclarecido (TCLE). Foi preservado o anonimato, identificando a fala das entrevistadas através de pseudônimos de flores, escolhidas aleatoriamente pelas pesquisadoras.

## RESULTADOS

Na análise dos dados, através da ordenação dos dados (etapa 1) do método hermenêutico-dialético constatou-se que dentre as 13 mulheres entrevistadas, 10 se autodeclaravam pardas e negras, e 3 se declaravam brancas, em uma faixa etária entre 19 anos a 35 anos, e em sua maioria com ensino fundamental incompleto (84,6%), alternando entre estado civil: União estável (53,9%) e solteira (46,1%). Notou-se que, embora seja feito referência a um relacionamento estável, o abandono afetivo foi perceptível nos discursos, tendo em vista que as visitas de parceiros ou cônjuges foram pouco relatadas.

Das 13 mulheres apenas duas não possuíam filhos fora do cárcere. As demais, cinco mulheres têm apenas um filho; duas mulheres possuem dois filhos; outras duas totalizam três filhos. Apenas duas eram grandes múltiparas, sendo uma com cinco e a outra com seis filhos.

Importante ressaltar que todas essas mulheres que possuem filhos fora do ambiente

penitenciário, seus filhos são menores de 12 anos de idade, e recebem cuidados das avós maternas, que inclusive são, na maioria das vezes, as únicas visitantes dessas mulheres dentro do ambiente prisional.

Após leitura minuciosa e exaustiva do diário de campo, a classificação dos dados (etapa 2) e análise final (etapa 3) foram executadas. Assim sendo, o corpus do estudo, possibilitou a organização do conteúdo mais amplo em uma macrocategoria de análise: **A criação de vínculo e a ruptura do desligamento: breves percepções sobre amamentar no cárcere**, e conteúdos específicos foram analisados separadamente em duas microcategorias de análise: **O aleitamento materno como algo bom para mãe e o bebê; Amamentação tem prazo: a sombra do iminente desligamento entre mãe e filho.**

### **Macrocategoria de Análise: A criação de vínculo e a ruptura do desligamento: breves percepções sobre amamentar no cárcere**

O método hermenêutico-dialético nos permitiu interpretar os relatos e as percepções das mulheres privadas de liberdade sobre amamentar no cárcere. Nesta macrocategoria, o discurso coletivo traz uma dualidade nas falas, observa-se o aleitamento materno como algo bom para o bebê, e para a mãe, intensificando o vínculo e a maternagem dessa mulher no ambiente prisional. Entretanto, há inquietações no que tange a preocupação com o esperado desligamento do bebê. A expressão “desligamento” é verbalizada pelas entrevistadas como a saída do bebê do ambiente prisional ao completar seis meses de idade.

Notou-se nos discursos, a presença da dialética no sentimento e na prática de amamentar dentro do sistema prisional, à medida que há uma ambiguidade de sentimentos. A prática de amamentar é vista como benéfica, pois proporciona o melhor alimento, aproxima a mãe do bebê, não obstante, torna o momento da separação mais pesaroso. Para a mulher, a amamentação será um momento finito, o que poderia se estender por dois anos ou mais, porém, terá um término, o que culminará no distanciamento dela com o filho. Sendo assim, muitas mulheres optam por não amamentar.

Com isso, a partir dessa categoria, foram elaboradas duas microcategorias que trouxeram uma discussão mais específica sobre a ambivalência existente no processo de amamentar em cárcere.

#### **Microcategoria de Análise 1: O aleitamento materno como algo bom para mãe e o bebê**

Nesta microcategoria, os depoimentos mostraram que tanto as gestantes como as nutrizes, percebem o aleitamento materno como uma prática que está para além de fornecer nutrientes e de seus aspectos biológicos e imunológicos necessários para o desenvolvimento do bebê. Expressões como nutrientes, proteção, bom para o crescimento do bebê são alguns benefícios citados que denotam o valor atribuído por elas à amamentação.

*“Pra mim a melhor forma de alimentar o bebê é o aleitamento materno ajuda no crescimento e desenvolvimento, [...] Os benefícios do aleitamento materno é que o leite melhora o desenvolvimento e o crescimento da criança”.* (Tulipa)

*“Eu acho que a melhor maneira de amamentar o bebê é no peito”.* (Copo de Leite)

*“É muito importante, ajuda no crescimento e desenvolvimento do bebê”.* (Rosa)

Observou-se nos discursos que as mulheres demonstraram conhecer os muitos benefícios da amamentação para o bebê. As entrevistadas expressam conhecimentos importantes sobre a amamentação, alegando que a amamentação é benéfica tanto para o sistema imunológico do bebê quanto para o funcionamento do corpo humano.

*“O aleitamento materno é benéfico. É a primeira vacina do bebê, ajuda na formação da face”.* (Girassol)

*“O leite é bom porque fortalece o músculo da face, ajuda na respiração do bebê”.* (Copo de leite)

E destacaram a amamentação como facilitadora da formação de vínculo entre mãe e bebê, salientando que por se tratar de uma prática humana, colabora para a existência e a manutenção da sensação de tranquilidade nesse período tão conturbado da vida. Assim, o vínculo produzido pela amamentação produz esperança e fomenta o anseio pela superação da situação de encarceramento vivido pelas mulheres.

*“Está sendo maravilhoso amamentar, o olhar dele pra mim. Não tenho nem explicação para este momento da amamentação. Ele (o bebê) me dá forças”.* (Tulipa)

*“Eu aproveito o momento de amamentação para conversar com ele. Mantenho a tranquilidade”.* (Jasmin)

*“Amamentar é um momento especial, traz tranquilidade”.* (Violeta)

*“Eu amo amamentar, me traz paz. [...] Só eu e ela. [...] De noite, ela quando quer mamar, nem chora, nem grita, só fica me tocando, aí eu já sei que ela quer amamentar”.* (Violeta)

Em relação aos benefícios para a mãe, o retorno ao peso pré-gestacional foi mais frequentemente relacionado às vantagens do aleitamento materno.

*“É importante, pois também me emagrece”.* (Rosa)

*“Considero que amamentação também emagrece a mãe”.* (Flor de lis)

*“Com a amamentação a mulher também fica mais magra”.* (Violeta)

*“Amamentação emagrece a mãe”.* (Copo de leite)

## **Microcategoria de Análise 2: Amamentação tem prazo: a sombra do iminente desligamento entre mãe e filho**

Ao compararmos gestantes e nutrizes no ambiente prisional, é possível perceber que o foco da preocupação difere entre elas, mesmo quando o assunto é a maternidade

e a amamentação. As gestantes demonstraram maior preocupação com a assistência ao parto, e relataram intenção de amamentar de forma prolongada, porém o “desligamento” exerceu papel coadjuvante nas falas, sendo pouco citado. Já em relação às puérperas há uma preocupação maior com a ruptura do processo, ou seja, preocupam-se com a quebra do vínculo que desenvolveram durante os meses amamentando e convivendo com o bebê. Vale ressaltar, que as preocupações diferentes entre os grupos é extremamente compreensível, à medida que, as gestantes ainda não experimentaram a sensação de amamentar, embora demonstrem interesse em amamentar futuramente, é notório que sua preocupação será com a assistência ao parto. Puérperas, já estão amamentando, e vivenciando a amamentação, portanto a preocupação com o desligamento é explícita nos discursos.

Sufrimento antecipado, e medo das circunstâncias tornaram os relatos preocupantes, visto que, a quebra do vínculo mãe-bebê abruptamente, pode trazer sofrimento psíquico tanto para mãe quanto para o bebê. Os discursos mostraram que as mães são conscientes que o desligamento irá acontecer, e tal fenômeno induz as mães a procurarem alternativas dolorosas, como introduzir chupetas e mamadeiras para auxiliar a adaptação do bebê para o “mundo lá fora”.

*“É duro o preparo para o desligamento, não é fácil”. (Jasmim)*

*“O desligamento é algo que não desejo pro meu pior inimigo, é muito triste. Seis meninas (apenas) tiveram o desligamento, a gente sofre, porque se apegam ao bebê. Quero ter o desligamento, mas ir com ele”. (Tulipa)*

*“Quero amamentar até quando puder, dependendo do desligamento”. (Rosa)*

*“Eu dou mamadeira e chupeta por necessidade, mas não gosto. Eu tô preparando ela para o desligamento. É tipo um consolo”. (Violeta)*

Em relação às gestantes, observou-se pouca compreensão do processo de desligamento, elencando suas preocupações com a assistência gestacional (dentro do cárcere) e assistência obstétrica (no momento do parto). Notou-se nos depoimentos que as condições precárias as quais as gestantes no cárcere vivem diariamente são um ataque cruel aos direitos humanos.

*“A alimentação aqui é péssima. E estava pior. Fizemos greve. A alimentação é pouca, pra nossa gestação”. (Cravo branco)*

*“Na rua tem mais assistência. O médico dá uma olhada. Às vezes, aqui, mas nem dá atenção. Na rua, a pessoa, põe a mão na nossa barriga. Na rua eles escutam o coraçãozinho. Aqui dizem que não precisa disso”. (Jasmin)*

*“Não temos assistência adequada. Eu sei que gestação não é doença, mas aqui não tem estrutura, os exames demoram”. (Boca de Leão)*

## DISCUSSÃO

A recomendação do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado até dois anos ou mais representa o padrão ouro para a saúde de qualquer criança e deve ser garantida independente do contexto em que ela se encontra à exceção das condições patológicas que contraindicam o aleitamento materno<sup>11</sup>.

A macrocategoria de análise “A criação de vínculo e a ruptura do desligamento: breves percepções sobre amamentar no cárcere”, revelou que as mulheres encarceradas experimentam dualidades durante o período de amamentação. As mães vivem momentos de êxtase, com maior aproximação com o bebê, e bem-estar físico e emocional, porém são assombradas pelo “fantasma” do desligamento. A prática da amamentação estabelece um forte vínculo da mãe encarcerada com seu filho<sup>12</sup>, entretanto, o sofrimento emocional é notável, quando essas mulheres são separadas dos seus filhos no período pós-natal<sup>13</sup>.

Vale destacar que ao mesmo tempo em que a amamentação é prazerosa, o medo e a preocupação tornam esse momento mais pesaroso. Assim, o ato revela a fragilidade emocional da mãe que, apesar de viver o seu estado pleno, pela presença do filho ao seu lado e de amamentá-lo, convive com a ameaça atemporal e frequente de separar-se dele<sup>14</sup>.

Partindo da macrocategoria, as microcategorias de análise trouxeram informações a cerca dos benefícios da amamentação para mãe e bebê, e as percepções sobre o desligamento. A Microcategoria 1: **O aleitamento materno como algo bom para mãe e o bebê** evidenciou que a amamentação é vista como algo bom e necessário para o desenvolvimento do bebê, que implica em benefícios biológicos e imunológicos da criança. Porém mais evidenciado foi o fato de a amamentação como fator importante para o estabelecimento do vínculo. A mulher percebe que vive com o filho um processo de construção de vínculo, por meio do qual sente-se amada e importante para a criança ao amamentá-la e dessa forma a intensidade do vínculo faz com que a mulher perceba a criança como o seu universo, fonte de felicidade, prazer e plenitude<sup>14</sup>. Por isso, esse momento é encarado pelas entrevistadas como saudável, mesmo sendo no cárcere, sedimentando o relacionamento entre mãe e filho e intensificando os laços afetivos.

Embora existam inúmeros benefícios da amamentação para a mulher e para a sociedade, tais como perda de peso, o câncer de mama, o câncer ovariano e também fraturas ósseas<sup>15-16</sup>, as entrevistadas concentraram-se basicamente nas vantagens para o bebê, limitando-se a discursar apenas sobre a perda de peso como benefício próprio. Corroborando então com um estudo atual<sup>17</sup> sobre a percepção de mães sobre a importância do aleitamento materno que demonstrou que o benefício mais citado pelas mães é o auxílio na perda de peso.

Assim, destacamos nesta microcategoria que o conhecimento sobre os benefícios da amamentação para mãe e para o bebê é importante, à medida que, configura uma ferramenta útil para o entendimento da complexidade do processo de amamentar. Entretanto,

considera-se necessário que amamentação não tenha caráter impositivo, e que o vínculo se concretize de forma espontânea. Em consonância, educação em saúde que possa reforçar a importância da amamentação para além da perda de peso materno também é importante, uma vez que, é perceptível um déficit de conhecimento neste sentido.

A Microcategoria 2: **Amamentação tem prazo: a sombra do iminente desligamento entre mãe e filho**, retratou a preocupação das mulheres em relação a quebra do vínculo mãe-filho após a separação. Muitas vezes o filho é afastado compulsoriamente de sua mãe, e a depender da instituição é restrita a quatro meses<sup>18</sup>.

As consequências do encarceramento não se limitam às presas, mas estendem-se a seus filhos e familiares. Assim, a vivência do iminente desligamento entre mãe e filho assume uma situação de dupla vulnerabilidade, uma vez que, mães encarceradas vivem em situações insalubres com seus filhos, e a tomada de decisões sobre suas vidas e de seus filhos são cerceadas pela privação de liberdade. A maternidade na prisão impacta negativamente na capacidade de cuidado e educação dos filhos, logo é necessário criar diferentes mecanismos de comunicação e interação que variam para cada família<sup>19, 20</sup>.

Nesse contexto de limitações, observa-se o processo doloroso em amamentar, na medida em que, o vínculo mãe e filho são limitados pelo tempo concedido pela justiça. Dessa forma, alguns bebês são desmamados de forma abrupta, prejudicando as relações futuras dessas crianças e diminuindo a relação afetiva entre mãe e bebê<sup>21</sup>. O cárcere é, portanto, um fator circunstancial que contribui para o desmame.

Para além da análise dos sentimentos em relação ao desligamento, é necessário que se se faça considerações a cerca do direito à amamentação. E essa discussão deve ir além do direito de uma mulher mãe amamentar sua criança, na verdade, deve-se dialogar com o tema complexo que envolve mãe e criança, e envolvem aspectos como saúde física e mental, prevenção de doenças futuras, fomento de pertencimento à família, e para a mulher encarcerada, some-se a isto, perspectivas de reinserção social, de propósito de vida e de projetos futuros<sup>22</sup>.

Por fim, há de se considerar que o período gestacional influencia significativamente a adesão ao processo de amamentar. Os relatos das gestantes demonstraram uma assistência de pré-natal precária, caracterizada pelo descaso em relação ao fornecimento de consultas e exames com qualidade, além de informações incipientes referentes à gestação. A fragilidade da assistência pré-natal no sistema prisional brasileiro encontra-se pautada na carência de humanização e orientações, o que faz com que a mulher intensifique os sentimentos negativos frente às mudanças corporais que ocorrem durante a gestação e impossibilitam a essa mulher exigir seus direitos e estar em contato direto com a assistência, exames e cuidados necessários<sup>23, 24</sup>.



## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apresenta-se neste estudo uma amostra significativa de entrevistadas, atingindo o critério de saturação, entretanto, considera-se que o número reduzido de entrevistadas pode fragilizar a análise dos dados. Embora não seja um estudo de análise institucional, há limitações no estudo no que tange a disponibilidade das entrevistadas. Portanto, sugere-se que novos estudos sobre a temática sejam realizados a fim de contemplar esses aspectos.

## CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Acredita-se que este estudo, traz contribuições significativas para a prática, uma vez que, constata-se que há empecilhos no processo de amamentar. Observado o descaso, o enfermeiro, como profissional educador, tem autonomia para modificar a assistência de enfermagem a essas mulheres. Considerando também que sentimentos negativos podem ser amenizados com escuta ativa e apoio, e que déficit de conhecimento pode ser superado por uma educação em saúde eficaz.

## CONCLUSÕES

Através deste estudo, constata-se que há aspectos ambivalentes em relação à amamentação no cárcere. A criação do vínculo mãe e bebê promove bem-estar a ambos, e amplia as perspectivas de reinserção social, de propósito de vida. Entretanto, a saída das crianças do ambiente prisional é ainda uma situação muito dolorosa, que traz angústia e medo. Nessa perspectiva, enxerga-se o cárcere como um fator real para o desmame precoce e um potencial empecilho à amamentação.

Em um panorama geral, considera-se que a assistência gestacional ineficaz associada à imposição do desligamento implica em sentimentos negativos que interferem na adesão à amamentação. O Número reduzido de consultas, omissão de apoio e acompanhamento adequado, déficit de conhecimento, e ausência de uma assistência humanizada são questões que impedem o sucesso da amamentação.

Sendo assim, conclui-se que embora a Lei 11.942/2009 assegure às mães presas e aos recém-nascidos, condições mínimas de assistência, esta não está sendo cumprida em sua totalidade, e tem se demonstrado insuficiente na garantia de seus direitos, portanto, carecendo de humanização na assistência e efetividade no cumprimento da legislação protetiva.

## REFERÊNCIAS

1. Abbott L, Scott T. **Women's experiences of breastfeeding in prison**. Midwifery Digest [internet]. 2017 [cited 2020 nov 10] 27(2):217-23. Available from: [https://uhra.herts.ac.uk/bitstream/handle/2299/19074/AN20170502\\_24.pdf?sequence=2](https://uhra.herts.ac.uk/bitstream/handle/2299/19074/AN20170502_24.pdf?sequence=2)

2. Abbott L. **Becoming a mother in prison**. Practicing Midwife [internet]. 2016 [cited 2020 nov 10] 19(9): 1-3. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/77030558.pdf>
3. Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MF, Maia LC. **Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde**. Revista Ciência e Saúde Coletiva [internet]. 2008 [cited 2020 dez 09] 13(1):103-109. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100015](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100015)
4. Andrade DA, Bessa LS, Silva BM. **Maternidade e amamentação no cárcere: o desafio adicional para a efetivação de direitos das mulheres presas**. Interfaces Científicas - Humanas e Sociais [internet] 2020. [cited 2020 dez 09] 8 (3): 476-493. Available from: <https://doi.org/10.17564/2316-3801.2020v8n3p476-493>
5. Andrade ABCA, Gonçalves MJF. **Maternidade em regime prisional: desfechos maternos e neonatais**. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2018 [cited 2020 dez 09] 12(6):1763-1771. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-986232>
6. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. 2º ed [internet]. 2015. [cited 2020 Nov 08]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_cab23.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf)
7. BRASIL, Ministério da Justiça (BR). **Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN** [internet]. 2018 [cited 2020 nov 10]. Available from: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infope>
8. BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar**. Normas e manuais técnicos [internet]. 2009 [cited 2020 nov 15]. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad23.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad23.pdf)
9. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. **Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas**. Rev Saude Publica [internet]. 2017 [cited 2020 nov 10] 51(108): 1-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051000029>
10. Consultório Jurídico [homepage na internet]. **Brasil tem a 3ª maior população carcerária do mundo, com 726.712 mil presos**. 2017 [cited 2020 Nov 08]. Available from: <https://www.conjur.com.br>
11. Guimarães ML, Guedes TG, Lima LS, Morais SCR, Javorski M, Linhares FMP. **Promoção do aleitamento materno no sistema prisional a partir da percepção de nutrizes encarceradas**. Texto & Contexto – Enferm [internet]. 2018 [cited 2020 nov 10] 27 (4): e3030017. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/0104-0707-tce-27-04-e3030017.pdf>
12. Leal MC, Ayres BVS, Pereira APE, Sánchez AR, Larouzé B. **Birth in prison: pregnancy and birth behind bars in Brazil**. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2016 [cited 2020 nov 10] 21(7): 2061-70. Available from: <http://www.redalyc.org/html/630/63046188008>.
13. Peres PLP. **Amamentação como valor humano, prática feminina e direito social: contribuição crítica à política pública sustentada no referencial de justiça de Amartya Sen**. [Tese]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação, em regime de associação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, da Universidade Federal Fluminense e da Fundação Oswaldo Cruz; 2015 [cited 2020 Nov 08]. 213f. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-9050689>.

14. Morais IS, Sena LN, Oliveira HKF, Albuquerque FHS, Rolim KMC. **Percepção sobre a importância do aleitamento materno pelas mães e dificuldades enfrentadas no processo de amamentação.** Revista de enfermagem Referência [internet]. 2020 [cited 2020 dez 02] 2: e19065. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserVn2/vserVn2a09.pdf>
15. Minayo, MCS, Deslandes SFD, Gomes R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** 33 ed. Petrópolis: Vozes, 2013.
16. Mariano GJS, Silva IA. **Significando o amamentar na prisão.** Texto & Contexto – Enferm [internet]. 2018 [cited 2020 nov 10] 27 (4): e0590017. Available from: [https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/en\\_0104-0707-tce-27-04-e0590017.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/en_0104-0707-tce-27-04-e0590017.pdf)
17. Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP, Mittendorf R, Greenberg ER, Clapp RW, et al. **Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer.** N Engl J Med [internet]. 1994 [cited 2020 nov 15] 330: 81-7. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199401133300201#:~:text=After%20adjustment%20for%20parity%2C%20age,risk%2C%200.78%3B%2095%20percent%20confidence>
18. Labbok MH. **Effects of breastfeeding on the mother.** Pediatr Clin North Am [internet]. 2001 [cited 2020 nov 15] 48:143-58. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11236722/>
19. Rios GS, Silva AL. **Amamentação em presídio: estudo das condições e práticas no Estado de São Paulo, Brasil.** BIS. Boletim do Instituto de Saúde [internet] 2010 [cited 2020 dez 02] 12(3): 293-299. Available from: [http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S151818122010000300014&lng=pt&nrm=iss](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S151818122010000300014&lng=pt&nrm=iss)
20. Rojas-Cavanzo DA, Benkelfat-Perafan K, Mora-Anto A. **Narrativas acerca de las relaciones familiares en mujeres en situación de reclusión carcelaria.** Rev. latino am. cienc. Soc. niñez juv [Internet]. 2016 [cited 2020 dez 03]; 14(1): 1- 15. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1692715X2016000100019](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1692715X2016000100019)
21. Mattos CLG, Almeida SM, Castro PA, Borges LPC (Orgs). **Mulheres privadas de liberdade.** Jundiá: Paço Editorial, 2016. 1. Walmsley R. International World Prison Population List Birkbeck, University of London: ICPR [internet]. 2018 [cited 2020 Nov 08]. Available from: <https://www.prisonstudies.org/>
22. Matos KKC, Silva SPC, Lima JKS. **Representações de mulheres encarceradas sobre gestar na prisão.** Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2018 [cited 2020 dez 09] 12(11): 3069-3077. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/re-source/pt/biblio-997854>.
23. World Health Organization. **Infant and Young child feeding** [Internet]. 2016 [cited 2020 nov 22]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>

## EFEITOS DE TERAPIAS/INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS EM DOENTES ONCOLÓGICOS COM DOR

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 06/08/2021

### **Cristina Raquel Batista Costeira**

Instituto português de Oncologia de Coimbra  
<https://orcid.org/0000-0002-4648-355X>

### **Nelson Jacinto Pais**

Instituto Português de Oncologia de Coimbra  
<https://orcid.org/0000-0001-5437-4006>

### **Dulce Helena Ferreira de Carvalho**

Instituto Português de Oncologia de Coimbra  
<https://orcid.org/0000-0002-7158-052X>

**RESUMO:** A utilização de terapias ou intervenções não farmacológicas são atualmente recomendadas, como importantes estratégias complementares na gestão de dor oncológica. Desde 2005 que numa Instituição de saúde oncológica Portuguesa, existe um grupo de enfermeiros que desenvolveu um projeto que utiliza intervenções não farmacológicas na gestão de dor crónica em doentes oncológicos. Este grupo desenvolveu um estudo comparativo-correlacional com 40 doentes que integraram o programa de terapias não farmacológicas da unidade de dor da instituição, num período temporal de nove meses com o objetivo de avaliar e verificar quais os efeitos destas intervenções/ terapias em parâmetros de saúde (pressão arterial; frequência cardíaca; frequência respiratória, temperatura e dor). Recorreu-se a uma grelha de dados onde foram anotadas as

informações relevantes ao estudo, contempladas em registos de enfermagem do programa de tratamento e processo do doente. Os resultados encontrados, sugerem a existência de diferenças estatisticamente significativas nos valores de intensidade de dor. Os resultados sugerem que os valores de pressão arterial (PA- *mmHg*); frequência cardíaca (FC- *bat/min*); frequência respiratória (FR- *ciclos/min*) temperatura ( $T^{\circ}C$ ) apesar de não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, quando comparados os dois momentos de avaliação, antes e depois da sessão de tratamentos, obtiveram-se valores mais baixos no final da sessão, sugerindo uma indução de relaxamento. Na amostra estudada podemos afirmar que as intervenções não farmacológicas tiveram efeito significativo na gestão da intensidade algica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Intervenções não farmacológicas; oncologia; doente oncológico; dor oncológica.

### EFFECTS OF NON-PHARMACOLOGICAL THERAPIES/ INTERVENTIONS IN ONCOLOGICAL PATIENTS WITH PAIN

**ABSTRACT:** The use of non-pharmacological therapies or interventions are currently recommended as important complementary strategies in cancer pain management. Since 2005, in a Portuguese cancer health institution, there is a group of nurses who developed a project that uses non-pharmacological interventions in the management of chronic pain in cancer patients. This group developed a comparative-correlational study with 40 patients who were part of the non-pharmacological therapies program of

the institution's pain unit, over a period of nine months, with the objective of evaluating and verifying the effects of these interventions/therapies on health parameters (blood pressure; heart rate; respiratory rate, temperature and pain intensity). A data grid was used to compile relevant data, included in nursing records of the treatment program and clinical patient process. The results found suggest the existence of statistically significant differences in pain intensity values. Despite of the non-statistical significance in blood pressure values (BP-mmHg); heart rate (HR-bat/min); respiratory rate (RR-cycles/min) temperature (T°C), when comparing the two evaluation moments, before and after the treatment session, in all variables the values were lower at the end of the session, suggesting a relaxation induction. In the studied sample, we can affirm that non-pharmacological interventions had a significant effect on pain intensity management.

**KEYWORDS:** Non-pharmacological interventions; oncology; oncologic patient; oncologic pain.

## 1 | INTRODUÇÃO

As previsões de incidência de cancro no mundo apontam para que em 2025, existam 19,3 milhões de novos casos de cancro – um aumento de 37% (Office of International Cancer Control, 2017). Concomitantemente os sintomas e dilemas associados às doenças oncológicas serão uma realidade preocupante. A dor é um sintoma comum em oncologia, estima-se que 70% dos doentes relatem dor (Fallon et al, 2018), e é considerada como responsável pelas consequências, mais temidas da doença oncológica (AEOP, 2015). A dor é uma realidade muito limitadora da qualidade de vida da pessoa e cuidador(es) que diariamente são confrontados com dificuldades e necessidades que exigem respostas concretas e eficazes dos cuidados de saúde (Izzo et al, 2019; Javed, Hung & Huh, 2020).

A Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, acrescenta que a dor relacionada com a doença oncológica é fonte de sofrimento físico e psicológico intenso e interfere na qualidade de vida da pessoa conduzindo a situações de exaustão. O seu impacto estende-se para além do doente, afetando os membros da família e cuidadores (AEOP, 2015). Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a dor oncológica uma emergência médica mundial (OMS, 1999), e a Direção Geral da Saúde, desde de 2003 que adverte que a gestão eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que a experienciam e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2003). O objetivo da gestão da dor oncológica é aliviar a dor a um nível que permita uma qualidade de vida aceitável (OMS, 2018). O tratamento padrão recomendado para a gestão da dor oncológica envolve a utilização de abordagens farmacológicas e psicossociais (não farmacológicas) (Miaskowski et al., 2005). No entanto, estima-se que 25% a 33% dos pacientes com dor oncológica apresentem uma gestão inadequada da sua dor, o que torna este fenómeno uma preocupação e uma prioridade no foco de atenção (Abahussin et al, 2019).

A dor tem grande impacto no doente oncológico podendo significar agravamento do seu prognóstico ou mesmo proximidade com o fim de vida. A diminuição da autonomia, do bem-estar e qualidade de vida, a ameaça relativa ao aumento do sofrimento físico e o desafio à dignidade são algumas das alterações que a dor produz nos doentes (Costa, et al, 2007). O fenómeno doloroso está relacionado com uma experiência subjetiva desagradável influenciada por questões culturais, afetivas, de género e idade, que impulsiona o aumento da ansiedade, e consequentemente algumas alterações em parâmetros de saúde (Oliveira, et al, 2007). Como experiência subjetiva, a dor é sempre a relatada pelo doente. Quando não pode ser verbalizada, existem, por vezes, sinais fisiológicos, comportamentais e não-verbais objetivos, que podem alertar os cuidadores para a possibilidade de fenómenos dolorosos ativos (Araújo & Pereira, 2012).

Os sinais de alerta estão relacionados com a informação de dor a nível do sistema nervoso central, uma vez que se produz aumento da atividade simpática com libertação de adrenalina, que ativa os nociceptores, aumentando a sensibilidade nervosa, produzindo taquicardia, aumento do volume sistólico, vasoconstrição periférica, aumento do débito cardíaco e pressão arterial, taquipneia, retenção hídrica, aumento do débito catabólico, aumento dos níveis de glicose, alterações na coagulação e redução da resposta imune. O estímulo do sistema nervoso simpático reduz o tónus intestinal, retarda o esvaziamento gástrico, predispõe à ocorrência de náuseas e vômito, aumenta o tónus do esfíncter vesical podendo levar à retenção urinária. Induz, também, alterações no padrão de sono, resultando em maior desgaste físico, fadiga e menor motivação para as atividades diárias (Oliveira, et al, 2007; Selley; Stephens & Tate; 2007; Saça, et al, 2010).

A dor pela sua condição subjetiva nem sempre é possível de validar pela oscilação das monitorizações dos parâmetros vitais, esperadas pelas alterações fisiológicas do organismo, assim a importância da avaliação da dor detalhada é fundamental, (DGS, 2003; Ordem dos Enfermeiros, 2008; Bottega & Fontana, 2010; Nascimento & Kreling, 2011).

As práticas de cuidados na gestão algica devem ser uma preocupação dos profissionais de saúde, e que quando fundamentadas na melhor evidência disponível, permitem acrescentar elevado valor aos cuidados prestados, assim como melhorar a experiência do doente (incluindo a qualidade e confiabilidade nos cuidados recebidos) e nos resultados em saúde, reduzindo custos (Melnyk, Gallagher-Ford, Long, & Fineout-Overholt, 2014; Apóstolo, 2017).

## **2 | TERAPIAS/INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS AO DOENTE ONCOLÓGICO COM DOR CRÓNICA**

As terapias ou intervenções não farmacológicas são definidas como qualquer intervenção aplicada visando obter saúde ou bem-estar e que não envolvam a utilização de nenhum fármaco (Laurence, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Os estudos demonstram que o controlo da dor se torna mais eficaz quando envolve

técnicas farmacológicas e não farmacológicas (tais como o relaxamento, a massagem, a distração, a aplicação de calor e do frio, entre outras). Estas últimas são, na sua maioria, de baixo custo e de fácil utilização, podendo ser ensinadas aos doentes e cuidadores e aplicadas em meio hospitalar ou no domicílio. Se nem sempre é possível aliviar a dor, os enfermeiros pelo contacto frequente que têm com os doentes adquirem a responsabilidade de implementação de ações para o seu controlo, não apenas através de recursos farmacológicos, mas também, através da aplicação de terapias não farmacológicas (Sousa, 2009).

O grupo de enfermeiros da unidade de dor aplica várias terapias/ intervenções não farmacológicas integradas na prestação de cuidados de enfermagem oferecidos à pessoa com dor oncológica crónica. As intervenções aplicadas são técnicas da massagem terapêutica, reflexologia do pé e da mão, técnicas de relaxamento adaptadas à pessoa, aplicação de frio e/ou calor, reiki, aromaterapia, uso de música em saúde e outras estratégias de gestão emocional como a escuta ativa.

O acesso dos doentes oncológicos às sessões de terapias não farmacológicas realiza-se de acordo com uma avaliação prévia e com um envio médico ao grupo, sendo confirmado pelos enfermeiros a existência dos requisitos de segurança para integrar os programas de intervenções não farmacológicas. O programa de tratamentos oferecidos baseia-se em oito sessões, uma vez por semana durante 60 minutos, cujas intervenções são adaptadas às necessidades e contexto clínico do doente. Os familiares/cuidadores são sempre que possível integrados neste processo.

Na primeira sessão é realizada a apresentação do grupo e do programa de tratamento, sendo assinado o consentimento informado a autorizar receber os cuidados propostos. Após este processo formal procede-se à anamnese - com preenchimento de uma avaliação inicial - onde ficam registados os dados pertinentes sobre o doente (graus de dependência de autocuidados, história clínica, história de dor e tipos de intervenção para a gestão de dor) findado este processo, inicia-se a sessão de tratamento propriamente dita. Monitorizam-se parâmetros vitais: pressão arterial - PA, frequência cardíaca - FC, temperatura auricular - T, frequência respiratória - FR, saturação de oxigénio periférico - SPO2, e a avaliação detalhada de dor, seguindo-se o período de aplicação de terapias não farmacológicas. No final, procede-se a uma nova monitorização dos parâmetros vitais e efetua-se a avaliação da sessão, por parte do enfermeiro e do doente. Se este decidir manter-se no programa, agendar-se-ão as sessões seguintes e ser-lhe-ão efetuados ensinamentos para uma continuidade de cuidados no domicílio. A alta precoce poderá surgir caso se verifique um agravamento da situação clínica do doente e o impeça de continuar, assim como por avaliação do enfermeiro ou por escolha do doente. Por último elaboram-se os registos de enfermagem na aplicação informática para o efeito.

### 3 | RESULTADOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOR CRÓNICA ONCOLÓGICA

Durante um período de nove meses foi desenvolvido um estudo descritivo-correlacional retrospectivo. A amostra do estudo foi constituída por doentes oncológicos de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com dor não controlada que frequentaram a Unidade da Dor na sua vertente de terapias não farmacológicas. Estes indivíduos possuíam como pré-requisitos, terem sido introduzidos no programa de tratamento, completado a primeira sessão de terapias não farmacológicas e terem assinado o consentimento informado. No período pré-definido obtiveram-se  $n=40$  participantes.

Este estudo teve como objetivos: avaliar e verificar quais os efeitos destas intervenções/ terapias não farmacológicas, em parâmetros objetivos de saúde (pressão arterial; frequência cardíaca; frequência respiratória, temperatura e dor) no final da 1ª sessão de terapias não farmacológicas.

Como instrumento de colheita de dados foi desenvolvida uma grelha de dados onde foram compilados os dados de parâmetros vitais através dos registos de enfermagem e consulta de processo clínico. Tendo sido posteriormente processados dados em aplicação estatística.

Os resultados revelaram que durante o período estudado, 85% da amostra foi constituída por elementos do género feminino e 15% do género masculino, com idade média de  $57,20 \pm 11,29$  (min=18; máx=75 anos). A maioria dos participantes encontra-se reformada e 22.5% encontram-se em fase ativa laboral. 80% eram casados. Provinham 67.5% do distrito onde se insere a Instituição de saúde, sendo que os restantes 32.5% eram procedentes de distritos circunjacentes. Em média apresentavam  $14,30 \pm 14,32$  anos que haviam sido admitidos na Instituição (min= 1 ano e máx=53 anos). A dor mista foi o tipo de dor que se verificou com maior incidência (77.5%), sendo a neuropática a menos identificada (5%).

Quando comparados os valores iniciais e valores finais dos parâmetros vitais monitorizados, verificou-se que apesar de os valores evidenciarem uma diminuição dos valores no *términus* da sessão, apenas se verificou diferença estatisticamente significativa para os valores de intensidade de dor obtidos pela escala visual analógica (**Tabela 1**).

TESTE ESTATÍSTICO: t de Wilcoxon para amostras emparelhadas			
	Z	Df	p
DOR depois-DOR antes	-5,313	39	0,000

Tabela 1: Comparação entre monitorização da intensidade de dor antes da sessão e depois da sessão de terapias não farmacológicas.



## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho permitiu perceber que as terapias não farmacológicas produziram alterações estatisticamente significativas nos valores de intensidade de dor avaliados, revelando que as intervenções/terapias não farmacológicas aplicadas aos participantes deste estudo foram eficazes na gestão álgica.

A contribuição deste trabalho e de investigações similares, em diversos contextos, concretamente no Sistema Nacional de Saúde é considerado um fator importante em políticas de gestão de saúde, uma vez que as terapias não farmacológicas possuem baixos custos monetários, utilização de técnicas não invasivas, indolores e seguras capazes de induzir estados de relaxamento e diminuição da intensidade da dor do doente. Por estas razões, justifica-se uma alocação eficiente de recursos materiais, físicos e humanos, uma vez que existe uma grande percentagem de profissionais de saúde com formação em intervenções/terapias não farmacológicas, devendo estas serem integradas nos cuidados diários à pessoa com dor crónica.

Neste contexto, pretende-se que a presente pesquisa possa igualmente contribuir e motivar para a implementação destas terapias a diferentes níveis; seja a nível hospitalar ou comunitário, no processo de gestão de controlo da dor.

Em investigações subseqüentes será importante aumentar o tamanho da amostra e avaliar outras variáveis associadas à dor, como sejam a ansiedade, suscetibilidade ao stress, medo, bem-estar, qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

ABAHUSSIN, A., West, R., Wong, D., & Ziegler, L.. **PROMs for pain in adult cancer patients: A systematic.** *Pain Practice*, 19 (1):93-117, 2019.

AEOP. **Entender a dor oncológica: informação de apoio para doentes.** Disponível em: <http://www.aeop.pt/ficheiros/c11ffc911e4883e2dc075e02a3312a75.pdf>: Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2015.

APÓSTOLO, João. **Síntese da evidência no contexto da translação da ciência.** Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2017.

ARAÚJO, R., & PEREIRA, L. **Versão brasileira do Instrumento de Avaliação da Dor em paciente Não Comunicativo (NOPPAIN): equivalência conceitual, de itens e semântica.** *Cad. saúde pública* 28 (10), pp. 1985-1992, 2012.

BOTTEGA, F., & FONTANA, R. **A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral.** *Tesxto and Contexto Enfermagem* 19 (2), p. 283, 2010.

OMS. **The World Health Organization - IASP guidelines.** *Cancer Pain Relief*, 12(1), 1999.

COSTA, C., & et al. (2007). **Dor oncológica.** *Revista Portuguesa de Pneumologia* 13 (6), pp. 855-867, 2007.

DGS.. **A Dor como 5º sinal vital, registo Sistemático da intensidade da Dor.** *Circular Normativa Nº 9/DGCG*, 2003.

FALLON, M., GIUSTI, R., AIELLIF., HOSKIN, P., ROLKE, R., SHARMA, M., & et al. **Management of cancer pain in adult patients:** ESMO Clinical Practice Guidelines. *Inclui resultados para Ann Oncology.*, 29(Supplement\_4):iv166-91. doi:10.1093/annonc/mdy152, 2018.

IZZO, J., CUNHA, A., CESARINO, C., & MARTINS, M.. **The impact of chronic pain on the quality of life and on the functional capacity of cancer patients and their caregivers.** *BrJP*, 2(4), 336-341. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190062>, 2019.

JAVED, S., HUNG, J., & HUH, B. **Impact of COVID-19 on chronic pain patients: a pain physician's perspective.** *Pain Management*, Doi: 10.2217/pmt-2020-0035, 2020.

LAURENCE, P. **Avaliação de Intervenções não-farmacológicas-relatório de projeto.** Obtido de [http://filesdown.esecure.co.uk/NorthLancsPCT/Report\\_on\\_Guide\\_to\\_Evaluating\\_Non-Pharmacological\\_Interventions.doc\\_14042010-1158-22.doc](http://filesdown.esecure.co.uk/NorthLancsPCT/Report_on_Guide_to_Evaluating_Non-Pharmacological_Interventions.doc_14042010-1158-22.doc), 2010.

MELNYK, B., GALLAGHER-FORD, L., LONG, L., & FINEOUT-OVERHOLT, E. **The establishment of evidencebased practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs.** *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 5-15. Doi: 10.1111/wvn.12021, 2014.

MIASKOWSKI, C., & CLEARY, J. **Guidelines for the Management of Cancer Pain in Adults and Children.** American Pain Society, 2005.

NASCIMENTO, L., & KRELING, M. **Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem.** *Acta Paul Enferm* 24 (1), pp. 50-54, 2011.

OFFICE OF INTERNATIONAL CANCER CONTROL. **Centers for Disease Control and Prevention.** Obtido de Global cancer statistics: <https://www.cdc.gov/cancer/international/statistics.htm>, 2017.

OLIVEIRA, p., & et al. **Avaliação do nível de ansiedade e dor em pacientes em urgência endodônticas e sua influência sobre parâmetros cardiovasculares.** *Cienc odontol Bras*, pp. 70-75, 2007.

OMS. **The toolkit for a sustainable health workforce in the WHO European Region.** Dinamarca: world health organization, 2018.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **DOR Guia orientador de Boas práticas.** *Cadernos OE. Série I. Nº 1*, pp. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>, 2008.

SAÇA, C., & et al. **A dor como 5º sinal vital: actuação da equipe de enfermagem no hospital privado do Sistema Único de saúde (SUS).** *J Health Sci Inst.* 28(1), pp. 35-41, 2010.

SELLEY, R., STEPHENS, T., & TATE, P. *Anatomia e Fisiologia* (6ª ed.). Lusociência, 2007.

SOUSA, M. **O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor : informação-aplicação.** Coimbra: Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2009.

# CAPÍTULO 17

## SATISFAÇÃO COM A GESTÃO DA DOR EM PACIENTES SUBMETIDOS A CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS IMEDIATOS NUM HOSPITAL DE NÍVEL TERCIÁRIO

*Data de aceite: 01/11/2021*

*Data de submissão: 05/08/2021*

**Beatriz Adriana Herrera Ramos**

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia,  
UNAM  
Edo de México  
<https://orcid.org/0000-0002-6545-10521>

**Daniela Alejandra de Jesús González Olmos**

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,  
UNAM  
Cidade do México  
<https://orcid.org/0000-0002-6932-3022>

**ABSTRACT:** A avaliação da percepção da dor no período pós-operatório imediato, com base numa avaliação, proporciona à enfermeira a oportunidade de realizar intervenções na abordagem analgésica, que contribuem para a satisfação do paciente em relação aos cuidados recebidos após ter sido submetido a cirurgia. O objectivo era analisar a satisfação com a gestão da dor em pacientes submetidos ao período pós-operatório imediato num hospital terciário, a fim de informar a comunidade de enfermagem sobre intervenções para aliviar a dor. Foi concebido um estudo transversal, observacional e descritivo. Amostragem de conveniência com 17 pacientes que preenchiem os critérios de inclusão estabelecidos. O questionário foi utilizado com um alfa de Cronbach de 0,78. Os resultados obtidos indicaram que a prevalência da dor à saída imediata da sala de operações

foi de 59%, 59% após 2 horas e 79% após 4 horas no período pós-operatório. Verificou-se que a maioria dos pacientes não recebeu aconselhamento pré-operatório de gestão da dor a 53%. Os medicamentos mais utilizados para o controlo da dor foram identificados asketorolac com 35%, uma droga pertencente ao grupo dos AINE, e o uso de tramadol com 35%, uma droga pertencente ao grupo dos opiáceos. O alívio da dor tornou-se um indicador de qualidade nos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece directrizes para a gestão da dor, e é necessário que os enfermeiros saibam como gerir a dor nos doentes no período pós-operatório imediato, requer uma avaliação atempada da dor e orientação para o doente, contemplando variantes (intensidade, variação temporal, patologia, localização) aspectos elementares que são fundamentais para aumentar a satisfação do utilizador.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dor, avaliação, satisfação, analgesia, enfermagem.

### SATISFACTION WITH PAIN MANAGEMENT IN PATIENTS UNDERGOING IMMEDIATE POSTOPERATIVE CARE IN A TERTIARY LEVEL HOSPITAL

**ABSTRACT:** The evaluation of perceived pain in the immediate postoperative period, based on an assessment provide the opportunity for the nurse to perform interventions in the analgesic approach, which contribute to patient satisfaction, regarding the care received after having undergone a surgical act. The objective was to analyze

satisfaction with pain management in patients undergoing immediate postoperative care in a tertiary hospital, in order to inform the nursing community about interventions to relieve pain. A cross-sectional, observational and descriptive study was designed. Convenience sampling with 17 patients who met the established inclusion criteria. The questionnaire was used with a Cronbach's alpha of 0.78. Results obtained indicated that the prevalence of pain at immediate exit from the operating room was 59%, at 2 hours 59% and after 4 hours of postoperative course was 79%. It was found that most patients did not receive preoperative guidance for pain management in 53%. The most commonly used drugs for pain control were identified as ketorolac with 35%, a drug belonging to the NSAIDs, and the use of tramadol with 35%, a drug belonging to the opioid group. Pain relief has become an indicator of quality in the care provided by health professionals, the World Health Organization WHO establishes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pain, assessment, satisfaction, analgesia, nursing.

## INTRUDUÇÃO

O controlo satisfatório da dor pós-operatória é um dos desafios mais importantes que permanecem por resolver no campo cirúrgico. É uma prova irrefutável de que a maioria dos pacientes submetidos a cirurgia sofrem de dores num grau variável. A magnitude da dor pós-operatória permanece elevada, 46-53%, apesar das contínuas inovações farmacológicas e dos incessantes avanços tecnológicos, uma grande parte destes pacientes continua a ser tratada de forma inadequada, experimentando um sofrimento injustificado, o que aumenta significativamente o risco de complicações pós-operatórias. Os objectivos deste estudo eram estimar a satisfação do paciente com o pessoal médico e de enfermagem, a prevalência e intensidade da dor pós-operatória e quantificar o tempo percebido pelo paciente desde o momento em que solicita a medicação analgésica até à sua recepção, identificando as intervenções realizadas pela enfermeira para a gestão e alívio da dor. É importante notar que a enfermeira desempenha um papel importante na monitorização das respostas dos pacientes com dor. A avaliação e gestão da dor pós-operatória são competências que precisam de ser desenvolvidas tanto nas equipas médicas como de enfermagem. Entre as principais actividades de enfermagem devem estar o bem-estar dos doentes e, no caso de doentes pós-cirúrgicos, a monitorização do seu bem-estar pós-operatório. A transcendência deste estudo é que a enfermagem desempenha um papel fundamental na satisfação da gestão da dor, uma vez que é o pessoal que tem o contacto mais próximo e contínuo com os pacientes, um profissional de saúde que está envolvido em todas as fases da gestão da dor, que incluem desde a sua avaliação; tratamento farmacológico e não farmacológico; aconselhamento pré e pós-operatório; documentação da gestão da dor e da resposta do doente à dor. A gestão da dor é, portanto, da responsabilidade de uma equipa multidisciplinar, chefiada pela enfermagem. Este estudo é relevante para a enfermagem, e os seus resultados mostram a importância de implementar protocolos normalizados para a gestão da dor que garantam que todos os

pacientes em pós-operatório terão uma gestão adequada; salienta também a necessidade de sobrestimar a resposta do paciente; se disserem que estão a sofrer mesmo que não o manifestem fisicamente, o pessoal deve assumir que a dor está presente e implementar um plano profiláctico adequado que permita evitar todo o sofrimento.

## **METODOLOGIA**

Estudo correlacional transversal de pacientes que foram operados e submetidos a um período pós-operatório imediato de 9 de Abril a 11 de Maio de 2018 num hospital terciário na Cidade do México. Foram realizados inquéritos a estes pacientes que preenchiam os critérios de inclusão, concordaram em participar no estudo e assinaram o termo de consentimento informado, e eram pacientes adultos submetidos a cuidados pós-operatórios imediatos. Este questionário foi criado e validado em 2012 por López V, que após validação do conteúdo permitiu a elaboração da versão final, incluindo a escala VAS e/ou VNS para medir a intensidade da dor a cada 2 horas após a cirurgia nas primeiras 4 horas, com um total de três avaliações. O questionário adaptado da American Pain Society foi também utilizado para avaliar o grau de satisfação dos pacientes com a gestão da dor, tanto em termos da analgesia administrada como do tratamento recebido pelos enfermeiros.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

Esta investigação é conduzida de acordo com a Declaração da WMA (World Medical Association) de Helsínquia e o Regulamento da Lei Geral de Saúde sobre Investigação. A dignidade, direitos e bem-estar do indivíduo são respeitados. É realizada por profissionais de saúde com os conhecimentos necessários para cuidar da integridade dos participantes.

## **ALÍVIO DA DOR COMO UM INDICADOR DE QUALIDADE**

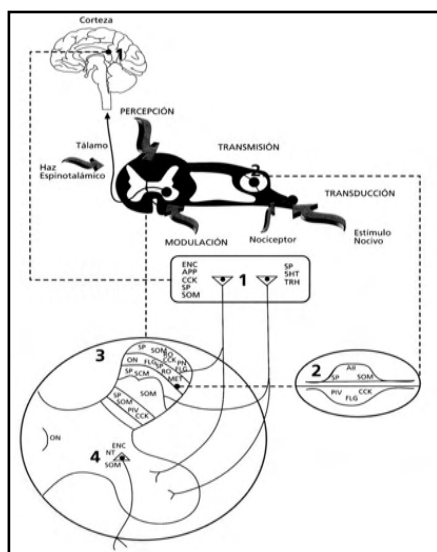
A satisfação com os serviços de saúde é uma questão de grande importância no sector público, uma vez que cada uma das instituições que prestam cuidados médicos procura fazê-lo através da monitorização de indicadores de qualidade, que, através de parâmetros, produzem resultados sobre se os pacientes declaram estar ou não satisfeitos com o serviço prestado durante a sua estadia hospitalar. A satisfação é definida como o sentimento de bem-estar ou prazer experimentado por um indivíduo quando um desejo foi realizado ou uma necessidade satisfeita<sup>5</sup>. A satisfação do paciente com a qualidade do serviço de saúde é um reflexo das capacidades dos profissionais de saúde na prática, dispondo de instalações adequadas para prestar cuidados atempados e dos recursos necessários. A detecção de utilizadores insatisfeitos com os serviços de saúde no sector público é uma campanha de alarme para melhorar as lacunas. A gestão e avaliação do controlo da dor é um indicador da qualidade dos cuidados pós-operatórios do paciente,

pelo que é uma área onde podemos medir a satisfação do utilizador. Há vários factores que influenciam a satisfação do paciente na gestão da dor pós-operatória, tais como avaliação da dor, orientação pré-operatória, conhecimento da cirurgia e recuperação, atrasos cirúrgicos, conforto, e gestão da dor pela enfermagem. Devido a este problema, a presente investigação é necessária.

## FISIOLOGIA DA DOR

A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor como uma experiência sensorial emocional e desagradável associada a lesões tecidulares reais ou potenciais.

O processamento neural dos sinais de dor identifica várias etapas no processamento neural que levam ao início da dor.



O mecanismo fisiológico da dor consiste em 4 fases: Transdução, transmissão, modulação e percepção.

**Transdução** Informação do sistema sensorial que se inicia na pele, músculos, articulações e vísceras, onde é capturada e convertida em potenciais de acção por vários receptores.

**Transmissão** A dor é transmitida por fibras, transmitidas da periferia para o córtex somatossensorial por neurónios. O primeiro receptor no corpo é o gânglio da raiz dorsal e atinge a medula espinhal.

**Modulação** Sensibilização central, que facilita a excitação dos circuitos nervosos. Inibição a nível espinal pode haver inibição de opiáceos e não-opioides. o sistema inibitório

de opiáceos utiliza encefalinas, endorfinas e dinasinasinas. O sistema inibitório não-opioideano inclui neuromoduladores tais como noradrenalina, serotonina e agonistas receptores de clonidina.

**Percepção** Fim do processo onde os estímulos activam a porção somatosensorial e associativa do córtex cerebral.

## CLASSIFICAÇÃO DA DOR

### A. De acordo com a sua duração

Dor aguda associada a danos nos tecidos e desaparece com a cura destes últimos, de curta duração, produz um estado de excitação e stress que leva a um aumento da pressão sanguínea. Dor crónica de duração ilimitada, com duração superior a 3 ou 6 meses.

### B. De acordo com a sua patologia

A dor nociceptiva é causada pela activação de receptores de dor em resposta a um estímulo de lesão. A dor é dividida em dor somática ou visceral. O neuropático é causado por estimulação directa do sistema nervoso central ou por lesões nos nervos periféricos.

A psicogénese tem uma causa psicossocial que se deve a factores psicológicos.

### C. De acordo com a localização

O somático é produzido quando os nocioacceptores da pele, do sistema músculo-esquelético ou vascular são estimulados. É uma dor bem localizada.

O visceral ocorre quando há excitação anormal dos receptores dos órgãos. Dor profunda, contínua e mal localizada irradiando para áreas distantes do ponto de origem. É frequentemente acompanhada por sintomas neurovegetativos.

### D. De acordo com o seu curso

Dor contínua que persiste ao longo do dia.

Irruptivo, existe um factor desencadeante como o movimento ou uma acção voluntária da pessoa.

### E. De acordo com a intensidade

*Suave*: capacidade de realizar actividades diárias

*Moderado*: interfere nas actividades diárias

*Grave*: interfere com o descanso.

### F. De acordo com a farmacologia

Totalmente opiáceo-sensível à dor visceral e somática Parcialmente opiáceo-sensível à dor óssea e compressão do nervo periférico.

Bastante sensível à dor opióide devido a espasmo muscular estriado.

## DOR PÓS-OPERATÓRIA

A dor pós-operatória pode ser definida como dor aguda no paciente com duração de 1 a 7 dias após uma intervenção cirúrgica com variação na sua intensidade e intervenção de vários factores na percepção da dor, estes factores contribuem para a causa da dor manifestada.

### A. Derivado de doentes

Dor física e psicológica devido a factores predisponentes tais como personalidade, história familiar, medo do desconhecido e nível de auto-controlo.

A cultura e o contexto que uma pessoa tem com a sua cultura e o contexto faz parte do seu comportamento, levando à manifestação da dor de forma diferente em cada indivíduo.

A idade é um factor determinante na percepção da dor, uma vez que nos doentes pediátricos, tal como nos adultos adultos adultos, há variações na farmacocinética e na farmacodinâmica dos medicamentos que modificam a resposta do doente.

A informação, o nível do desconhecido que o paciente tem em relação à cirurgia, devido à má informação fornecida pelos profissionais de saúde ao paciente antes do acto cirúrgico, é um factor importante no nível de ansiedade e na procura de analgésicos.

### B. Derivado de outros factores

**Tipo de cirurgia** o nível de invasividade da cirurgia depende do tipo de intervenção, técnica utilizada, localização anatómica, tipo de incisão e problemas de cicatrização, que são desencadeadores de dor pós-operatória e da sua intensidade; daí a tendência para cirurgias laparoscópicas como medida para reduzir este sinal.

**Tipo de anestesia** medicamentos morfológicos de acção prolongada ou técnicas para bloquear o acto cirúrgico são constantes para o início da dor pós-operatória, explicando que a gestão da administração analgésica influencia o início da dor em termos da sua intensidade.

Não se deve esquecer que, para o tratamento da dor pós-operatória, os pilares acima mencionados, a fim de conhecer as variáveis de cada paciente

## AVALIAÇÃO DA DOR

**A escala analógica visual (EVA)** é uma ferramenta fiável e válida para a maioria da população de doentes e é a mais utilizada nos serviços pós-cirúrgicos no México. É um instrumento de apoio com o objectivo de se conseguir uma avaliação mais precisa da dor.

A intensidade da dor é representada numa escala de 1 a 10, onde um valor de 10



significa “dor a um nível máximo” e um valor de 0 significa “sem dor”.

Para alguns autores, tem vantagens sobre outros. É fácil de compreender, válido globalmente e tem uma relação directa e fácil entre expressão verbal e interpretação visual. Os resultados das medições devem ser considerados com um erro de (+ -) 2pts. Por outro lado, podemos saber que uma das suas desvantagens é que, para aplicar este instrumento, o paciente precisa de ter uma boa coordenação motora e visual, pelo que tem limitações em pacientes idosos com alterações visuais, demência senil ou em pacientes sedados.

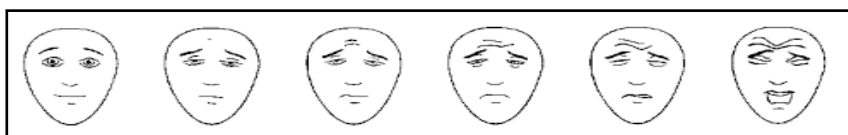


IMAGEM 2. A escala visual analógica (VAS)

Mostra quanta dor uma pessoa pode sentir. O lado esquerdo mostra que não dói e, para a direita, a dor é mais intensa.

**Escala numérica verbal (VNS)** Num paciente capaz de comunicar verbalmente, a escala numérica verbal (0 a 10) pode ser utilizada onde o paciente escolhe um número que reflecte o nível de dor percebida, onde 10 representa a dor máxima.

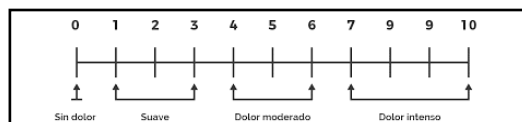


IMAGEM 3. Escala Numérica Verbal ENV

Avaliação da dor numa escala de 0 a 10, em que 0 não é dor e aumenta gradualmente para 10 dor intensa.

Como vantagem, pode ser verbal ou escrita e é portanto mais eficaz em doentes críticos ou geriátricos.

O SAV correlaciona-se muito bem com o SAV. A Task Force sobre Sedação e Analgesia e a Society of Critical Care recomendam o uso de escalas numéricas para avaliar a dor relatada pelos pacientes. **Indicadores fisiológicos da dor** A presença de dor provoca um estímulo simpático que pode ser associado à presença de hipertensão arterial, taquicardia, diaforese ou midríase.

Puntillo et al. (1997) relataram que a taquicardia e a hipertensão arterial são os indicadores mais precisos da dor em doentes críticos com incapacidade de comunicar. Contudo, estes sinais não são específicos e ainda menos quando o paciente se encontra num estado crítico e tem efeitos causados por vasopressores, beta-bloqueadores, antiarrítmicos, sedativos, condições patológicas tais como sepse, choque ou hipoxemia,

ou medo. No entanto, o controlo destes sintomas com analgésicos pode ser um indicador chave da presença de dor.

Deve também ter-se em conta que em algumas ocasiões, um paciente pode paradoxalmente evocar uma resposta vagal. Assim, será registada uma diminuição do ritmo cardíaco e do ritmo respiratório.

## ESCALA ANALGÉSICA O.M.S.

Os analgésicos da primeira etapa devem ser administrados; se não houver qualquer melhoria, a paciente será mudada para os analgésicos da segunda etapa, combinados com os da primeira etapa, mais se necessário, algum adjuvante se necessário, se não houver melhoria, serão iniciados opioides potentes, combinados com os do primeiro passo, com o adjuvante se necessário.

**Primeira Fase** Indicado para dores leves, sendo os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) os medicamentos de eleição.

**Segunda Fase** Los opioides se utilizan para el tratamiento del dolor moderado a grave o en dolor refractario a AINES <sup>9</sup>.

Escalón I	Escalón II	Escalón III	Escalón IV
Analgésicos no opioides ± Coanalgésicos	Opioides débiles ± Coanalgésicos ± Escalón I	Opioides potentes ± Coanalgésicos ± Escalón I	Métodos Invasivos ± Coanalgésicos
Paracetamol AINE Metamizol	- Codeína Tramadol	-- Morfina Oxicodona Fentanilo Metadona Buprenorfina	

IMAGEM 4. Escala Analgésica W.H.O.

A gestão da dor baseia-se na utilização de analgésicos e co-analgésicos.

**Paracetamol** Também conhecido como acetaminofeno, tem sido utilizado para o tratamento de dores leves a moderadas em combinação com um opióide; produz um efeito analgésico maior do que o aumento de doses de opiáceos. O mecanismo de acção é alcançado através da inibição da síntese da prostaglandina no sistema nervoso central, modificando a percepção da dor. A sua utilização é limitada a uma dose de 1 g/6 hr, para evitar a hepatotoxicidade, especialmente em pacientes hepatopatas e em desnutrição.

**Metamizole sódio** Pertence à família das pirazolonas. Tem efeitos analgésicos, antipiréticos e espasmolíticos ao inibir a prostaglandina sintetase. Como não inibe a ciclo-

oxigenase, não produz os efeitos adversos típicos dos AINE na mucosa gástrica e nas plaquetas. A sua administração máxima é de 1 g/4 h; se administrada por via intravenosa (IV), deve ser diluída em 100 ml de solução fisiológica 0,9% para reduzir o seu principal efeito secundário: hipotensão.

**Ketorolac** Inibe a actividade da ciclo-oxigenase, e portanto a síntese da prostaglandina. Em doses analgésicas, menos efeito anti-inflamatório do que outros AINEs. Tratamento de dores pós-operatórias moderadas ou severas. Quando ingerido, é rapidamente absorvido e a concentração plasmática óptima é atingida em menos de uma hora. A sua meia-vida plasmática é de 5 horas em adultos jovens e 6 horas em adultos.

A via de excreção da trometamina ketorolac é através da urina mais de 90%, o resto é excretado nas fezes.

**Tramadol** é um analgésico opióide de acção central, os seus receptores estão amplamente distribuídos por todo o SNC, especialmente no sistema límbico, tálamo, estriato, hipotálamo e cérebro médio, bem como nas laminae I, II, IV e V do corno dorsal na medula espinal. Outros mecanismos que contribuem para o seu efeito analgésico são a inibição da reabsorção neuronal de noradrenalina e serotonina. Indicado para dores moderadas a severas, como adjunto da anestesia cirúrgica e analgésico no período pós-operatório.

## CONCLUSÕES

Os resultados obtidos permitiram-nos conhecer a intensidade da dor, o alívio e a orientação prestada ao paciente, bem como a sua satisfação com a gestão da dor após a cirurgia. Uma elevada proporção de pacientes foi identificada com dores moderadas a severas nas primeiras 4 horas de pós-operatório. Esta constatação confirma que a gestão adequada da dor continua a ser um desafio para as instituições de saúde, especialmente no âmbito cirúrgico. A participação dos enfermeiros é absolutamente essencial no controlo e gestão da dor, pois são eles os profissionais que prestam cuidados holísticos ao paciente pós-operatório e devem avaliar e avaliar constantemente o nível da dor para a controlar.

Sublinhar a importância e transcendência de uma adequada gestão farmacológica da dor, sem atrasar receitas analgésicas, horários ou omissão devido à ausência de dor. Recordando que atrasar o início do tratamento gera uma sensibilização central, o que se traduz na necessidade de doses mais elevadas de analgésicos, em comparação com o início atempado do tratamento.

Verificou-se que as drogas mais utilizadas para o controlo da dor em pacientes no período pós-operatório imediato foram o Ketorolac (35%), uma droga pertencente ao grupo NSAID, e o uso de Tramadol (35%), uma droga pertencente ao grupo dos opiáceos, e o paracetamol (25%).

As intervenções não farmacológicas têm uma grande resposta à dor. Observou-se

que estas actividades, para além de reduzirem a dor, proporcionam conforto, uma parte importante do bem-estar do paciente, o que se traduz numa redução da dor, mas um aumento da satisfação com a gestão da dor. Oitenta e sete por cento relataram um nível de 10 de satisfação com os cuidados recebidos pelos enfermeiros.

A gestão adequada da dor no pós-operatório imediato requer uma avaliação atempada do nível de dor e a orientação dada ao paciente, aspectos elementares nos quais a enfermagem desempenha um papel elementar e são fundamentais para aumentar a satisfação do paciente. Por esta razão, é importante que os enfermeiros tenham conhecimento da fisiopatologia da dor e do tratamento não-farmacológico e farmacológico para intervir atempadamente, porque não sentir dor é um direito do paciente cirúrgico, um indicador da qualidade dos cuidados prestados pelo pessoal de saúde e um parâmetro de satisfação do utilizador.

## RECOMENDAÇÕES

A Task Force sobre Sedação e Analgesia recomenda a avaliação da dor em doentes com dificuldades de comunicação utilizando uma escala de medição e indicadores fisiológicos e considerando alterações nos parâmetros antes e depois da administração analgésica.

Por esta razão, é necessário medir a dor como um sinal vital (o quinto sinal vital) e estabelecer um protocolo de gestão, uma vez que a dor não é actualmente gerida de forma eficiente.

Os autores recomendam que é importante conhecer o mecanismo fisiopatológico da dor aguda nociceptiva, uma vez que, tendo em conta todas as fases do processo da dor, será mais fácil agir para as inibir.

## REFERÊNCIAS

1. AHUANARI A. **Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente posoperado de cirugía abdominal, según opinión del paciente.** Lima, Perú: [Tesis en línea] 2016: 103. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5849/Ahuanari>
2. GRANADILLO E. **Premediación con Keterolaco para analgesia postoperatoria para cirugía.** Archivos Venezolanos de Farmacología y terapéutica. 2015; 20:69-79.
3. LEAL M. **Satisfacción del control y alivio del dolor en usuarios posoperados hospitalizados.** Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Ciudad de México; 2016.
4. MACHADO J, Ramírez J, Salazar, D. **Estudio multicéntrico sobre efectividad de control del dolor posquirúrgico en pacientes de Colombia.** Rev Colomb Anestesiol 2016;44:114-20
5. MORENO M. **Factores asociados con la intensidad del dolor en pacientes mexicanos hospitalizados en periodo posoperatorio.** Rev. Soc. Esp. Dolor vol.24 no.1 [Internet] Monterrey, México. 2017; Disponible en: [scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134\\_80462017000](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134_80462017000)

6. MUÑOZ M. **Satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados en una institución privada.** Universidad Autónoma de Nuevo León. México; [Tesis en línea] 2014: 63. Disponible en: [eprints.uanl.mx/3099/1/1080224765.pdf](http://eprints.uanl.mx/3099/1/1080224765.pdf)
7. PÉREZ, A. Aragón, M. Torres, M. **Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos?** Rev. Soc. Esp. Dolor vol.24 no.1 Madrid; 2011.
8. PULLAGUARY M. **Control del dolor posoperatorio leve-moderado con una dosis de paracetamol intravenoso, comparando su eficacia con ketorolaco y metamizol en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos en el hospital de los valles.** [Tesis en línea] Quito, Ecuador. 2014: 72. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/18864/1/20GRADO>
9. VELÁZQUEZ G. **Propuesta de tratamiento ante el dolor.** Cuba; 2015.

# CAPÍTULO 18

## O USO DE MEDICAÇÃO TIREOIDIANA PARA PERDA DE PESO E SUA RELAÇÃO COM A TIREOTOXICOSE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 06/08/2021

### **Aline Akemi Murata**

Faculdade de Medicina da Universidade Brasil  
Fernandópolis – SP

### **Raulcilaine Érica dos Santos**

Faculdade de Medicina da Universidade Brasil  
Fernandópolis – SP

### **Bruno Augusti de Souza Oliveira**

Faculdade de Medicina da Universidade Brasil  
Fernandópolis – SP

### **Gustavo Faleiro Barbosa**

Faculdade de Medicina da Universidade Brasil  
Fernandópolis – SP

### **Izabella Takaoka Gaggini**

Faculdade de Medicina da Universidade Brasil  
Fernandópolis – SP

### **Leonardo Murilha Ruiz**

Faculdade de Medicina da Faculdade Ceres  
São José do Rio Preto – SP

### **Letícia Lopes Soares**

Faculdade de Medicina da Universidade Brasil  
Fernandópolis – SP

### **Juliana Caroline Mendonça Justino**

Faculdade de Medicina da Universidade Brasil  
Fernandópolis – SP

### **Letícia Cabral Guimarães**

Faculdade de Medicina da Universidade Brasil  
Fernandópolis – SP

### **Bárbara Santarém Soares**

Faculdade de Medicina da Universidade Brasil  
Fernandópolis – SP

### **Matheus Seiti Murata**

Faculdade de Medicina da Universidade Brasil  
Fernandópolis – SP

### **Marcos Rogério Marques**

Faculdade de Medicina da Universidade Brasil  
Fernandópolis – SP

**RESUMO:** A Tireotoxicose é a manifestação clínica decorrente da ação excessiva das altas concentrações de hormônios tireoidianos. A tireotoxicose resulta da ativação inadequada em qualquer nível do eixo hipotálamo-hipofisário-tireoide com aumento da produção de hormônio tireoideiano dos folículos tireoidianos. Uma outra possível causa dessa patologia, se caracteriza pela administração exógena de substâncias contendo hormônios tireoidianos, como a levotiroxina, manifestando-se com alterações fisiológicas, bioquímicas e clínicas. Assim, é de extrema importância que a relação entre essa e a patologia discutida em questão seja avaliada, pois pode trazer consequências importantes para os pacientes. Discutir uma das etiologias de tireotoxicose, com foco em conscientizar a população sobre o uso inadequado de drogas/medicamentos tireoideianos visando o emagrecimento. Este trabalho foi realizado com base em um conjunto de publicações científicas de 2013 a 2015 indexadas nas bases de dados *PubMed* e *Scielo*. Os descritores usados foram “tireotoxicose”, “hipertireoidismo”,

“perda de peso” e “hormônios tireóideos”.O diagnóstico pode ser difícil nos casos de uso inapropriado da medicação sem recomendação médica, por omissão do paciente ou de uso acidental pela contaminação de alimentos e até mesmo por erro farmacêutico.Os sintomas ocasionados pelo uso inadequado e em excesso de hormônios tireoidianos encontrados em substâncias como a levotiroxina, são taquicardia, sudorese excessiva, tremor, perda de peso, intolerância ao calor, hiperdefecação, além de outras de maior gravidade como alterações ósseas e cardíacas. Embora não tenha uma porcentagem populacional fixa acometida pela Tireotoxicose Factícia, por ser pouco documentada, deve-se alertar a população sobre como os hormônios tireoidianos em excesso podem acarretar consequências importantes no organismo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tireotoxicose; Hipertireoidismo; Perda de Peso; Hormônios Tireóideos.

## THE USE OF THYROID MEDICATION FOR WEIGHT LOSS AND ITS RELATION TO THYROID TOXICITY: A LITERATURE REVIEW

**ABSTRACT:** Thyrotoxicosis is the clinical manifestation resulting from the excessive action of high concentrations of thyroid hormones. Thyrotoxicosis results from inadequate activation at any level of the hypothalamic-pituitary-thyroid axis with increased production of thyroid hormone from the thyroid follicles. Another possible cause of this pathology is characterized by the exogenous administration of substances containing thyroid hormones, such as levothyroxine, manifesting Physiological, biochemical and clinical changes are considered. Therefore, it is extremely important that the relationship between this and the pathology discussed in question be evaluated, as it can have important consequences for patients. Discuss one of the etiologies of thyrotoxicosis, focusing on making the population aware of the inappropriate use of thyroid drugs/medicines aimed at weight loss. This work was carried out based on a set of scientific publications from 2013 to 2015 indexed in PubMed and Scielo databases. The descriptors used were “thyrotoxicosis”, “hyperthyroidism”, “weight loss” and “thyroid hormones”. Diagnosis can be difficult in cases of inappropriate use of medication without medical recommendation, patient omission or accidental use due to food contamination and even pharmaceutical error. Symptoms caused by inadequate and excessive use of thyroid hormones found in substances such as levothyroxine, are tachycardia, excessive sweating, tremor, weight loss, heat intolerance, hyperdefecation, in addition to other more serious conditions such as bone and heart changes. Although there is no fixed percentage of the population affected by Factitious Thyrotoxicosis, as it is poorly documented, the population should be warned about how excessive thyroid hormones can have important consequences in the body.

**KEYWORDS:** Thyrotoxicosis; Hyperthyroidism; Weight loss; Thyroid Hormones.

## 1 | INTRODUÇÃO

A Tireotoxicose é caracterizada pela ação excessiva das concentrações altas de hormônios tireoidianos e tem como resultado a ativação inadequada em qualquer nível do eixo hipotálamo-hipofisário-tireoide. A partir de pesquisas em publicações científicas de 2013 a 2015 indexadas nas bases de dados PubMed e Scielo, observou-se que o

diagnóstico é difícil em alguns casos e foi concluído que deve-se alertar a população em relação ao excesso desses hormônios, assim como as consequências que eles podem causar no organismo.

## 2 | OBJETIVO

O presente trabalho tem por objetivo discutir uma das etiologias de tireotoxicose, com foco em conscientizar a população sobre o uso inadequado de drogas/medicamentos tireoidianos visando o emagrecimento, uma vez que este uso indevido pode causar manifestações graves de toxicidade ou colocar a vida do indivíduo em risco.

## 3 | MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa, que sintetiza o conhecimento e os incorpora na prática, por meio de um conjunto de publicações científicas de 2001 a 2021 indexadas nas bases de dados *Pubmed* e *Scielo*. Os descritores utilizados foram “tireotoxicose” e “hipertireoidismo”, tendo com operador booleano “and”. Trazendo o intuito de reunir conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

## 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com diagnóstico determinante a tireotoxicose é o estado hipermetabólico causado pelo excesso de hormônios tireoidianos circulantes (ENGELMAN et al.,2001) representa uma importante patologia desencadeada pelo uso de diferentes medicações cujo substrato é o iodo, captada por células da tireoide. A anamnese e exame físico tem caráter determinante para concluir qual a causa primordial dos sintomas. Normalmente de característica clássica apresenta-se com sintomas comuns a taquicardia, ansiedade, bócios volumosos e perda de peso.

A ingestão de hormônios tireoidianos para possível emagrecimento em pacientes sintomáticos induz um estímulo de ações aceleradoras de metabolismo. Hormônios t3 estimulam síntese de glicogênio, relacionado a depleção de glicogênio hepático e alterações na concentração de hormônios circulantes que têm efeitos diretos no metabolismo do glicogênio hepático, por consequência induz perda calórica (ENGELMAN et al.,2001).

A ingestão de levotiroxina sódica em pacientes eutireoideos cujo intuito seja a perda de peso encontra-se proscrita em sua bula devido principalmente ao risco da tempestade tireotóxica, entidade grave com alta morbimortalidade cujo tratamento requer plasmaférese ou hemoperfusão em casos extremos, além das medidas convencionais como propranolol, propiltiouracil e dexametasona. No contexto brasileiro a automedicação, realizada por vezes com drogas vendidas somente sob prescrição médica – como a levotiroxina sódica – atua negativamente por facilitar não somente o acesso à esse hormônio como a outros medicamentos que atuam em sinergia agravando o quadro clínico de uma possível



tireotóxicose como drogas de ação simpatomiméticas, por exemplo anfetaminas.

## 5 | CONCLUSÃO

A Tireotóxicose Factícia, em virtude de ainda ser pouco documentada, não possui uma porcentagem populacional fixa relacionada ao seu acometimento, no entanto há vários fatores sobre o uso inadequado dos hormônios tireoidianos que devem ser analisados. É de extrema importância alertar e orientar a população sobre como o uso inapropriado e em excesso dos hormônios tireoidianos pode acarretar manifestações graves ou até mesmo ameaçadoras ao organismo.

## REFERÊNCIAS

- MAIA, A. L. et al. Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento do hipertireoidismo: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 57, n. 3, p. 205–232, abr. 2013.
- ENGELMAN, M. F. B. et al. Estudo morfológico do fígado de ratos submetidos a doses supra-fisiológicas de tiroxina. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 45, n. 2, p. 173–179, abr. 2001.
- DEVEREAUX, D.; TEWELDE, S. Z. Hyperthyroidism and Thyrotoxicosis. **Emergency Medicine Clinics of North America**, v. 32, n. 2, p. 277–292, maio 2014.
- LEVOTIROXINA SÓDICA: comprimidos. Responsável técnico: Graziela Fiorini Soares. São Paulo: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda, 2019. 1 bula de remédio. 22p. Disponível em: [https://dam.abbott.com/pt-br/documents/pdfs/nossas-bulas/s/BU%2012\\_Synthroid\\_profissional\\_FINAL.pdf](https://dam.abbott.com/pt-br/documents/pdfs/nossas-bulas/s/BU%2012_Synthroid_profissional_FINAL.pdf). Acesso em: 2 ago. 2021.
- SHARMA, A.; STAN, M. N. Thyrotoxicosis: Diagnosis and Management. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 94, n. 6, p. 1048–1064, jun. 2019.
- SANTOS, C. et al. **Revista Portuguesa de Nefrologia e Hipertensão 213 PLASMAFERESE E HEMOPERFUSÃO NA INTOXICAÇÃO POR HORMONA TIROIDEIA RevPortNefrolHipert 2003; 17 (4): 213-220 Plasmaferese e hemoperfusão na intoxicação por hormona tiroideia.** [s.l.] , 2002. Disponível em: <[http://www.bbg01.com/cdn/clientes/spnefro/pjnh/4/artigo\\_05.pdf](http://www.bbg01.com/cdn/clientes/spnefro/pjnh/4/artigo_05.pdf)>. Acesso em: 6 ago. 2021.
- CALLEGARO, L. et al. PRINCIPAIS DROGAS QUE RESULTAM EM DOENÇAS DA TIROIDE. **RevistaThema et Scientia**, v. 2, n. 2, 2012.
- ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. suppl 2, 2016.
- HURD, Robert. Hipertireoidismo factício. **US National Library of Medicine**, [s. l.], 15 maio 2018.

## MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS PARA IDOSOS NO BRASIL

Data de aceite: 01/11/2021

### **Yasmin Magalhães Ribeiro**

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia,  
Colegiado de Enfermagem  
Santo Antônio de Jesus/Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/2627356434198529>

### **Tainara Costa dos Santos**

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia,  
Colegiado de Enfermagem  
Santo Antônio de Jesus/Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/9931486357546028>

### **Rosiléia da Silva Argolo**

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia,  
Colegiado de Enfermagem  
Santo Antônio de Jesus/Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/8241474988137842>

### **Marcus Fernando da Silva Praxedes**

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia,  
Professor Adjunto, Colegiado de Enfermagem  
Santo Antônio de Jesus/Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/5235446913906852>

**RESUMO:** O objetivo do presente estudo foi determinar a prevalência de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) entre idosos com 60 anos ou mais no Brasil. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, no qual teve como problema de pesquisa: “Qual a prevalência do uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos no Brasil?”. Os critérios de elegibilidade foram estudos observacionais e experimentais, realizados

até 03/11/2021; pacientes idosos com  $\geq 60$  anos; estudos que analisaram as prescrições de medicamentos e definiram a prevalência do uso de MPI para a população brasileira, sem restrição de idioma. Foram excluídos os resumos de artigos de conferências, teses e dissertações. As bases de dados foram: MEDLINE; Google Scholar; SciELO; BVS/MS; LILACS; BDEF. E o processo de busca e seleção dos estudos seguiu as recomendações PRISMA (2020). Foram selecionadas 37 publicações. Destas, 33 (89,19%) eram estudos transversais, publicados de 2011 a agosto de 2021. O tamanho amostral teve como média de 513,70 idosos. A média de idade foi 73,3 anos, de acordo com os estudos que fizeram tal referência. O critério mais utilizado para identificação dos MPI foi o de Beers 2012 (38,7%). E os principais MPI prescritos foram: Analgésico (50,65%); Losartana (42,11%); Próton inibidores da bomba (38,55%); Clonidina (37,76%); e Metformina (35,4%). Diante das evidências encontradas nos estudos, observou-se que há uma alta prevalência de MPI prescritos para a população idosa. As ferramentas de identificação de MPI possibilitam a escolha do fármaco de forma mais segura, por ter critérios explícitos que podem auxiliar na prevenção dos eventos adversos decorrentes da farmacoterapia inadequada. Com isso, espera-se que os resultados desta revisão possam servir como fonte de informação para os profissionais de saúde e que possam contribuir para a redução do uso de MPI.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso, Lista de medicamentos potencialmente inapropriados, Prescrição Inapropriada.

## POTENTIALLY INAPPROPRIATE MEDICATIONS FOR THE ELDERLY IN BRAZIL

**ABSTRACT:** The objective of the present study was to determine the prevalence of potentially inappropriate medications (PIM) among the elderly aged 60 years or older in Brazil. This is an integrative literature review, in which had as research problem: "What is the prevalence of the use of potentially inappropriate medications for the elderly in Brazil?". The eligibility criteria were observational and experimental studies, conducted until 03/11/2021; elderly patients aged  $\geq 60$  years; studies that analysed medication prescriptions and defined the prevalence of MPI use for the Brazilian population, without language restriction. Abstracts of conference papers, theses and dissertations were excluded. The databases were MEDLINE; Google Scholar; SciELO; BVS/MS; LILACS; BDEF. The search and selection process followed the PRISMA (2020) recommendations. Thirty-seven publications were selected. Of these, 33 (89.19%) were cross-sectional studies, published from 2011 to August 2021. The sample size averaged 513.70 elderly. The mean age was 73.3 years, according to the studies that made such reference. The most used criterion for identification of PIM was Beers 2012 12 (38.7%). The main PIM prescribed were: Analgesic (50, 65 %); Losartan (42.11%); Proton pump inhibitors (38.55%); Clonidine (37.76%); and Metformin (35.4%). Given the evidence found in the studies, it was observed that there is a high prevalence of PIM prescribed for the elderly population. The PIM identification tools make it possible to choose the drug more safely, by having explicit criteria that can help prevent adverse events resulting from inadequate pharmacotherapy. Thus, it is expected that the results of this review can serve as a source of information for health professionals and can contribute to the reduction of the use of PIM.

**KEYWORDS:** Elderly, Inappropriate Prescribing, Potentially Inappropriate Medication List.

## INTRODUÇÃO

A utilização inadequada de medicamentos tem impacto no âmbito clínico e econômico, sendo considerada um dos principais indicadores de segurança do paciente. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que mais de 50% dos medicamentos são prescritos ou dispensados de forma inadequada e que 50% dos pacientes utilizam medicamentos de maneira incorreta. Sendo assim, é indispensável a criação de políticas e estratégias que possam orientar ações de saúde relacionadas ao uso racional dos medicamentos, garantindo uma maior segurança e eficiência dos mesmos (FERNANDES *et al.*, 2020).

Segundo Moreira *et al* (2020) os medicamentos que possuem o risco de provocar eventos adversos que excedem os benefícios esperados para o paciente idoso são classificados como medicamentos potencialmente inapropriados (MPI), bem como aqueles que são escolhidos quando há uma alternativa mais segura, mais bem tolerada ou mais eficaz disponível. Com isso, conforme Ishikawa (2014), a prescrição de MPI para idosos aumenta o risco de morbimortalidade, afeta desfavoravelmente a qualidade de vida, gera um desperdício de recursos, além de contribuir para a polimedicação.

Diante desse cenário, foram propostas ferramentas para a diminuição da prescrição

e uso de MPI em idosos. Atualmente na literatura, destacam-se os Critérios de Beers (AGS, 2019) e os critérios *Screening Tool of Older Person's Prescriptions* (STOPP) e *Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment* (START) (O'MAHONY, 2015), que auxiliam na avaliação da farmacoterapia proposta, a fim de possibilitar o uso racional de medicamentos. O uso de ferramentas validadas, portanto, é fundamental para a segurança na prescrição de medicamentos.

No Brasil, observa-se uma escassez de estudos em âmbito nacional que utilizem ferramentas padronizadas e validadas para a avaliação dos MPI para idosos. Tal fato faz com que se tenha uma menor confiança nos resultados gerados e impossibilidade do conhecimento real do uso desses medicamentos no país. Nesse sentido, a fim de se reunir o maior número de estudos e evidências científicas nessa temática, o presente estudo tem por objetivo determinar a prevalência de MPI entre idosos com 60 anos ou mais no Brasil.

## MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Tal método é responsável por traçar um panorama profundo a respeito do tema escolhido, apresentando as principais abordagens e o corpus da teoria acumulada sobre uma temática, o referencial teórico é construído em um ou mais tópicos, oferecendo um claro alinhamento com os objetivos da pesquisa (MARIANO; ROCHA, 2017).

Um protocolo específico foi desenhado pelos pesquisadores para estruturação da revisão, constando as etapas de definição do tema e elaboração da questão de pesquisa, “Qual a prevalência do uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos no Brasil?”, bem como a elaboração dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; levantamento das publicações nas bases de dados; categorização e análise das informações encontradas nas publicações e avaliação descritiva dos estudos selecionados.

A seguinte combinação de descritores (MeSH) em inglês e português foi usada para conduzir a busca na base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); Google Scholar, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), também utilizou-se a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS/MS) com as bases de dados (Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), com pequenas adaptações, de acordo com as suas especificidades: (“Critérios de Beers”) AND (“Prescrição Inapropriada”) AND (“Lista de medicamentos potencialmente inapropriados”) e (“Inappropriate Prescribing” OR “Potentially Inappropriate Medication List”) AND (Aged OR “Health of the Elderly” OR Elderly), entre os anos de 1991 a 2021.

Os critérios de elegibilidade foram estudos observacionais e experimentais, realizados até 03/11/2021; pacientes idosos com  $\geq 60$  anos; estudos que analisaram as prescrições de medicamentos e definiram a prevalência do uso de MPI para a população

brasileira, sem restrição de idioma. Foram excluídos os resumos de artigos de conferências, teses e dissertações. Para a seleção dos estudos, primeiramente, dois revisores treinados (R1 e R2) fizeram a leitura e avaliação independente dos títulos e resumos dos artigos identificados nas bases de dados eletrônicas. De acordo com os critérios de elegibilidade, selecionaram os artigos para leitura completa. Logo após, foi feita a leitura na íntegra e inclusão final dos artigos. Quando não houve consenso entre os revisores sobre a inclusão e seleção final dos estudos, foi considerada a opinião de um terceiro revisor (R3).

Para sistematização da extração dos dados foi utilizado um formulário específico contendo: título, autor, ano, estado, tipo de estudo, número da amostra, média de idade, uso de instrumentos e identificação de prevalência de MPI para idosos de acordo com os instrumentos utilizados, além das principais variáveis associadas à prescrição inadequada. O processo de busca e seleção dos estudos seguiu as recomendações *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) 2020, (PAGE *et al.*, 2021) e está representado na figura 1. As evidências das prescrições de MPI foram identificadas, exploradas e sintetizadas de forma narrativa com a tabulação dos resultados dos estudos incluídos, sendo estes conduzidos, a partir da análise descritiva e sintetizados, de acordo com a prevalência dos MPI.

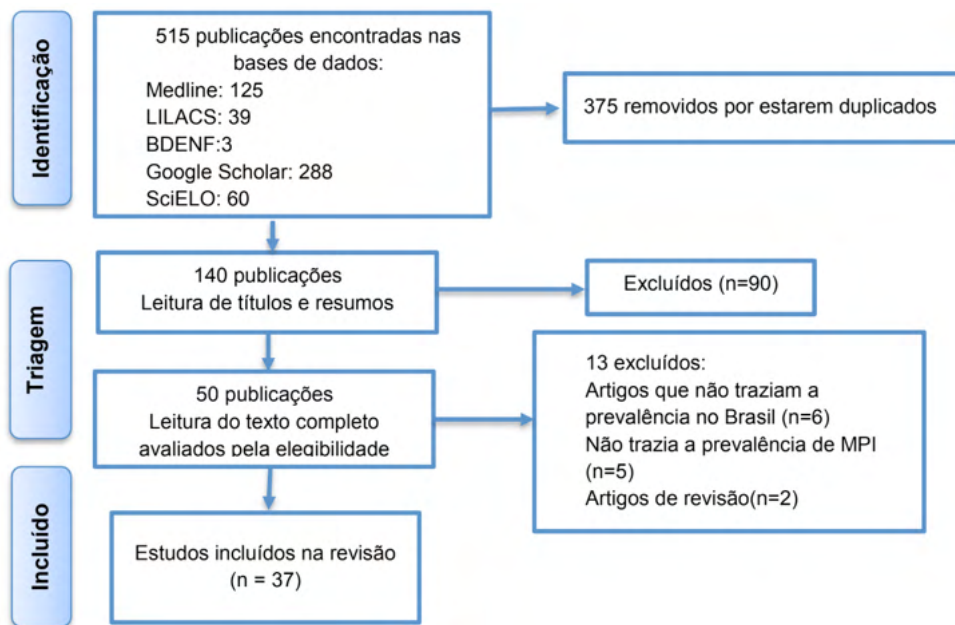


Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos, adaptado do PRISMA.

## RESULTADOS

Dentre as 37 publicações selecionadas, 33 (89,19%) eram estudos transversais, publicados de 2011 a agosto de 2021. O estado de Minas Gerais destacou-se com o maior número de publicações 14 (37,84%). O tamanho amostral teve como média de 513,70 idosos. A média de idade foi 73,3 anos, de acordo com os estudo que fizeram tal referência. O critério mais utilizado para identificação dos MPI foi o de Beers 2012 12 (38,7%). As características gerais dos estudos estão sumarizadas na Tabela 1.

<b>Autor/Ano</b>	<b>Estado</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Amostra n</b>	<b>Média Idade (anos)</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Prevalência de MPI/paciente (%)</b>
ALMEIDA, Thiago Augusto et al., 2019	Minas Gerais	Transversal	227	70	Crítérios de Beers (2015); BCPIM; Lista EU (7) -PIM	53,7 (Beers) 55,9 (BCPIM) 63,4 (Lista EU-7)
ALVES, Marcos Kaic Lopes et al., 2020	Minas Gerais	Transversal	580	não referida	CBMPI	43,8
ALVES-CONCEIÇÃO, Vanessa et al., 2017	Sergipe	Transversal	125	81,8	Crítérios de Beers (2012)	73,6
BALDONI, André de Oliveira et al., 2014	São Paulo	Transversal	1000	69,8	Crítérios de Beers (2003 e 2012)	48,0 (Beers 2003) 59,2 (Beers 2012)
BARELLA, Luana Veiga et al., 2020	Rio Grande do Sul	Transversal	203	73,1	Crítérios de Beers (2015)	78,8
BOLINA, Alisson Fernandes et al., 2019	Minas Gerais	Transversal	1.607	não referida	Crítérios de Beers (2015)	36,8
BUENO, Denise et al., 2016	Rio Grande do Sul	Transversal	126	71,25	Crítérios de Beers (2012) e STOPP/START.	91,27(STOPP/START) 88,89% (Beers 2012)
DA COSTA, Iwyson Henrique Fernandes et al., 2019	Ceará	Transversal	143	66,5	Crítérios de Beers (2015)	77,6
DE ARAÚJO, Natacha Christina et al., 2020	Goiás	Coorte	127	70,6	Crítérios de Beers (2019)	44,1
DO NASCIMENTO, Mariana Martins Gonzaga et al., 2017	Minas Gerais	Coorte	1371	68,7	Crítérios de Beers (2012)	56,0

FAUSTINO, Christine Grützmann et al., 2013	São Paulo	Transversal	1270	80,1	Critérios de Beers (2003)	26,9
FERREIRA, Tânia Regina et al., 2021	São Paulo	Transversal	234	não referida	Critérios de Beers (2019)	66,7
FULONE, Izabela et al., 2017	São Paulo	Transversal	174	67	Critérios STOPP Critérios de Beers (2015)	39,6 (STOPP) 29,9 (Beers 2015)
GANASSIN, Amanda Rodrigues et al., 2014	Mato Grosso do Sul	Transversal	133	77,5	Critérios de Beers (2012)	35
GUISELLI, Samilla Roversi et al., 2016	Rio Grande do Sul	Transversal	761	68,95	Critérios de Beers (2012)	32,2
JULIANO, Ana Carmen dos Santos Ribeiro Simões et al., 2018	Minas Gerais	Coorte	1900	77,6	Critérios STOPP Critérios de Beers (2015)	50,0 (STOPP) 66,6 (Beers 2015)
LUTZ, Bárbara Heather et al., 2017	Rio Grande do Sul	Transversal	1.451	não referida	Critérios de Beers (2012)	42,4
MAGALHÃES, Mariana Santos et al., 2020	Minas Gerais	Transversal	255	75	CBMPI	58,4
MANSO, Maria Elisa Gonzalez et al., 2015	São Paulo	Transversal	2.500	71	Critérios de Beers (2012)	33,4
MARTINS, Gabriela Aires et al., 2015	Minas Gerais	Transversal	621	71	Critérios de Beers (2012) e Critérios STOPP	15 (Beers 2012) 17,9 (STOPP)
MARTINS, Vanessa dos Santos et al., 2016	São Paulo	Transversal	207	não referida	Critérios de Beers (2003) Critérios STOPP (2008)	44,4 (STOPP) 16 (Beers 2003)
MAURICIO, Vanessa Mayra de Oliveira et al., 2016	Minas Gerais	Transversal	15	não referida	Instrumento desenvolvido por Grossi	60
MORI, Ana Luiza Pereira Moreira et al., 2017	São Paulo	Transversal	230	72	Critérios STOPP/START (2008)	13,9
NASCIMENTO, Mariana Martins Gonzaga et al., 2014	Minas Gerais	Transversal	46	80,5	Critério de Beers (2003) Critérios STOPP	37 (Beers) 60,9 (STOPP)
NOVAES, Priscila Horta et al., 2017	Minas Gerais	Transversal	423	73,8	Critérios de Beers (2015); Critérios STOPP (2015); Lista EU (7) -PIM; e Critérios de Taiwan	50,0 (Beers 2015) 46,2 (STOPP) 59,5 (EU -PIM) 31,3 (Critérios de Taiwan)

NOVAES, Priscila Horta et al., 2017	Minas Gerais	Transversal	423	73,8	Crítérios de Beers (2012) Crítérios STOPP (2015)	42,1 (Beers 2012) 46,2% (STOPP)
OLIVEIRA, Henrique Souza Barros et al., 2019.	São Paulo	Transversal	725	77,9	Crítérios de Beers (2015); Lista PRISCUS; Lista EU (7) -PIM; CBMPI	26,6 (CBMPI) 25,8 (EU (7) -PIM) 24,6 (Beers 2015) 6,6 (PRISCUS)
OLIVEIRA, Márcio Galvão et al., 2012	Bahia	Transversal	142	65,5	Crítérios de Beers (2008)	34,5
OLIVEIRA, Marcus Vinicius Palmeira et al., 2018	Alagoas	Transversal	456	83	Instrumento próprio	46,4
PEREIRA, Thayná Ferreira Furtado et al., 2019	Santa Catarina	Transversal	307	75,2	Crítérios STOPP/START versão 2	95,4
PINTO, Mauro Cunha Xavier et al., 2013.	Minas Gerais	Transversal	151	76,69	Crítérios de Beers (2012)	25,83
PRAXEDES Marcus Fernando da Silva et al., 2011	Minas Gerais	Transversal	55	78,9	Crítérios de Beers (2003)	47,3%
REIS, Cristiane Moreira et al., 2017	Minas Gerais	Transversal	160	67,5	Crítério de Beers (2015)	48,1
SANTOS GARCIA, Taiane Santos et al., 2020	Rio Grande do Sul	Transversal	390	71	Crítérios de Beers (2015) Crítérios STOPP CBMPI ARS	55,1 (Beers) 51,3 (CBMPI) 42,6 (STOPP) 23,6 (ARS)
SOUSA-MUÑOZ, Rílvá Lopes de et al., 2012	Paraíba	Transversal	79	70,4	Crítérios de Beers (2008)	54,1
VARALLO, Fabiana Rossi et al., 2011	São Paulo	Transversal	129	não referida	Crítérios de Beers (2008)	19,1
Vieira De Lima TJ et al., 2013	São Paulo	Transversal	261	não referida	Crítério de Beers (2012)	32,4

Abreviações: ARS - *Anticholinergic Risk Scale*, CBMPI - Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriado para Idosos, EU(7)-PIM - Lista Europeia de Medicação Inapropriada no Idoso, START - *Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment*, STOPP - *Screening Tool of Older Persons' Prescriptions*;

Tabela 1 – Características dos estudos incluídos na revisão integrativa, 2021.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir da análise dos dados, observou-se que a prevalência média de MPI nos estudos foi de 46,69%. Os principais MPI prescritos foram: Analgésico (50, 65 %); Losartana (42, 11 %); Próton inibidores da bomba (38, 55 %); Clonidina (37, 76 %); e Metformina (35, 4 %) (Tabela 2).



<b>Sistema de Órgãos, Categoria Terapêutica</b>	<b>Prevalência média (%)</b>	<b>Medicamento (%)</b>	<b>Prevalência média (%)</b>
Anticolinérgicos	10,19	Anti-histamínico Prometazina	16,72 3,67
Anticonvulsivo	3,8	Fenobarbital	3,8
Anti-infecciosa	3,0	Nitrofurantoína	3,0
Cardiovascular	16,27	Losartana Captopril Nifedipina Sinvastatina Hidroclorotiazida Ácido acetilsalicílico Espironolactona Doxazosina Metildopa Digoxina Amiodarona	42,11 31,13 22,6 19,06 15,90 11,58 10,3 9,53 9,10 3,88 3,84
Gastrointestinal	27,77	Próton inibidores da bomba Pantoprazol Omeprazol Antieméticos	38,55 31,8 30,25 10,5
Medicamentos para a dor	16,35	Analgésicos Opioides AINES Ibuprofeno Anti-inflamatório Diclofenaco Carisoprodoal Nimesulida	50,65 19,7 14,59 13,92 9,92 4,08 1,6
Endócrino	22,02	Metformina Insulina Glibenclamida	35,4 15,99 14,67
Sistema nervoso central	13,85	Clonidina Antipsicóticos Galantamina Risperidona Orfenadrina Benzodiazepínicos Diazepam Fluoxetina Imipramina Amitriptilina Quetiapina Clonazepam Haloperidol Antidepressivos Periciazinha Escitalopram Setralina Bromazepam Alprazolam Clorpromazina	37,76 25 21,5 20,53 20,3 17,44 17,24 16,92 14,79 14,73 12,8 10,12 8,68 7,6 6,4 6,1 6,1 4,63 4,2 4,08

Tabela 2 - Prevalência dos medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, segundo os instrumentos identificados, 2021.

Fonte: Elaborado pelos autores.

## DISCUSSÃO

A presente revisão integrativa da literatura possibilitou a determinação da alta prevalência de MPI prescritos para a população idosa no Brasil. Nesse sentido, a gestão inadequada de medicamentos é um indicador de qualidade explícito relacionado à utilização de medicamentos e a sua prescrição de forma inadequada é preocupante para a população pesquisada. Números elevados também foram identificados em outros países, com taxas superiores a 90% no Canadá e nos Estados Unidos (EUA), reafirmando a necessidade de intervenções para a sua redução (SHARMA *et al.*, 2018; LESTER *et al.*, 2019).

A realização de comparação dos resultados entre os estudos mundialmente não é simples, pois há grandes variações entre os métodos utilizados. Desta forma, tem-se observado que as prevalências das prescrições possivelmente podem estar correlacionadas e organizadas em diferentes sistemas de prestação de cuidados de saúde e com ambientes de prática clínica específicos em cada país (NAPOLITANO *et al.*, 2013). No entanto, é importante ressaltar a importância do estudo da prevalência de MPI, da polifarmácia, e das RAM em idosos, visto que estes são indicadores cada vez mais presentes no processo de envelhecimento, interferindo diretamente na saúde da população idosa (DE OLIVEIRA; CORRADI, 2018).

Sendo assim, essa faixa etária é a que mais tem evidenciado a prescrição incorreta de medicamentos, bem como a alta taxa de medicação, tal fato afeta diretamente a saúde e segurança dos mesmos, visto que podem aumentar os acidentes domésticos, internamentos e problemas de saúde que poderiam ser evitados. Ao analisar outros estudos identifica-se maior prevalência dentre o sexo feminino e aumento do uso dos MPI com o avançar da idade, principalmente a partir de 70 anos, indo ao encontro dos dados obtidos neste estudo. (FADARE *et al.*, 2013; ISIDORO *et al.*, 2021). Outro fato que é importante destacar é a necessidade de boas políticas de atenção à saúde do idoso e instruções adequadas à quem presta cuidado aos mesmos, para que haja uma significativa redução do uso incorreto dessas medicações.

Os analgésicos opioides foram os mais citados nesse estudo (50,65%). A farmacoterapia com analgésicos opioides requer, além da mensuração constante da dor, desmistificação junto aos profissionais em relação à ocorrência de dependência dos pacientes (RIBEIRO; DA COSTA, 2015). Os idosos em uso desses medicamentos estão em maior risco de fraturas ósseas, ao desenvolvimento de dependência, overdose e morte. Nesse sentido, casa não seja possível a substituição dos mesmos, haja a utilização de doses mínimas efetivas, a fim de se reduzir as RAM e aumentar a adesão ao tratamento (DOS SANTOS *et al.*, 2020). Nesse viés, devido à alta prevalência do uso de analgésico, estudo realizado, relata que pacientes em uso de opioides tiveram 2,4 vezes mais chances de ter uma queda e maior risco iminente de morte intra-hospitalar (RC=1,58; IC95%=1,34-1,86) após o evento decorrente do uso (DAOUST R *et al.*, 2018).

Destacaram-se também as prescrições de medicamentos que atuam no Sistema Cardiovascular, como o Losartana (42,11%) utilizado no tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. O Losartana é um antagonista de receptores da angiotensina, bastante utilizado como alternativa para usuários que não toleram eventos adversos provocados pelos inibidores da enzima conversora de angiotensina, como a tosse persistente. Porém, o uso desse medicamento nos pacientes idosos pode provocar situações de hipotensão, náusea, infecção do trato urinário, tontura, sonolência, fadiga (PINHEIRO, 2020), o que requer um maior controle da população estudada.

Os Inibidores da Bomba de Prótons – IBP foram bastante prescritos (38,55%). Os medicamentos dessa classe são importantes para o tratamento de doenças relacionadas ao ácido gástrico e são considerados a melhor opção para terapêutica anti secretora contra doença do refluxo gastroesofágico, esofagite, dispepsia, tratamento sintomático de úlcera péptica e, além disso, pode ser prescrito a um paciente em uso de AINEs, de modo a prevenir úlceras pépticas (COSTA *et al.*, 2021). A utilização prolongada de IBP compromete a segurança da pessoa idosa e pode causar, dentre outros problemas, aumento de fraturas ósseas, alteração no microbioma gástrico, infecção bacteriana, como infecções por *Clostridium difficile* e risco de aumento de pneumonia. Estudo realizado na Irlanda relata que a superdosagem de IBP é bem constante com (17,0%), pois existem muitos casos de prescrições inadequada, assim ocasionando a superdosagem, levando alguns efeitos colaterais, uma intoxicação e risco iminente de morte (RYAN *et al.*, 2012). Vale considerar, quando necessário o uso prolongado, a oportunidade de suspensão ou diminuição de doses (PRAXEDES *et al.*, 2020).

A Clonidina também considerada um MPI, foi bem citada (37,76%), ela possui como principais efeitos colaterais em sua utilização a tontura, bradicardia, sedação, hipotensão ortostática e boca seca (BALDONI; AYRES, 2014). Alguns artigos<sup>(4,8)</sup> utilizados neste estudo trazem a clonidina como um dos principais fármacos agonistas utilizados pelos idosos. No entanto, vale ressaltar que esse anti-hipertensivo deve ser usado com cautela em idosos, pois a confusão pode ser um efeito colateral significativo (ALSHAMI, 2018).

Assim, como meio de redução de prescrição inadequada de MPI estratégias devem ser implementadas, para que possam sensibilizar os profissionais da saúde na diminuição do uso dos mesmos. Neste viés, a capacitação profissional de saúde, por farmacêuticos clínicos em associação a uma equipe multidisciplinar, é uma prática efetiva para melhorar adequação da prescrição e garantir a segurança da farmacoterapia de idosos na admissão e na alta hospitalar (MAGALHÃES *et al.*, 2020). Além da capacitação do profissional, autores apontam que é de suma importância e necessário o apoio de sistema informatizado e um prontuário único, no intuito de evitar as prescrições inadequadas na população idosa (MANSO *et al.*, 2015). Bem como a disponibilização de alternativas terapêuticas adequadas na lista municipal de medicamentos essenciais (ALMEIDA *et al.*, 2019).

## CONCLUSÃO

Diante das evidências encontradas nos estudos, observou-se que há uma alta prevalência de MPI prescritos para a população idosa. Os Critérios de Beers se mostrou uma ferramenta importante para identificação MPI, sendo a mais utilizada pelos estudos incluídos nessa revisão. As ferramentas de identificação de MPI possibilitam a escolha do fármaco de forma mais segura, por ter critérios explícitos que podem auxiliar na prevenção dos eventos adversos decorrentes da farmacoterapia inadequada.

Espera-se que os resultados desta revisão possam servir como fonte de informação para os profissionais de saúde e que possam contribuir para a redução do uso de MPI. Nesse sentido, vale ressaltar a importância da realização de mais estudos nessa área e que haja uma padronização dos métodos de identificação dos MPI a fim de validar e possibilitar a comparação entre os mesmos. Ressalta-se também a necessidade da implementação das intervenções identificadas para uma maior segurança da farmacoterapia e qualidade de vida da população idosa.

## REFERÊNCIAS

AGS. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society 2019 Updated Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *JAGS* 00:1 - 21, 2019.

ALMEIDA, T. A.; REIS, E. A.; PINTO, I. V. L.; et al. Factors associated with the use of potentially inappropriate medications by older adults in primary health care: An analysis comparing AGS Beers, EU(7)-PIM List, and Brazilian Consensus PIM criteria. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 15, n. 4, p. 370–377, 2019.

ALSHAMI, A., et al. Management of hypertensive crises in the elderly. *Journal of geriatric cardiology: JGC*, v. 15, n. 7, p. 504, 2018.

ALVES, M. K. L.; OLIVEIRA, N. G. N.; PEGORARI, M. S.; et al. Evidence of association between the use of drugs and community-dwelling older people frailty: A cross-sectional study. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 138, n. 6, p. 465–474, 2020.

ALVES-CONCEIÇÃO, V.; DA SILVA, D. T.; DE SANTANA, V. L.; et al. Evaluation of pharmacotherapy complexity in residents of long-term care facilities: A cross-sectional descriptive study. **BMC Pharmacology and Toxicology**, v. 18, n. 1, p. 3–10, 2017.

BALDONI, A. DE O.; AYRES, L.; E. M.-I. Factors associated with potentially inappropriate medications use by the elderly according to Beers criteria 2003 and 2012. **Springer**. 2014.

BARELLA, L. V.; KOWALSKI, L.; ALVES, I. A.; et al. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados para pessoas idosas em uma associação de aposentados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 4, 2020.

BOLINA, A. F.; GOMES, N. C.; MARCHIORI, G. F.; PEGORARI, M. S.; TAVARES, D. M. DOS S. Potentially inappropriate medication use and frailty phenotype among community-dwelling older adults: A population-based study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 28, n. 21–22, p. 3914–3922, 2019.

BUENO, D.; DE ALMEIDA, T.T.; ROCHA, B.S. Prevalência de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos em uma unidade de saúde da família de Porto Alegre/RS. *Revista de APS*, v. 19, n. 3, 2016.

COSTA, S. DE. A. L. et al. Efeitos do uso prolongado de Inibidores de Bomba de Prótons em idosos. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 2, p. 4248-4265, 2021.

DA COSTA, I. H. F.; SILVA, R. M. E.; CARLOS, J. DE O.; et al. Potentially inappropriate medications in older kidney transplant recipients: a Brazilian prevalence study. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 41, n. 4, p. 888–894, 2019.

DAOUST, R.; PAQUET, J.; MOORE, L.; EMOND, M.; GOSSELIN, S.; LAVIGNE, G. et al. Recent opioid use and fall-related injury among older patients with trauma. **CMAJ: Canadian Medical Association Journal**. 2018;190(16):E500- E6.

DE ARAÚJO, N. C.; SILVEIRA, E. A.; MOTA, B. G.; et al. Potentially inappropriate medications for the elderly: Incidence and impact on mortality in a cohort ten-year follow-up. **PLoS ONE**, v. 15, n. 10 October, p. 1–18, 2020.

DE OLIVEIRA, H. S. B.; CORRADI, M. L. G. Aspectos farmacológicos do idoso: uma revisão integrativa de literatura. *Revista de Medicina*, v. 97, n. 2, p. 165-176, 2018.

DO NASCIMENTO, M. M. G.; MAMBRINI, J. V. DE M.; LIMA-COSTA, M. F.; et al. Potentially inappropriate medications: predictor for mortality in a cohort of community-dwelling older adults. **European Journal of Clinical Pharmacology**, v. 73, n. 5, p. 615–621, 2017.

DOS SANTOS, A. D. A. P.; et al. Avaliação do acompanhamento farmacoterapêutico de idosos hospitalizados em uso de analgésicos opioides. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, v. 10, 2020.

FADARE, J.O.; AGBOOLA, S.M.; OPEKE, O.A.; ALABI, R.A. Prescription pattern and prevalence of potentially inappropriate medications among elderly patients in a Nigerian rural tertiary hospital. *The Clin Risk Manag*. 2013;2013:115-20.

FAUSTINO, C. G.; GUERRA, M. C.; II, P.; JACOB-FILHO, W. Potentially inappropriate medications among elderly Brazilian outpatients Medicamentos potencialmente inapropriados em pacientes idosos ambulatoriais brasileiros. **Sao Paulo Med J. Sao Paulo Med J**, v. 131, n. 1311, p. 19–26, 2013.

FERNANDES, P. C.; FARIA, G. G.; PEREIRA, D. L. A importância do uso racional de medicamentos nas políticas de atenção farmacêutica e a prevenção da automedicação da população. 2020.

FERREIRA, T.R.; LOPES, L.C.; MOTTER, F.R.; DE CÁSSIA, B. C. Potentially inappropriate prescriptions to Brazilian older people with Alzheimer disease: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(12):e25015.

FULONE, I.; LOPES, L. C. Potentially inappropriate prescriptions for elderly people taking antidepressant: Comparative tools. **BMC Geriatrics**, v. 17, n. 1, p. 1–8, 2017.

GANASSIN, A. R.; DE MATOS, V. T. G.; TOFFOLI-KADRI, M. C. Potentially inappropriate medication use in institutionalized older adults according to the beers criteria. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 50, n. 4, p. 827–838, 2014.

GUISELLI, S.R.; ELY, L.S.; ENGROFF, P.; NOGUEIRA, E.L.; GOMES, I. Estudo do uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos da Estratégia Saúde da Família. *Rev Kairós Gerontol.* 2016;19(2):243–57.

ISHIKAWA, M. *Ribeirão Preto-SP; s.n; 2014. 20 p. tab.* Tese em Português | Sec. Est. Saúde SP.

ISIDORO, G.S.P; PINTO, M.A.V.; MELO, N.C.A.; SOUZA, P.A.M.; SILVA, L.G.R.; SALES, T.L.S., et al. Medicamentos potencialmente inapropriados para os idosos: prevalência de uso e conhecimento médico. *Geriatr Gerontol Aging.* 2021;15:e0210011.

JULIANO, A. C. DOS S. R. S.; LUCCHETTI, A. L. G.; SILVA, J. T. S. DA; et al. Inappropriate Prescribing in Older Hospitalized Adults: A Comparison of Medical Specialties. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 66, n. 2, p. 383–388, 2018.

LAI, X.; ZHU, H.; HUO, X.; LI, Z. Polypharmacy in the oldest old ( $\geq 80$  years of age) patients in China: a cross-sectional study. *BMC geriatrics.* 2018;

LESTER, E.; DYKSTRA, M.; GRANT, C.; FAWCETT, V.; TSANG, B.; WIDDER, S. High-risk medications in older patients with trauma: a cross-sectional study of risk mitigation. *Canadian journal of surgery Journal canadien de chirurgie.* 2019;62(2):100-4.

LIEW, N.Y.; CHONG, Y.Y.; YEOW, S.H.; KUA, K.P.; SAW, P.S.; LEE, S.W.H. Prevalence of potentially inappropriate medications among geriatric residents in nursing care homes in Malaysia: a cross-sectional study. *Int J Clin Pharm.* 2019;41(4):895–902.

LUTZ, B. H.; MIRANDA, V. I. A.; BERTOLDI, A. D. Potentially inappropriate medications among older adults in Pelotas, Southern Brazil. **Revista de saude publica**, v. 51, p. 52, 2017.

MAGALHÃES, M.S.; SANTOS, F.S.D.; REIS, A.M.M. Fatores associados ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos na alta hospitalar medication by elderly patients prescribed at hospital discharge. 2020;1–8.

MANSO, M. E. G.; BIFFI, E. C. A.; GERARDI, T. J. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 151–164, 2015.

MARIANO, A. M.; ROCHA, M. S. Revisão da literatura: apresentação de uma abordagem integradora. In: *AEDEM International Conference.* 2017.

MARTINS, G. A.; ACURCIO, F. DE A.; FRANCESCHINI, S. DO C. C.; PRIORE, S. E.; RIBEIRO, A. Q. Use of potentially inappropriate medications in the elderly in Viçosa, Minas Gerais State, Brazil: A population-based survey. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 11, p. 2401–2412, 2015.

MARTINS, V.; MORI, A.; DOREA, E.; ... G. P.-B. J. OF; Exposure to potentially inappropriate medications in Brazilian elderly outpatients with metabolic diseases. **SciELO Brasil**, 2016.

MAURICIO, V. DE O.; MENDONÇA, S. DE A. M.; NASCIMENTO, M. M. G.; OLIVEIRA, D. R. DE. Potentially inappropriate medication use among Brazilian elderly in a medication management program. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 37, n. 1, p. 1–8, 2016.

MOREIRA, F. S.M. et al. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos institucionalizados: prevalência e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 2073-2082, 2020.

MORI, A. L. P. M.; CARVALHO, R. C.; AGUIAR, P. M.; et al. Potentially inappropriate prescribing and associated factors in elderly patients at hospital discharge in Brazil: a cross-sectional study. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 39, n. 2, p. 386–393, 2017.

NAPOLITANO, F.; IZZO, M.T.; DI GIUSEPPE, G.; ANGELILLO, I.F. Frequency of inappropriate medication prescription in hospitalized elderly patients in Italy. *PloS one*. 2013;8(12):e82359.

NASCIMENTO, M.; RIBEIRO, A.; ... M. P.-B. J. OF; Identification of inappropriate prescribing in a Brazilian nursing home using STOPP/START screening tools and the Beers' Criteria. **SciELO Brasil**, 2014.

NOVAES, P. H.; DA CRUZ, D. T.; LUCCHETTI, A. L. G.; LEITE, I. C. G.; LUCCHETTI, G. Comparison of four criteria for potentially inappropriate medications in Brazilian community-dwelling older adults. **Geriatrics and Gerontology International**, v. 17, n. 10, p. 1628–1635, 2017a.

NOVAES, P. H.; DA CRUZ, D. T.; LUCCHETTI, A. L. G.; LEITE, I. C. G.; LUCCHETTI, G. The “iatrogenic triad”: polypharmacy, drug–drug interactions, and potentially inappropriate medications in older adults. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 39, n. 4, p. 818–825, 2017b.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no brasil. *Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 15, n. 32, p. 69-79, 2019.

OLIVEIRA, H. S. B. DE; MANSO, M. E. G. The iatrogenic triad in a group of elderly women contracted to a health plan. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 1, 2019.

OLIVEIRA, M. G.; AMORIM, W. W.; DE JESUS, S. R.; RODRIGUES, V. A.; PASSOS, L. C. Factors associated with potentially inappropriate medication use by the elderly in the Brazilian primary care setting. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 34, n. 4, p. 626–632, 2012.

OLIVEIRA, M. V. P.; BUARQUE, D. C. Polifarmácia e medicamentos potencialmente inapropriados em idosos admitidos em um hospital terciário. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 12, n. 1, p. 38–44, 2018

O'MAHONY, D. et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age and ageing*, v. 44, n. 2, p. 213-218, 2015.

PAGE, M.J.; MCKENZIE, J.E.; BOSSUYT, P.M.; BOUTRON, I.; HOFFMANN, T.C.; MULROW, C.D. et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*. 2021.

PEREIRA, K. G. et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, p. 335-344, 2017.

PEREIRA, T. F. F.; DE SÁ SOARES, A.; TREVISOL, D. J.; SCHUELTER-TREVISOL, F. Assessing the overall medication use by elderly people in a Brazilian hospital using the start/stopp criteria version 2. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 55, p. 1–8, 2019.

PINHEIRO, F. S. Manejo não farmacológico dos efeitos adversos mais prováveis no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária. 2020.

PINTO, M. C. X.; MALAQUIAS, D. P.; FERRÉ, F.; PINHEIRO, M. L. P. Potentially inappropriate medication use among institutionalized elderly individuals in southeastern brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 49, n. 4, p. 709–717, 2013.

PRAXEDES, M. F. D. S.; TELLES FILHO, P. C. P.; PINHEIRO, M. L. P. Identificação e análise de prescrições de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos em uma instituição hospitalar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 338–344, 2012. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencuccuidsaude.v10i2.10214>

PRAXEDES, M.F.S.; PEREIRA, G.C.S.; LIMA, C.F.M.; SANTOS, D.S.; BERHENDS, J.S. Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos segundo os Critérios de Beers: Revisão sistemática. *Cien Saude Colet*, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.05672020>

REIS, C. M.; DOS SANTOS, A. G.; DE JESUS SOUZA, P.; REIS, A. M. M. Factors associated with the use of potentially inappropriate medications by older adults with cancer. **Journal of Geriatric Oncology**, v. 8, n. 4, p. 303–307, 2017.

RIBEIRO, H. DE S. S.; DA COSTA, J. M. Acompanhamento farmacoterapêutico de idosos em uso de analgésicos opioides em um hospital de ensino. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, v. 6, n. 1, 2015.

RYAN, C.; TK, T.; PAIK, M.; BAGIELLA, E.; DW, D.; PIRRO, M., et al. Prescrição potencialmente inadequada em residentes mais velhos em lares de idosos irlandeses. 2011;116–20.

SAKUMA, M.; MORIMOTO, T.; MATSUI, K.; SEKI, S.; KURAMOTO, N.; TOSHIRO, J., et al. Epidemiology of potentially inappropriate medication use in elderly patients in Japanese acute care hospitals. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2011;20(4):386-92.

SANTOS GARCIA, T.; SIMAS DA ROCHA, B.; DE JESUS CASTRO, S. M.; HEINECK, I. Potentially inappropriate medications for older adults in a primary healthcare unit in southern Brazil. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 42, n. 3, p. 911–922, 2020.

SANTOS, E. D. S. A. Prevalência de prescrições inapropriadas para idosos nas farmácias das unidades de atenção primária. 2020. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

SHARMA, J.; PARULEKAR, M.; STEWART, P.; BLATT, M.; ZIELONKA, T.; NYIRENDA, T., et al. Geriatric Consultation Reduces High-risk Medication Usage at Discharge in Elderly Trauma Patients. *Cureus*. 2018;10(11):e3649.

SOUSA-MUÑOZ, R. L. DE; IBIAPINA, G. R.; GADELHA, C. S.; MAROJA, J. L. S. Prescrições geriátricas inapropriadas e polifarmacoterapia em enfermarias de clínica médica de um Hospital-Escola. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 2, p. 315–324, 2012.

VARALLO, F. R.; CAPUCHO, H. C.; PLANETA, C. S.; MASTROIANNI, P. DE C. Safety assessment of potentially inappropriate medications (PIM) use in older people and the factors associated with hospital admission. **Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences**, v. 14, n. 2, p. 283–290, 2011.

VIEIRA DE LIMA, T. J.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. Í.; SUMIDA, D. H.; SALIBA, O. Potentially inappropriate medications used by the elderly: Prevalence and risk factors in Brazilian care homes. **BMC Geriatrics**, v. 13, n. 1, p. 1–7, 2013.



# CAPÍTULO 20

## MÉTODOS SUBJETIVOS DE AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL EM IDOSOS CARDIOPATAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

*Data de aceite:* 01/11/2021

*Data de submissão:* 30/07/2021

### **Anna Paula de Sousa Silva**

Acadêmica do Curso de Medicina, Programa de Iniciação Científica, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)  
Brasília - DF  
<http://lattes.cnpq.br/0924220309765986>

### **Carla Larissa Cunha Sottomaior**

Acadêmica do Curso de Medicina, Programa de Iniciação Científica, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)  
Brasília - DF  
<http://lattes.cnpq.br/3868511153678833>

### **Ramylne de Castro da Paz**

Mestra em Ciências para a Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS) da SES-DF  
Brasília - DF  
<http://lattes.cnpq.br/8925738415515005>

### **Lorrany Fernandes Gomes**

Acadêmica do Curso de Medicina, Programa de Iniciação Científica, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)  
Brasília - DF  
<http://lattes.cnpq.br/6347388297866777>

### **Melorie Kern Capovilla Sarubo Baptistella**

Acadêmica do Curso de Medicina, Programa de Iniciação Científica, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)  
Brasília - DF  
<http://lattes.cnpq.br/3992762890648092>

### **Renata Costa Fortes**

Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF)  
Brasília - DF  
<http://lattes.cnpq.br/5453042571253174>

**RESUMO:** **Objetivo:** investigar os principais métodos subjetivos de avaliação do estado nutricional em idosos cardiopatas. **Métodos:** revisão de literatura por meio de artigos científicos publicados em revistas indexadas em Lilacs/Bireme, PubMed/Medline e SciELO, com ênfase nos últimos cinco anos (2014 a 2018). **Resultados:** os principais métodos subjetivos de avaliação do estado nutricional de idosos cardiopatas são: Triagem de Risco Nutricional 2002 (NRS-2002), Instrumento Universal de Triagem de Desnutrição (MUST), Avaliação Subjetiva Global (ASG) e Mini Avaliação Nutricional (MNA), incluindo a forma simplificada (MNA-SF). Esses métodos são imprescindíveis para a implementação de estratégias e

intervenções nutricionais adequadas, destacando-se a MNA e a MNA-SF. **Conclusão:** os métodos subjetivos de avaliação nutricional em idosos cardiopatas são fundamentais para a detecção precoce da desnutrição, contribuindo para a adequada intervenção nutricional. Entretanto, há escassez de estudos quanto à identificação de risco nutricional nessa população, tornando-se imprescindível a realização de estudos adicionais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso, Insuficiência Cardíaca, Avaliação Nutricional, Estado Nutricional.

## METHODS OF ASSESSMENT OF NUTRITIONAL STATUS IN ELDERLY PATIENTS WITH HEART DISEASE: A REVIEW OF THE LITERATURE

**ABSTRACT:** **Objective:** to investigate the main subjective methods for assessing the nutritional status of elderly people with heart disease. **Methods:** literature review through scientific articles published in journals indexed in Lilacs/Bireme, PubMed/Medline and SciELO, with emphasis on the last five years (2014 to 2018). **Results:** the main subjective methods for assessing the nutritional status of elderly patients with heart disease are: Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002), Universal Malnutrition Screening Instrument (MUST), Subjective Global Assessment (SGA) and Mini Nutritional Assessment (MNA), including the simplified form (MNA-SF). These methods are essential for the implementation of adequate nutritional strategies and interventions, especially the MNA and the MNA-SF. **Conclusion:** subjective methods of nutritional assessment in elderly patients with heart disease are essential for the early detection of malnutrition, contributing to adequate nutritional intervention. However, there are few studies on the identification of nutritional risk in this population, making it essential to carry out additional studies.

**KEYWORDS:** Aged, Heart Failure, Nutritional Assessment, Nutritional Status.

## INTRODUÇÃO

De acordo com as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2016), a proporção de idosos em 2016 representou 14,3% da população total do Brasil, o que implica em um aumento relativo de 45% quando comparado com os dados estatísticos do ano de 2005.

Simultaneamente, observa-se um aumento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT's), principalmente em pessoas com mais de 60 anos de idade, esse processo é denominado de transição epidemiológica. A maioria das DCNT's está relacionada a complicações cardiovasculares, constituindo as principais causas de internação de idosos (BRASIL - IBGE, 2014).

Diversas alterações fisiológicas, metabólicas e imunológicas são decorrentes do processo de envelhecimento. Com impacto significativo sobre o estado nutricional, que pode ser agravado tanto pela desnutrição quanto pela obesidade e suas repercussões clínicas (KIYOSE; HEMERLY, 2007; WHAM *et al*, 2011; MACHADO; COELHO, 2011)

A desnutrição é um conjunto de doenças desencadeadas por uma alimentação inadequada, associada a fatores metabólicos, orgânicos, psicossociais e medicamentosos. Sendo consequência de mudanças metabólicas e da diminuição de exercícios físicos, o que

acarreta a perda involuntária de peso e particularmente de massa magra (KAC; SICHIERY; GIGANT, 2007; SAHAKYAN *et al*, 2015).

As cardiopatias constituem a principal causa no mundo de morbidade e mortalidade em idosos. A piora do prognóstico clínico está diretamente relacionada à associação das doenças cardíacas e a outros problemas de saúde, incluindo o risco nutricional e a desnutrição (PIUVEZAM *et al*, 2015; ARIZA-SOLÉ *et al*, 2013).

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi investigar na literatura os principais métodos subjetivos de avaliação do estado nutricional em idosos cardiopatas.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão de literatura, na qual utilizou-se artigos científicos publicados em revistas indexadas em *Lilacs/Bireme*, *PubMed/Medline* e *SciELO*, com ênfase nos anos de 2014 a 2018. Os descritores utilizados foram: idoso, coração, doenças cardiovasculares, avaliação nutricional e estado nutricional, nos idiomas inglês, espanhol e português, com auxílio dos operadores booleanos “and” e “or”.

Foram excluídos os artigos que não tratavam especificamente do tema. Aqueles que apesar de terem sido publicados no período determinado pela busca, analisavam dados secundários de pesquisas realizadas há mais de 20 anos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Envelhecimento e suas repercussões metabólicas e fisiológicas

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2016, a proporção de idosos representou 14,3% da população total do Brasil. Em comparação com dados de 2005, o percentual era de 9,8%, ou seja, houve um aumento relativo de 45%. Esse acontecimento é o reflexo da redução da morbimortalidade decorrente dos avanços na medicina, bem como da queda na taxa de natalidade (BRASIL - IBGE, 2016).

No âmbito da saúde, observa-se uma transição epidemiológica, com aumento das DCNT's, cuja prevalência é maior em pessoas com mais de 60 anos de idade. A maioria dessas DCNT's está relacionada a complicações cardiovasculares, sendo que alterações no funcionamento desse sistema repercutem entre as principais causas de internação de idosos. De acordo com os indicadores da Pesquisa Nacional de Saúde, em 2013, os idosos constituíam a faixa etária de maior utilização dos serviços de saúde (BRASIL - IBGE, 2014).

Dentre os principais agravos à saúde, ressalta-se o aumento da resistência vascular periférica em idosos, com conseqüente aumento progressivo da pressão arterial média. O sistema nervoso autônomo (SNA) pode manifestar neuropatias comuns à idade e o reflexo barorreceptor é diminuído. No entanto, esse declínio da capacidade cardiovascular do organismo apresenta variações naturais entre a população acima de 60 anos, bem como

pode não existir concordância entre a idade cronológica e a biológica (KIYOSE; HEMERLY, 2007).

O processo de envelhecimento ocasiona uma série de alterações fisiológicas e metabólicas. Observa-se também menor resistência do organismo em relação a períodos de estresse. Isso porque a imunidade adaptativa humoral representada pela síntese de anticorpos e a imunidade mediada por células, tais como linfócitos B e T, diminuem a capacidade de resposta imune do organismo (KIYOSE; HEMERLY, 2007).

Não obstante, o sistema nervoso central (SNC) passa por alterações que podem refletir no aumento da taxa de depressão pós-operatória em pacientes idosos. O risco de iatrogenias pode aumentar, pois o paciente idoso é mais susceptível a complicações devido à falta de protocolo de tratamento medicamentoso e às diversas respostas do organismo aos métodos terapêuticos utilizados (KIYOSE; HEMERLY, 2007).

### **Risco nutricional e/ou desnutrição no idoso cardiopata**

O estado nutricional dos idosos é influenciado por diversos fatores, dentre eles estão os fisiológicos, psicológicos e socioeconômicos. Esses múltiplos fatores influenciam diretamente no risco de nutricional, com conseqüente desnutrição ou obesidade, dentre outras repercussões clínicas e nutricionais (WHAM *et al*, 2011; MACHADO; COELHO, 2011).

Essas alterações no estado nutricional podem agravar o estado geral do idoso, o que ocasiona fraqueza, eleva os riscos de acidentes/quedas, diminui a efetividade do sistema imunológico, aumenta a adiposidade corporal, reduz a massa magra, além de favorecer o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (MACHADO; COELHO, 2011).

A desnutrição é desencadeada pela alimentação inadequada, associada a fatores metabólicos e orgânicos. Como por exemplo o câncer, DCNT's e o uso de medicamentos, ou fatores psicossociais, como a demência e depressão (KAC; SICHIERY; GIGANT, 2007).

Em idosos, a desnutrição é uma condição frequente, em parte devido às mudanças fisiológicas que ocorrem com o avanço da idade. Essas mudanças incluem o comprometimento da percepção sensorial, que está ligada ao reconhecimento do alimento, e as alterações no controle do apetite e da saciedade. Há também a xerostomia, que dificulta a mastigação, deglutição, redução da sensibilidade à sede e o declínio da saúde bucal, pela perda dos dentes e uso de prótese dentária (KAC; SICHIERY; GIGANT, 2007).

A World Health Organization - WHO / Organização Mundial de Saúde - OMS (2018) cita outros fatores relacionados à desnutrição em idosos, tais como: acesso insuficiente a alimentos, baixa renda, desinformação e desconhecimento sobre alimentação saudável, DCNT's, uso de medicamentos, isolamento social, deficiências cognitivas, demência, deficiências físicas e o sedentarismo.

As DCNT's que mais afetam a população idosa são as doenças cardiovasculares, as neoplásicas e o diabetes *mellitus* (LOBATO *et al*, 2014). Conforme Ortolani e Goulart

(2015), no Brasil, as DCNT'S são as maiores causadoras de óbitos e morbidades na população em geral.

Lobato *et al* (2014) citam que o aumento do tecido adiposo abdominal está relacionado ao risco de doenças cardiovasculares. Sahakyan *et al* (2015) enfatizam que uma pessoa com circunferência abdominal aumentada tem 87% de chances de elevado risco de morte, comparado a uma pessoa com Índice de Massa Corporal (IMC) alto, mas sem circunferência abdominal elevada. Assim, conclui-se que o aumento da circunferência abdominal está diretamente associado ao maior risco de mortalidade por doenças cardiovasculares.

A influência da alimentação no surgimento de cardiopatias é destacada na pesquisa feita por Han *et al* (2016). Na qual, concluem que dietas com desequilíbrio ácido-base aumentam o risco de doenças cardiovasculares, independentemente de outros fatores como obesidade e diabetes *mellitus*, uma vez que aumenta a acidose metabólica crônica propiciando distúrbios metabólicos (HAN *et al*, 2016)

### Prevalência das Cardiopatias em Idosos

Nos idosos, as cardiopatias constituem a causa mais frequente de morbimortalidade no mundo. Estimativas apontam que em 2008, 40,8% dos óbitos de pessoas com mais de 60 anos são consequências das DCNT's, sendo que as doenças cardiovasculares correspondem 50% do total de doenças e agravos. Nesse grupo etário, a piora do prognóstico está intimamente relacionada à associação das cardiopatias a outros problemas de saúde, como o risco nutricional e a desnutrição (PIUVEZAM *et al*, 2015; ARIZA-SOLÉ *et al*, 2013).

Nos países desenvolvidos, o aumento da expectativa de vida tem se revelado como fator determinante para que os idosos tenham maior expressividade na composição etária da população. Assim, como a incidência de cardiopatias é maior entre a população idosa, o número de pacientes desse grupo internados em decorrência de cirurgia cardíaca também está em ascensão no mundo (ARIZA-SOLÉ *et al*, 2013).

A vulnerabilidade e a fragilidade são termos utilizados para explicitar o risco aumentado de complicações relacionadas ao estado nutricional de idosos submetidos à cirurgia cardíaca. A vulnerabilidade se deve à dependência que muitos idosos têm dos familiares. E, a fragilidade se associa ao declínio da capacidade funcional para as atividades básicas da vida diária (ABVDs), por exemplo, caminhar determinada distância (ARIZA-SOLÉ *et al*, 2013).

Há uma elevada prevalência de fragilidade entre os idosos internados em decorrência de doença isquêmica cardíaca (ARIZA-SOLÉ *et al*, 2013). Esse grupo é mais suscetível a prognósticos desfavoráveis porque geralmente apresentam comorbidades complexas, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* (DÍEZ-VILLANUEVA; ALFONSO, 2016). Além da existência da polifarmácia observada em pacientes que ingerem cinco ou mais medicamentos/dia regularmente. Desta forma, a interação medicamentosa pode

influenciar no grau de fragilidade (SILVA; SCHMIDT; SILVA, 2012).

O estudo de Uchmanowicz e Gobbens (2015), com idosos cardiopatas, relacionou a fragilidade com problemas como ansiedade e depressão. Assim, foi possível verificar que a prevalência de fragilidade estava presente em 89% dos idosos avaliados. Além disso, o declínio da saúde psicossocial também esteve intimamente associado à recidiva de hospitalizações e ao índice de mortalidade.

## Métodos Subjetivos de Avaliação do Estado Nutricional

Os diversos métodos subjetivos de avaliação do estado nutricional realizados em idosos com doença cardiovascular são imprescindíveis para a implementação de estratégias e intervenções nutricionais adequadas, dentre os quais se destacam podemos citar: NRS-2002, MUST, ASG e MNA ou MNA-SF (PAZ *et al*, 2018).

A Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN), em 2003, recomenda que seja utilizada a Triagem de Risco Nutricional / *Nutritional Risk Screening 2002*, para rastreamento inicial dos pacientes em unidades de internação. Esse método foi validado por pesquisadores da Dinamarca como ferramenta para identificar o risco nutricional em pacientes hospitalizados. Ela é utilizada como um método preditor de morbimortalidade, indicando o início da terapia nutricional mais adequada para o paciente (KONDRUP *et al*, 2003).

Para a classificação do risco nutricional, quatro perguntas são elencadas na primeira parte da NRS-2002, sendo elas: se o IMC é  $\leq 20,5\text{kg/m}^2$ ; se houve perda de peso nos últimos 3 meses; se houve redução da ingestão alimentar na última semana e qual a gravidade da doença do paciente. Devem-se considerar a perda de peso e as alterações na ingestão alimentar que ocorrem involuntariamente (KONDRUP *et al*, 2003).

A segunda parte é realizada se obtiver pelo menos uma resposta positiva identificada na primeira parte da triagem, assim, considera-se a porcentagem da perda de peso em determinado período, a adequação da ingestão alimentar em relação às necessidades nutricionais e a gravidade da doença. Dessa forma, ambas as colunas são classificadas como: ausente (pontuação 0), leve (pontuação 1), moderado (pontuação 2), grave (pontuação 3), obtendo uma pontuação total de 0 a 6. Paciente com idade igual ou superior a 70 anos, soma-se mais 1 ponto. Pacientes com escore total  $\geq 3$  são classificados como em risco nutricional (KONDRUP *et al*, 2003).

O Instrumento Universal de Triagem de Má Nutrição / *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) caracteriza-se por ser uma triagem nutricional adequada e resolutive. Trata-se de um método que pode ser aplicado em diversas situações clínicas e em vários ambientes, tais como: hospitalar, ambulatorial, domiciliar e em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e em pacientes adultos, idosos, gestantes e lactentes (FIDELIX, 2014).

O MUST é um questionário composto por três perguntas. Dentre elas, pergunta-se ao paciente sobre o IMC, perda de peso não intencional nos últimos três a seis meses,

presença de doenças agudas e diminuição da ingestão alimentar ou previsão de jejum por mais de cinco dias. Cada resposta afirmativa gera uma pontuação que é somada e verificada no escore de classificação em baixo, médio e alto risco de desnutrição. Os escores variam de 0 a 2 pontos para os subitens (BAPEN, 2010).

Posteriormente, a soma dos pontos permite a categorização dos doentes em baixo risco (0 pontos), risco médio (1 ponto) e alto risco (2 ou mais pontos), o que auxilia na elaboração dos planos de reavaliação e de cuidados nutricionais. Para cada escore encontrado, o MUST sugere condutas a serem implementadas. O MUST também tem o objetivo de identificar a obesidade. Ao final a triagem sugere um plano de ação específico de acordo com o resultado (BAPEN, 2010).

Na década de 80, a primeira versão da Avaliação Subjetiva Global (ASG), que considera dados da anamnese e do exame físico para o diagnóstico nutricional de pacientes com moderado ou alto risco cirúrgico foi introduzida. Posteriormente, o método ganhou versões adaptadas a outros contextos clínicos e grupos etários (OLIVEIRA; ROCHA; SILVA, 2008).

O questionário da ASG investiga o percentual de perda de peso nos últimos seis meses, a modificação na consistência dos alimentos ingeridos, a sintomatologia gastrointestinal persistente por mais de duas semanas e a presença de perda de gordura subcutânea e de edema. Assim, o paciente pode ser classificado nas categorias A (bem nutrido), B (suspeita de desnutrição ou moderadamente desnutrido) ou C (gravemente desnutrido) (FIDELIX, 2014).

A Mini Avaliação Nutricional (MAN) / *Mini Nutritional Assessment* (MNA) é constituída por 18 questões divididas em duas partes. A primeira parte possui seis perguntas relacionadas à avaliação da ingestão alimentar e perda de peso não intencional nos últimos três meses, mobilidade, presença ou não de estresse psicológico ou doença aguda recente, alterações neuropsicológicas e IMC. A segunda parte possui questões inerentes ao local onde o idoso reside, quais medicamentos são utilizados, presença de lesões, hábitos alimentares, medidas antropométricas, como circunferências de braço e panturrilha; autonomia para se alimentar e uma autoavaliação relativa à saúde e nutrição. Considera-se o idoso com estado nutricional adequado aquele que possui uma pontuação superior a 24, com risco nutricional entre 17 e 23,5 e desnutrido com pontuação inferior a 17 (PAZ *et al*, 2018).

Em 2001, a versão resumida da MAN, denominada Mini Avaliação Nutricional Simplificada / *Mini Nutritional Assessment Short-Form* (MNA-SF) foi desenvolvida. Trata-se de uma triagem validada para avaliação do estado nutricional de pacientes idosos. O questionário da MNA-SF é composto de seis questões, constituída por: redução da ingestão alimentar, dificuldade para mastigar ou deglutir, perda de peso, mobilidade, doença aguda, problemas neuropsicológicos, IMC ou circunferência da panturrilha. Cada item da questão tem uma pontuação, sendo o máximo de 14 pontos. Valores maiores ou iguais a 12 indicam

um estado nutricional satisfatório. Valores menores ou iguais a 11 sugerem risco de desnutrição e valores menores ou iguais a 7 indicam a desnutrição (FIDELIX, 2014).

## Estudos Conduzidos em Idosos Cardiopatas por meio dos Métodos Subjetivos

Na literatura científica, há limitações quanto à identificação de risco nutricional em pacientes com cardiopatias. Um estudo feito por Boban *et al* (2014), o qual buscou identificar o risco nutricional de pacientes em reabilitação por doenças cardiovasculares por meio da NRS-2002, concluiu-se que mais da metade dos pacientes do estudo apresentava elevado risco nutricional e que a correlação entre a avaliação antropométrica e os exames complementares, como laboratoriais e ecocardiografia, não foram significativos para justificar esse achado do estado nutricional alterado nos pacientes.

Um estudo conduzido por Yamauti *et al* (2006) no intuito de avaliar o estado nutricional de pacientes com cardiopatias, observou-se uma prevalência de 9,4% a mais de desnutrição utilizando a ASG em comparação com a avaliação antropométrica. Os autores concluíram que o instrumento ASG é mais sensível a mudanças nutricionais antes delas serem perceptíveis em medidas antropométricas.

Em estudo comparativo entre seis protocolos de avaliação nutricional, NRS-2002, MNA-SF, MUST, Ferramenta de Triagem de Desnutrição (MST), Ferramenta de Avaliação Nutricional (HH - NAT) e Escore de Risco de Desnutrição (URS), Raslan *et al* (2008) destacam que a NRS-2002 exerce especial atenção ao idoso por acrescentar 1 ponto aos pacientes com idade superior a 70 anos. Entretanto, a MNA-SF é considerada o melhor método para a avaliação nutricional de idosos, pois possui perguntas inerentes às situações que afetam a população geriátrica, como alimentação, estado físico e mental.

Guerra-Sanchez; Martinez-Rincon e Fresno-Flores (2015) ao aplicarem a MNA-SF e NRS-2002 em pacientes com insuficiência cardíaca observaram que 68,2% e 71,1% da amostra possuía risco de desnutrição, respectivamente. Os autores verificaram que a NRS-2002 possui uma sensibilidade de 95,8%, especificidade de 52,8%, valor preditivo positivo de 66,3% e valor preditivo negativo de 92,8%. Em relação à MNA-SF foram observados: sensibilidade de 96,6%, especificidade de 59,3%, valor preditivo positivo de 69,7% e valor preditivo negativo de 94,8%.

Os estudos analisados apontam que os métodos subjetivos de avaliação do estado nutricional em idosos cardiopatas são fundamentais para a detecção precoce da desnutrição e dos déficits nutricionais, contribuindo para a adequada intervenção nutricional, destacando-se a MNA ou MNA-SF. Entretanto, cabe mencionar que as diferenças metodológicas dos estudos analisados constituem uma das limitações encontradas no presente estudo, bem como a falta de um tratamento estatístico para comparação dos resultados encontrados e a heterogeneidade da amostra nos vários estudos analisados.



## CONCLUSÃO

Diante da ampla utilização dos métodos subjetivos para avaliação do estado nutricional, reitera-se a importância de aplicá-los principalmente em pacientes idosos cardiopatas. Conforme os estudos analisados, é perceptível que o uso de um ou mais dos métodos subjetivos permite o conhecimento da condição nutricional desses pacientes.

Tendo em vista as características epidemiológicas das cardiopatias no Brasil, com alta prevalência em idosos, nota-se que agilidade melhora a qualidade do tratamento nutricional oferecido durante a internação hospitalar e influem decisivamente no desfecho clínico do paciente idoso. Com isso, é possível ter maior eficácia no tratamento da desnutrição e/ou obesidade no paciente idoso hospitalizado, diminuindo o tempo de internação e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. ARIZA-SOLÉ, A. *et al.* Impact of frailty and functional status on outcomes in elderly patients with st-segment elevation myocardial infarction undergoing primary angioplasty: rationale and design of the IFFANIAM Study. **Clin Cardiol**, v. 36, n. 10, p. 565-9, oct. 2013. doi: 10.1002/clc.22182.
2. BAPEN. **Malnutrition Universal Screening Tool. Redditch, Worcs: Malnutrition Advisory Group.** 2010. Disponível em: <<http://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must/introducing-must>>. Acesso em: 07 jul. 2018.
3. BOBAN, M. *et al.* Characteristics of NRS-2002 nutritional risk screening in patients hospitalized for secondary cardiovascular prevention and rehabilitation. **J Am Coll Nutr**, v. 33, n. 6, p. 466–73, 2014. doi: 10.1080/07315724.2013.876902.
4. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação.** Rio de Janeiro: IBGE - Coordenação de Trabalho e Rendimento, 2014. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.
5. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016.** Rio de Janeiro: IBGE - Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016. p. 13. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.
6. DÍEZ-VILLANUEVA, P.; ALFONSO, F. Heart failure in the elderly. **J Geriatr Cardiol**, v. 13, n. 2, p. 115-117, feb. 2016. doi: 10.11909/j.issn.1671-5411.2016.02.009.
7. FIDELIX, M. S. P. **Manual orientativo: sistematização do cuidado de nutrição.** São Paulo: Associação Brasileira de Nutrição, 2014. Disponível em: <<https://www.asbran.org.br/storage/arquivos/PRONUTRI-SICNUT-VD.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2018.
8. GUERRA-SANCHEZ, L.; MARTINEZ-RINCON, C.; FRESNO-FLORES, M. Cribado nutricional en pacientes con insuficiencia cardiaca: análisis de 5 métodos. **Nutr Hosp**, v. 31, n. 2, p. 890- 899, feb. 2015. doi: 10.3305/nh.2015.31.2.7665.

9. HAN, E. *et al.* Association between dietary acid load and the risk of cardiovascular disease: Nationwide surveys (KNHANES 2008-2011). **Cardiovasc Diabetol**, v. 15, n. 1, p. 122, aug 2016. doi: 10.1186/s12933-016-0436-z.
10. KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D.P. (org). **Epidemiologia nutricional**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Atheneu, 2007. 580 p. ISBN 978-85-7541-320-3. *E-book*. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/rrw5w/pdf/kac-9788575413203.pdf%0Abooks.scielo.org/id/rrw5w/pdf/kac-9788575413203.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2018.
11. KIYOSE, A. T.; HEMERLY, D. F. A. Tratamento da estenose aórtica e da insuficiência mitral no idoso. **Rev. Soc. Cardiol**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 34-39, jan.-mar. 2007.
12. KONDRUP, J. *et al.* ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. **Clin Nutr.**, v. 22, n. 4, p. 415-421, aug. 2003.
13. LOBATO, T. A. A. *et al.* Indicadores antropométricos de obesidade em pacientes com infarto agudo do miocárdio. **Rev Bras Cardiol**, v. 27, n. 3, p. 203-212, maio/jun. 2014.
14. MACHADO R. S. P.; COELHO, M. A. S. C. Risk of malnutrition among Brazilian institutionalized elderly: a study with the Mini Nutritional Assessment (MNA) questionnaire. **J Nutr Health Aging**, v. 15, n. 7, p. 532-5, aug 2011. doi: 10.1007/s12603-011-0059-8.
15. OLIVEIRA, L. M. L.; ROCHA, A. P. C.; SILVA, J. M. A. Avaliação nutricional em pacientes hospitalizados: uma responsabilidade interdisciplinar. **Saber Científico**, v. 1, n. 1, p. 240-252, jan.-jun. 2008.
16. ORTOLANI, F. P. B., GOULART, R. M. M. Doenças cardiovasculares e estado nutricional no envelhecimento : produção científica sobre o tema. **Rev Kairós Gerontol**, v. 18, n. 1, p. 307-24, 2015. doi: 10.23925/2176-901X.2015v18i1p307-324.
17. PAZ, R.C. *et al.* Sugestão de protocolo clínico para idosos cardiopatas assistidos pelo sistema único de saúde. **Rev. Cient. Sena Aires**, v. 7, n. 2, p. 88-94, jul.-set. 2018.
18. PIUVEZAM, G. *et al.* Mortalidade em idosos por doenças cardiovasculares: análise comparativa de dois quinquênios. **Arq Bras Cardiol**, v. 105, n. 4, out 2015. doi: 10.5935/abc.20150096.
19. RASLAN, M. *et al.* Aplicabilidade dos métodos de triagem nutricional no paciente hospitalizado. **Rev Nutr**, v. 21, n. 5, p. 553–61, 2008.
20. SAHAKYAN, K. R. *et al.* Normal-weight central obesity: Implications for total and cardiovascular mortality. **Ann Intern Med**, v. 163, n. 11, p. 827–35, 2015. doi: 10.7326/M14-2525.
21. SILVA, R.; SCHMIDT, O. F.; SILVA, S. Polifarmácia em geriatria. Revista da AMRIGS. **Rev. AMRIGS**, v. 56, n. 2, p. 164-174, abr.-jun. 2012.
22. UCHMANOWICZ, I.; GOBBENS, R. J. J. The relationship between frailty, anxiety and depression, and health-related quality of life in elderly patients with heart failure. **Clin Interv Aging**. v. 10, p. 1595-1600, oct. 2015. doi: 10.2147/CIA.S90077. eCollection 2015.
23. WHAM, C. A. *et al.* What is associated with nutrition risk in very old age? **The Journal of Nutrition Health and Aging**, v. 15, n. 4, p. 247-51, april 2011. doi: 10.1007/s12603-010-0304-6.

24. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.**

Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2018.

25. YAMAUTI, A. K. *et al.* Avaliação subjetiva global em pacientes cardiopatas. **Arq Bras Cardiol**, v. 87, n. 6, p. 772–7, dez. 2006. doi: 10.1590/S0066-782X2006001900014.

## MORTALIDADE POR DESNUTRIÇÃO EM IDOSOS NO ESTADO DO MARANHÃO

*Data de aceite: 01/11/2021*

*Data de submissão: 13/09/2021*

### **Silvia Cristianne Nava Lopes**

Universidade Federal do Maranhão  
São Luís, Maranhão, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/9073367725386475>

### **Rafayelle Maria Campos**

Instituto Florence de Ensino Superior  
São Luís, Maranhão, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-9399-669X>

**RESUMO:** Nas últimas quatro décadas, a população brasileira vem envelhecendo de forma rápida, alterando o perfil de saúde da população. Por isso, a manutenção do estado nutricional adequado é fundamental para garantir a o equilíbrio das funções vitais. Objetivos: analisar a mortalidade por Desnutrição em idosos residentes no Estado do Maranhão, no período 2014-2018. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, de uma série temporal de quatro anos, baseado em dados secundários obtidos do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde. Foram incluídos no estudo, todos os registros de óbitos por Desnutrição de indivíduos com 60 anos de idade ou mais, de ambos os sexos, residentes no Estado do Maranhão. Resultados: os resultados do presente estudo apontam o registro de 142 óbitos de idosos por causas associadas aos aspectos metabólicos e nutricionais no período em estudo, sendo que a maior proporção de óbitos ocorreu no período

entre 2017 e 2018, envolvendo idosos do sexo masculino e com faixa etária entre 70 e 79 anos. São Luís foi o município que concentrou o maior número de ocorrências fatais. Considerações Finais: A intervenção nutricional precoce por parte dos Enfermeiros e demais profissionais da área da saúde é necessária para reduzir a frequência dos óbitos associados aos aspectos metabólicos e nutricionais em idosos. Esta intervenção precisa ser individualizada, respeitando as necessidades de nutrientes de cada idoso, considerando as doenças pré-existentes e, caso necessário, deve-se reforçar as orientações sobre a pirâmide alimentar para idosos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Desnutrição; Idoso; Mortalidade; Enfermagem.

### MORTALITY CAUSED BY MALNUTRITION IN ELDERLY PEOPLE IN THE STATE OF MARANHÃO

**ABSTRACT:** In the last four decades, the Brazilian population has been aging rapidly, changing the population's health profile. Therefore, the maintenance of adequate nutritional status is essential to ensure the balance of vital functions. Objectives: to analyze mortality due to Malnutrition in elderly people living in the State of Maranhão, in the period 2014-2018. Methodology: This is a descriptive study of a four-year time series, based on secondary data obtained from the Ministry of Health's Mortality Information System. All records of deaths due to Malnutrition of individuals aged 60 were included in the study. years of age or older, of both sexes, residing in the State of Maranhão. Results: the

results of this study indicate the record of 142 deaths of elderly people from causes associated with metabolic and nutritional aspects in the period under study, with the largest proportion of deaths occurring between 2017 and 2018, involving male elderly and with age group between 70 and 79 years. São Luís was the municipality that concentrated the highest number of fatal occurrences. Final Considerations: Early nutritional intervention by nurses and other health professionals is necessary to reduce the frequency of deaths associated with metabolic and nutritional aspects in the elderly. This intervention needs to be individualized, respecting the nutrient needs of each elderly person, considering pre-existing diseases and, if necessary, the guidelines on the food pyramid for the elderly should be reinforced.

**KEYWORDS:** Malnutrition; Old man; Mortality; Nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida, verificaram-se mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira, sobretudo nos idosos, sendo necessário obter um melhor conhecimento dos fatores de risco associados à senilidade, dentre eles, os que envolvem aspectos metabólicos e nutricionais (CAMPOLINA et. al, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), considera como idosas, as pessoas com 60 anos ou mais, se elas residem em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais se residem em países desenvolvidos. Nesse alinhamento, é possível perceber que o processo de envelhecimento é influenciado por diversos aspectos territoriais e de desenvolvimento econômico, associados a faixa etária (WHO, 1998).

O envelhecimento populacional representa um fenômeno mundial. No Brasil, o processo de envelhecimento populacional, é denominado de transição demográfica e teve início a partir da década de 1960 (CAMARANO, 2011).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre os anos 1991 e 2000, houve um aumento de 35,0% da população idosa em comparação com a população adulta no Brasil, sendo que esta última cresceu somente 14,0%. Projeta-se para 2050, um contingente de aproximadamente 64 milhões de brasileiros que terão mais de 60 anos (IBGE, 2010).

É importante destacar que o envelhecimento populacional provoca vulnerabilidades nos países em desenvolvimento como o Brasil, sendo um processo diferenciado por sexo, grupo social, cor/raça, renda familiar, localização geográfica, entre outros fatores determinantes. Nesse seguimento, os idosos residentes nas regiões mais pobres do país, representam um segmento populacional duplamente vulnerável, uma vez que convivem com a frequente negação de direitos humanos, além da insegurança alimentar e do aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (CAMPOLINA et. al, 2013).

Por isso, que o estado nutricional assume uma importante função na qualidade de vida e de saúde da população idosa, da mesma forma que a Desnutrição apresenta-

se fortemente relacionada ao aumento da incapacidade funcional, aumento no número de internações, redução da qualidade de vida, maior susceptibilidade às infecções e, conseqüentemente, ao aumento da mortalidade (SOUZA et. al, 2014).

Todavia, há uma escassez de trabalhos que abordem a temática da mortalidade por Desnutrição em idosos no Brasil. Dentre os poucos estudos existentes, podemos citar o de Otero (2001), que se propôs a comparar a situação nutricional das populações adulta jovem e de idosos na região sudeste do Brasil. O autor, demonstrou que há uma maior prevalência de magreza (ou baixo peso) em homens idosos (7,8%), que em adultos jovens (3,6%), bem como das idosas (8,4%), em comparação com as jovens (6,9%).

No que se refere a insegurança alimentar, um estudo desenvolvido por Campolina (2013) demonstrou que o distúrbio nutricional mais importante observado nos idosos é a Desnutrição Proteico Calórica (DPC), que está associada ao aumento da susceptibilidade às infecções e mortalidade, além da redução da qualidade de vida dos idosos. Entretanto, a DPC é vista, erroneamente por alguns profissionais de saúde, como parte do processo normal de envelhecimento, sendo com frequência, ignorada.

Uma das facetas da insegurança alimentar são os extremos alimentares, pois tanto o déficit, quanto o excesso de alimentação provocam prejuízos ao estado nutricional, podendo ser identificado por vários problemas como a fome, obesidade, desnutrição e outras doenças associadas à má alimentação e ainda consumo de alimentos de má qualidade (MONTEIRO et al., 2015).

A Desnutrição na população idosa é apontada como fator mais fortemente associado à mortalidade, do que o excesso de peso. Entretanto, a baixa qualidade do preenchimento dos registros representa um importante obstáculo no estudo da ocorrência e da distribuição da Desnutrição em idosos, sobretudo nas regiões menos desenvolvidas do Brasil (OTERO, 2001).

Portanto, um bom estado nutricional não depende apenas da ausência da insegurança alimentar, mas também do acesso a outras condições essenciais para uma vida saudável como moradia, abastecimento de água, condições sanitárias, acesso a serviços de saúde, educação, dentre outros, que comprometem diretamente a qualidade de vida da população, em todo seu ciclo de vida, especialmente na senilidade (HOFFMANN, 2006).

Nas últimas décadas, a população brasileira vem passando por mudanças na configuração da pirâmide demográfica devido ao processo de envelhecimento, além de grandes transformações sociais que resultaram em mudanças no seu padrão de saúde e de consumo alimentar, acarretando em Desnutrição. Este quadro é mais evidente nas populações de baixa renda, necessitando da criação de políticas públicas adequadas visando, além do alívio da miséria e da fome, a garantia de impactos positivos no desenvolvimento dos eixos da política de saúde e social às necessidades dos mesmos (TADDEI, 2011).

Nesse sentido, o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) está estreitamente

relacionado à dignidade da pessoa humana e é substancial ao aprazimento de outros direitos humanos (ALMEIDA, 2012). É de todo importante destacar a Lei nº 11.346/2009, também chamada de Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), que preconiza, conforme a seguir:

“Art. 3º - A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambientais, culturais, econômica e socialmente sustentáveis” (BRASIL, 2009, p.02).

A concretização do direito a uma alimentação adequada requer a adoção de políticas públicas que sejam sustentáveis no âmbito de produção, distribuição, acesso e no consumo de alimentos seguros e de qualidade, promovendo saúde e alimentação adequada em todos os quesitos (ABRANDH, 2013; BRASIL, 2013; BRASIL, 2014). Assim, uma alimentação adequada deve ser ajustada às condições culturais, econômicas, sociais, climáticas e ecológicas de cada indivíduo (BURLANDY, 2014).

Nesse contexto, observa-se que mesmo sem passar fome, a maioria das famílias brasileiras vivem em insegurança alimentar, haja vista que a alimentação não seja adequada no ponto de vista sanitário, nutricional ou cultural, haja vista que os recursos que são destinados à compra de alimentos, frequentemente comprometem outras necessidades básicas das famílias. Estes e outros fatores, podem levar a um quadro de vulnerabilidade alimentar e social (SEN, 2000; VALENTE, 2002).

Assim, a determinação do diagnóstico nutricional e a identificação dos fatores de risco que contribuem para a morbimortalidade nos idosos são processos complexos, porém essenciais para que o Estado possa implementar políticas públicas de intervenção específicas. A complexidade se deve à ocorrência de diversas alterações, tanto fisiológicas quanto patológicas, peculiares do próprio processo de envelhecimento, somado a outros condicionantes sociais, econômicos e de estilo de vida (Souza et. al, 2014).

Trazendo essa discussão para o contexto do Estado do Maranhão São Luís, se faz necessário o desenvolvimento de pesquisas científicas que possam nortear ações para reduzir a vulnerabilidade social da população, em especial, nas ações que reflete no perfil alimentar dos idosos, visando diminuir a mortalidade Desnutrição nesse segmento populacional.

Nesse sentido, a Enfermagem deve avançar na compreensão desta temática, para auxiliar na implementação de políticas públicas de saúde no âmbito da segurança alimentar, de modo que estas possam se tornar mais acessíveis a população idosa, modificando o cenário atual. O tema é de extrema relevância na saúde coletiva.

No que concerne aos objetivos do presente estudo, o objetivo geral foi realizar uma análise da mortalidade por desnutrição em idosos residentes no Estado do Maranhão,

no período 2014 - 2018. Os objetivos específicos foram: a) Conhecer algumas variáveis referentes aos óbitos por Desnutrição em idosos, como o sexo e faixa etária; b) Identificar a causa básica do óbito por Desnutrição nos idosos e; c) Verificar a evolução temporal dos óbitos por desnutrição em idosos nos últimos três anos, identificando padrões regionalizados de ocorrência.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um Estudo Descritivo acerca da mortalidade por desnutrição em idosos residentes no Estado do Maranhão, no período 2014-2018.

Com relação a população de estudo, esta foi constituída de idosos com faixa etária maior ou igual a 60 anos. A amostra foi selecionada a partir de dados secundários do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS). Não foi realizado o cálculo de tamanho de amostra, uma vez que foram considerados todo o universo de informações publicizadas pelo MS, no período elegido, qual seja: 2014 - 2018.

Quanto à Logística do Estudo, foram utilizadas informações por meio de dados secundários provenientes do SIM e disponibilizados na página oficial do Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis (DASNT), da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, referente ao período 2014 - 2018.

Para realizar o levantamento das causas básicas dos óbitos, em outras palavras, o diagnóstico de Desnutrição, foi utilizado a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), considerando-se o Capítulo IV da Cid-10 referentes às Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas, considerando os Códigos E40 a E46, atribuídos a Desnutrição Proteico-Calórica e R64, que se refere à Caquexia.

Também foram selecionadas duas variáveis para análise: sexo e faixa etária (60 anos ou mais). Foram excluídas da análise, os registros de óbito com erros de digitação e ausência de informações acerca do diagnóstico de Desnutrição.

No que concerne à análise dos dados, foi realizado uma análise estatística descritiva de dados secundários obtidos do SIM do MS. Os dados foram classificados e analisados para obtenção dos percentuais, com auxílio dos Programas Tab-Win, versão 4.15 do MS e Excel, versão 2016. Em seguida, foram apresentados na forma tabelar com as devidas interpretações, mediante uma análise discussão do evento abordado, qual seja, mortalidade por Desnutrição em idosos, articulando-o com a literatura pertinente, o que permite que se faça uma interface entre o objeto de estudo e os dados encontrados, funcionando como resposta para os objetivos propostos.

Vale ressaltar que o presente estudo atende às considerações éticas propostas pela Resolução n.º 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Nesse sentido, como a pesquisa envolve dados secundários de domínio público, que não identifica os seus participantes ou sujeitos da pesquisa, não necessita de aprovação por parte do Comitê de Ética em



### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados observados no presente estudo foram organizados de forma tabular e avaliados à luz da literatura. Nesse alinhamento, a Tabela 1 apresenta a distribuição dos óbitos de idosos por Desnutrição no Estado do Maranhão; a Tabela 2 discorre sobre os óbitos de idosos por Desnutrição segundo a CID-10; na Tabela 3, apresenta-se o Coeficiente de Mortalidade de idosos por Desnutrição de acordo com o sexo e; na Tabela 4 observa-se a distribuição de mortes de idosos por Desnutrição segundo a faixa etária.

<b>Capítulo CID-10: IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas / Estado do Maranhão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Alcântara	7	4,9
Axixá	1	0,7
Bacabeira	11	6,3
Cachoeira Grande	1	0,7
Morros	2	1,4
Paço do Lumiar	9	7,8
Raposa	6	4,2
Rosário	4	2,9
Santa Rita	5	3,5
São José de Ribamar	23	16,2
São Luís	73	51,4
<b>TOTAL</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

Tabela 1 - Distribuição de mortes de idosos por Problemas Relacionados à Desnutrição, no Estado do Maranhão, no período de 2014 - 2018.

Fonte: Ministério da Saúde, 2020.

De acordo com os dados consolidados na Tabela1, podemos observar uma frequência absoluta de 142 registros de óbitos em idosos, associados à Desnutrição, no Estado do Maranhão, no período de 2014 - 2018. Destaca-se que São Luís, capital do Estado do Maranhão representa o território que detém a maior concentração de óbitos, seguido dos municípios de São José de Ribamar (16,2%) e Paço do Lumiar (7,8%).

GRUPO CID10	2014		2015		2016		2017		2018		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kwashiorkor (E40)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,9	1	0,7
Marasmo Nutricional (E41)	-	-	-	-	-	-	3	6,9	4	7,5	7	4,9
Kwashiorkor Marasmático (E42)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Desnutrição Proteico-Calórica Grave não Especificada (E43)	2	14,3	2	14,3	4	22,2	7	16,3	16	30,2	31	21,8
Desnutrição Proteico-Calórica de Graus Moderado e Leve (E44)	2	14,3	1	7,1	2	11,1	1	2,3	8	15,1	14	9,9
Atraso do Desenvolvimento Devido à Desnutrição Proteico-Calórica (E45)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Desnutrição Proteico-Calórica não Especificada (E46)	10	71,4	11	78,6	12	66,7	30	69,8	24	45,3	87	61,3
Caquexia (R64)	-	-	-	-	-	-	2	4,7	-	-	2	1,4
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	<b>43</b>	<b>100,0</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

Tabela 2 - Distribuição de mortes de idosos segundo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Desnutrição, no Estado do Maranhão, no período de 2014 - 2018.

Fonte: Fonte: Ministério da Saúde, 2020.

Conforme podemos observar na Tabela 2, a distribuição dos óbitos por Desnutrição em idosos vem aumentando nos últimos quatro anos no Estado do Maranhão. Somente no ano de 2018, o número de óbitos aumentou 23,3%, em relação ao ano de 2017. Porém, o maior aumento ocorreu no ano de 2017 em relação a 2016 (138,9%). Dentre as causas básicas do óbito de idosos, a mais frequente foi a Desnutrição Proteico-Calórica não Especificada (61,3%), seguida da Desnutrição Proteico-Calórica Grave não Especificada (21,8%) e da Desnutrição Proteico-Calórica de Graus Moderado e Leve (9,9%).

Os dados obtidos no presente estudo se alinham às estatísticas nacionais. Considerando os coeficientes de mortalidade por desnutrição em idosos para as regiões brasileiras publicizados pelo SIM - DATASUS, do Ministério da Saúde no ano de 2015, observou-se uma tendência de redução no crescimento, a partir de 2010, nas regiões com maior circulação de valores e bens, quais sejam: Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Fato este que não ocorreu nas regiões Norte e Nordeste, onde a variação no período estudado é foi estimada em 16,12 a 21,08 por 100.000 habitantes. Estes dados demonstram a relevância dos Determinantes Sociais de Saúde (DDS) no processo saúde doença, sobretudo, na senilidade.

GRUPO CID10	Masculino		Feminino		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Kwashiorkor (E40)	1	,9	-	-	1	0,7
Marasmo Nutricional (E41)	5	4,8	2	5,7	7	4,9
Kwashiorkor Marasmático (E42)	-	-	-	-	-	-
Desnutrição Proteico-Calórica Grave não Especificada (E43)	24	22,4	7	20,0	31	21,8
Desnutrição Proteico-Calórica de Graus Moderado e Leve (E44)	11	10,2	3	8,6	14	9,9
Atraso do Desenvolvimento Devido à Desnutrição Proteico-Calórica (E45)	-	-	-	-	-	-
Desnutrição Proteico-Calórica não Especificada (E46)	64	59,8	23	65,7	87	61,3
Caquexia (R64)	2	1,9	-	-	2	1,4
<b>TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>142</b>	<b>100,0</b>

Tabela 3 – Coeficiente de Mortalidade de idosos segundo o sexo e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Desnutrição, no Estado do Maranhão, no período de 2014 - 2018.

Fonte: Ministério da Saúde, 2020.

De acordo com os dados consolidados na Tabela 3, verifica-se que os óbitos de idosos associados à Desnutrição, no período de 2014 - 2018 é mais frequente no sexo masculino (75,4%), quando comparado ao sexo feminino (24,6%).

Os dados obtidos no presente estudo reforçam os dados da pesquisa desenvolvida por Barros et. al (2014), cujo objetivo era identificar fatores associados à Desnutrição Proteico-Calórica nas Declarações de Óbitos (DO) ocorridas em Cuiabá - MT, no período entre 2002 e 2007.

De acordo com os autores, Desnutrição foi a terceira causa básica de óbitos de idosos da pesquisa (4,1%), sendo que os óbitos por Desnutrição ocorreram entre os idosos do sexo masculino (56,0%), em hospitais (79,3%) e na faixa etária de 60 anos ou mais (71,2%). A Desnutrição perdeu apenas para óbitos associados às neoplasias malignas (17,2%) e as doenças infecciosas (7,7%).

Também é importante destacar os dados apresentados em pesquisa desenvolvida por Segundo Rezende et al (2010), sobre a mortalidade de idosos com desnutrição no município de Belo Horizonte - MG, no período entre os anos 2000 e 2003. Nesta pesquisa, foram registrados 28.861 óbitos em idosos com 60 anos ou mais, tendo a desnutrição como causa básica em 294 declarações de óbitos. Destas, maior concentração dos casos de óbitos, ocorreu no sexo masculino (56,12%).

GRUPO CID10	69-69 anos		70-79 anos		80 anos ou mais		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kwashiorkor (E40)	-	-	-	-	01	10,0	01	0,7
Marasmo Nutricional (E41)	-	-	-	-	07	70,0	07	4,9
Kwashiorkor Marasmático (E42)	-	-	-	-	-	-	-	-
Desnutrição Proteico-Calórica Grave não Especificada (E43)	13	26,6	18	21,7	-	-	31	21,8
Desnutrição Proteico-Calórica de Graus Moderado e Leve (E44)	05	10,2	09	10,8	-	-	14	9,9
Atraso do Desenvolvimento Devido à Desnutrição Proteico-Calórica (E45)	-	-	-	-	-	-	-	-
Desnutrição Proteico-Calórica não Especificada (E46)	31	63,2	54	65,1	02	20,0	87	61,3
Caquexia (R64)	-	-	02	2,4	-	-	02	1,4
<b>TOTAL</b>	49	100,0	83	100,0	10	100,0	142	100,0

Tabela 4 – Distribuição de mortes de idosos segundo a idade e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Desnutrição, no Estado do Maranhão, no período de 2014 - 2018.

Fonte: Fonte: Ministério da Saúde, 2020.

Podemos observar na Tabela 4 que os óbitos associados à Desnutrição, no período de 2014 - 2018 é mais frequente nos idosos que apresentam faixa etária entre 70 e 79 anos (58,5%), quando comparado as faixas etárias entre 60 e 69 anos (34,4%) e de 80 anos ou mais (7,1%).

Os dados obtidos no presente estudo corroboram com os dados dispostos na pesquisa desenvolvida por Pereira, Spyrides e Andrade (2016), no qual, observou-se uma relação diretamente proporcional entre o baixo peso com o avançar da idade, indicando que idosos mais longevos, com faixa etária entre 70 e 80 anos ou mais, apresentaram as maiores prevalências de déficit nutricional (46,4%), quando comparados aos idosos mais jovens, com faixa etária entre 60 e 69 anos (16,6%).

É importante destacar um estudo clássico multicêntrico realizado no Brasil no ano de 2001, denominado IBRANUTRI. Neste, observou-se que a incidência da desnutrição aumenta com a idade e representa um fator de risco para morbimortalidade. Segundo dados da pesquisa, 48,1% de aproximadamente 4.000 pacientes idosos internados em vários hospitais brasileiros estavam desnutridos. Destes, 12,5% idosos foram classificados como desnutridos graves. Os idosos desnutridos graves eram os mais velhos e aqueles que apresentavam menor peso corporal quando comparados aos demais pacientes em estudo.

Para Segundo Roach (2010), a mortalidade associada a Desnutrição em idosos não é um fenômeno recente no Brasil e com o avanço da idade e da fragilidade, o idoso

possui maior risco de apresentar problemas nutricionais, pois o envelhecimento diminui a capacidade de ingerir, digerir, absorver, e metabolizar os nutrientes do alimento.

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo demonstram que, no período de 2014 - 2018, foram registrados 142 óbitos de idosos associados à Desnutrição no Estado do Maranhão. Dentre as causas básicas do óbito de idosos, a mais frequente foi a Desnutrição Proteico-Calórica não Especificada (61,3%), seguida da Desnutrição Proteico-Calórica Grave não Especificada (21,8%) e da Desnutrição Proteico-Calórica de Graus Moderado e Leve (9,9%). Além disso, os óbitos de idosos associados à Desnutrição foram mais frequentes no sexo masculino (75,4%), quando comparado ao sexo feminino (24,6%) e em idosos que apresentavam faixa etária entre 70 e 79 anos (58,5%).

O presente estudo, apontou alguns dados alarmantes que caberá esclarecer no futuro. Há tendência de aumento dos óbitos por Desnutrição na senilidade, na medida em que cresce a esperança de vida e mantêm-se as desigualdades e o baixo impacto das atuais Políticas Públicas de Segurança Alimentar? Qual o impacto dos custos dos alimentos na renda familiar e na mortalidade por Desnutrição em idosos, ao longo do tempo?

Nesse alinhamento, cabe ao Enfermeiro e demais profissionais da área da saúde uma maior vigilância na Avaliação do Estado Nutricional dos pacientes idosos, bem como da associação de terapia nutricional nos casos necessários, o que poderá contribuir na redução da morbimortalidade por Desnutrição em idosos.

## REFERÊNCIAS

ABRANDH, **Ação brasileira pela nutrição e direitos humanos**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://ses.sp.bvs.br/lis/resource/23380#.XRTQ3VVKjIU>>. Acesso em 11 ago. 2021.

ALMEIDA, D. L. **Alimentação adequada como direito fundamental: desafios para garantir a efetivação**. Revista Internacional de Direito e Cidadania/Instituto Estudos Direito e Cidadania, v.5, n.14, 2012.

BARROS, C.R.O. et al. **Desnutrição proteico-calórica como causa concomitante de morte em declarações de óbito**. Coorte - Revista Científica do Hospital Santa Rosa, v.4, n.1, p. 9-15, 2014.

BRASIL, **Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2009**. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. Brasília- DF, 2013. Disponível em: <<http://aps.saude.gov.br/politicas/pnan>>. Acesso em 12 jul. 2021.

\_\_\_\_\_, **Educação alimentar e nutricional: uma estratégia para a promoção do direito humano à alimentação adequada**. Ideias na Mesa, Brasília, 2014. Disponível em: < [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3215313/mod\\_resource/content/1/Curso\\_Educa%C3%A7%C3%A3oAlimentarNutricional\\_Ideiasna%20Mesa.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3215313/mod_resource/content/1/Curso_Educa%C3%A7%C3%A3oAlimentarNutricional_Ideiasna%20Mesa.pdf)>. Acesso em 15 jul. 2021.

BURLANDY L. **Transferência condicionada de renda e segurança alimentar e nutricional.** Rev. Ciência e Saúde Coletiva, v.19, n.5, p.1347-1357, 2014.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência.** 2011. Disponível em: <[http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com\\_k2&view=item&layout=item&id=58&Itemid=76&idrev=8](http://www.coletiva.org/site/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=58&Itemid=76&idrev=8)> Acesso em: 10 ago. 2021.

CAMPOLINA, A.G.; ADAMI, F.; SANTOS, J.L.F.; LEBRÃO, M.L. **A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas.** Rev. Caderno de Saúde Pública 2013, v.29, n.1, p.1217-29.

DATASUS. Sistema de Informações de Saúde (TABNET). **Dados mortalidade em idosos por desnutrição.** [ONLINE], 2015. Disponível em< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10ms.def>>. Acesso em: 04 set. 2021.

HOFFMANN, R. **Transferência de renda e a redução da desigualdade no Brasil e cinco regiões entre 1997 e 2004.** Econômica, v. 8, n.1, p.55–81, 2006.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [ONLINE]. Disponível em: [www.cidades.ibge.gov.br/](http://www.cidades.ibge.gov.br/). (2010). Acesso em 09 de ago. 2021.

\_\_\_\_\_, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa suplementar de segurança alimentar PNAD 2013. A percepção das famílias em relação ao acesso aos alimentos.** Rio de Janeiro, 2014.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Região Metropolitana da Grande São Luís** [Internet]. Disponível em: < [https://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/141125\\_atlas\\_sao\\_luis](https://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livros/141125_atlas_sao_luis)>. Acesso em 02 set. 2021.

MONTEIRO, C.A. et al. **Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil.** São Paulo, 2015. Disponível em: [http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v49/pt\\_0034-8910-rsp-S0034-89102015049006132.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049006132.pdf). Acesso em: 02 set. 2021.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **CID-10 classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.** 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

OTERO, U.B. **Estudo da Mortalidade por Desnutrição em Idosos na Região Sudeste do Brasil, 1980-1997.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001, 113 f.

PEREIRA, I. F.S.; SPYRIDES, M.H.C.; ANDRADE, L.M.B. **Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível.** Rev. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.32, n.5, p.1-12, mai. 2016.

REZENDE, E.M. et al. **Mortalidade de idosos com desnutrição em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: uma análise multidimensional sob o enfoque de causas múltiplas de morte.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1109-1121. jun. 2010.

ROACH, S. **Promovendo a saúde fisiológica.** Enfermagem na Saúde do Idoso. Rio de Janeiro. Ed Guanabara, 2010.

SECID-MA, Secretaria das Cidades e Desenvolvimento Urbano do Estado do Maranhão. Secretaria Adjunta de Assuntos Metropolitanos. **Etapas do plano diretor de desenvolvimento integrado: sobre as etapas do PDDI e a Região Metropolitana da Grande São Luís.** [Internet]. 2018. Disponível em: <<http://www.secid.ma.gov.br/pddi/rmgsl/>>. Acesso em 15 ago. 2021.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SOUZA, K.T.; MESQUITA, L.A.S.; PEREIRA, L.A.; AZEREDO, C.M. **Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia – MG, Brasil.** Rev. Ciência e Saúde Coletiva 2014, v.19, n.1, p.3513-20.

TADDEI J.A.A.C. LANG, R.M.L. LONGO, R.S. TOLONI, M.H.A. **Nutrição em saúde pública.** Rio De Janeiro: Editora Rúbio, 2011.

VALENTE, F.L.S. **Do combate à fome à insegurança alimentar e nutricional: o direito à alimentação adequada.** Rev. Nutri. Puccamp, v. 10, n.1, p. 20-36, jan.-jun., 2002.

WAITZBERG, D.L.; CAIAFFA, W.T.; CORREIA, M.I. **Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients.** Nutrition. v. 17, n.7-8, p. 573-80, 2001.

WHO, World Health Organization. **Growing Older. Staying well. Ageing and Physical Activity in Everyday Life.** Genebra, 1998.

## EMPRESA DO POLO PETROQUÍMICO DE TRIUNFO: PERFIL DOS TRABALHADORES HIPERTENSOS

Data de aceite: 01/11/2021

### Rochelly Gomes Hahn

Serviço Social da Indústria (SESI)  
Esteio - RS  
<http://lattes.cnpq.br/7203701152056634>

### Terezinha de Fátima Gorreis

Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Porto Alegre - RS  
<http://lattes.cnpq.br/5389546488481447>

### Rozemy Magda Vieira Gonçalves

Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Porto Alegre - RS  
<http://lattes.cnpq.br/1888461328023374>

**RESUMO:** Este estudo objetivou traçar o perfil dos trabalhadores hipertensos de uma empresa do Polo Petroquímico de Triunfo, identificando os fatores de risco associados à hipertensão arterial. Estudo transversal com abordagem retrospectiva quantitativa, realizado nos prontuários de 82 trabalhadores portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. Para a verificação de associação significativa entre as variáveis, utilizou-se o teste de associação de Fisher, e o *software* utilizado para a análise estatística foi o SPSS versão 13.0. Evidenciou-se trabalhadores hipertensos, sendo 93,90% do sexo masculino; 51,21% na faixa etária entre 41 e 50 anos; a ocupação com mais registros de hipertensos foi de Operadores Petroquímicos, com 28,04%; 51,21% apresenta histórico familiar de doenças cardiovasculares de hipertensão; 48,78% são obesos; e 100% estressados. Tais resultados reafirmam a importância do enfermeiro

do trabalho como profissional habilitado para desenvolver e executar programas de avaliação da saúde do trabalhador, atuando de maneira a prevenir, proteger e controlar doenças de maior incidência, resultando em melhor aproveitamento do funcionário dentro da instituição e diminuindo o absenteísmo relacionado aos agravos da hipertensão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão Arterial Sistêmica. Saúde do Trabalhador. Enfermagem do Trabalho.

### COMPANY TRIUNFO PETROCHEMICAL COMPLEX: WORKER PROFILE HIPERTENSIVE

**ABSTRACT:** The objective of this research was to trace the profile of the employees with the hypertension disease of a company from Triunfo's Petrochemical Facility, identifying the risk factors related to arterial hypertension. A cross-sectional research through approach of a quantitative retrospective, based on 82 medical records of the employees with the Hypertension Arterial Systemic disease. To verify the relevant association between the variables, was utilized the Fisher's test of association, the software used to find statistics analysis was the SPSS version 13.0. The result found that hypertension employees were 93,90% male gender, 51,21% with age group between 41 and 50 years old, 28,04% of the petrochemical workers have the occupation that had the biggest number of hypertension registries, 51,21% shows a historic familiar of hypertension, 48,78% are obese and 100% are stressed. These results confirm the significance of the workplace nurse qualified to



develop and execute evaluation programs of the employees' health, acting in a preventively way, protecting and controlling the diseases with more records, resulting in a better using of the employees inside the institution and lowering the absenteeism according to Hypertension grievance.

**KEYWORDS:** Hypertension Arterial Systemic. Employees' health. Nursing Job.

## 1 | INTRODUÇÃO

Empresas públicas e privadas com empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (BRASIL, 1943) devem manter Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 1978). O SESMT deve ser composto por Médico do Trabalho (MT), Engenheiro de Segurança do Trabalho (EST), Técnico de Segurança do Trabalho (TST), Enfermeiro do Trabalho (ET) e Auxiliar ou Técnico em Enfermagem do Trabalho (TET) e seu dimensionamento de recursos humanos vincula-se à graduação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 1978).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda promover e manter o mais alto grau possível de saúde dos trabalhadores, entre outras providências, educar empregados e empregadores no cumprimento de suas obrigações, no que diz respeito à proteção e promoção da saúde (BULHÕES, 1986).

A enfermagem do trabalho é uma especialidade da saúde pública que se caracteriza por conjunto de ações educativo-assistenciais, visando interferir no processo trabalho-saúde-adoecimento no sentido de promover, proteger e recuperar a saúde do trabalhador no seu ambiente de trabalho, frente aos agravos aos quais se encontra exposto (MORAES, 2008).

Inserido no contexto da promoção e prevenção da saúde está o papel do enfermeiro do trabalho, que desenvolve e executa programas de avaliação da saúde do trabalhador, controle de doenças de maior incidência e vigilância epidemiológica dos trabalhadores (PACHECO, 2012). Este profissional exerce um papel fundamental nas organizações, pois além de manter a vigilância constante, executar cuidados primários, orientar, promover, proteger e prevenir agravos à saúde, administra o ambulatório e gerencia pessoas, garantindo qualidade, investigação e colaboração com a equipe de saúde e segurança no trabalho (MORAES, 2008).

No Brasil existem mais de 30 milhões de hipertensos, portanto a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença frequentemente encontrada em muitos trabalhadores. Quando a hipertensão não é controlada, torna-se um fator de risco para o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e infarto do miocárdio. Embora outros fatores de risco como tabagismo, colesterol elevado, diabetes, obesidade, estresse e sedentarismo sejam também importantes causas das doenças cardiovasculares, a hipertensão destaca-se entre todos

(ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2014), sendo a responsável por 40% das mortes por AVC e 25% das mortes por doença arterial coronariana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A duração da jornada de trabalho também tem sido identificada como um potencial fator de risco para doenças cardiovasculares (TENKANEN; SJÖBLOM; HÄRMÄ, 1998). Segundo o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), cerca de 40% das aposentadorias precoces ocorrem devido a HAS e suas complicações, sendo a terceira causa de invalidez, além de aumentar o absenteísmo, que representa altos custos médicos e socioeconômicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

Toda a equipe multiprofissional de saúde tem papel fundamental na promoção da saúde e prevenção da HAS, especialmente enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e educadores físicos, agindo de forma interdisciplinar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Como uma das autoras desta pesquisa atua neste contexto, principalmente na prevenção dos agravos à saúde e doenças, decidiu-se pesquisar sobre a HAS, doença que pode causar a morte e impossibilitar os indivíduos de exercerem suas atividades laborais. Ao traçar o perfil dos trabalhadores hipertensos dentro da empresa, é possível implementar ações com foco na qualidade de vida e proteção da saúde destes indivíduos.

Partindo-se das reflexões apresentadas e da relação direta que os agravos desta doença podem refletir no trabalho desses indivíduos, questiona-se o percentual de hipertensos que trabalham em uma indústria química de termoplásticos no estado do Rio Grande do Sul (RS). Desta forma, delineou-se como objetivo para este estudo conhecer o perfil dos trabalhadores hipertensos de uma empresa do Polo Petroquímico de Triunfo (RS), identificando os fatores de risco associados à hipertensão arterial.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com abordagem retrospectiva quantitativa. O campo de ação foi o Serviço de Saúde Ocupacional de uma empresa do Polo Petroquímico de Triunfo (RS).

Considerou-se como população deste estudo as 676 avaliações cardiológicas realizadas nos trabalhadores da empresa. Estas avaliações foram realizadas individualmente, pelo médico cardiologista da empresa do setor de Saúde Ocupacional. O exame cardiológico é composto pelas seguintes etapas: exames laboratoriais, anamnese, exame físico e eletrocardiograma de esforço. Ao término da avaliação, o médico emite o resultado com informações sobre a saúde cardiovascular do trabalhador, entre elas: o diagnóstico prévio de HAS, informação obtida durante a anamnese.

Para selecionar os trabalhadores da amostra, adotaram-se os seguintes critérios: estar no Programa de Avaliações Cardiológicas; ter mais de 40 anos; ser operador petroquímico e/ou brigadista; e funcionários treinados para atuar em combate a incêndios em caso de emergência. Os critérios de exclusão foram: trabalhadores maiores de 40

anos; operadores petroquímicos e brigadistas que não possuíam HAS como patologia de diagnóstico prévio. A amostra constituiu-se de 82 trabalhadores que atendiam aos critérios de inclusão.

Os dados deste estudo foram coletados no Programa de Avaliações Cardiológicas existente no Serviço de Saúde Ocupacional da empresa, relativas às avaliações cardiológicas realizadas no período de julho a novembro de 2018. A coleta de dados realizou-se por meio do acesso a um sistema eletrônico informatizado, onde se encontram os relatórios das avaliações cardiológicas. Por meio de uma filtragem no sistema, gerou-se uma lista com o nome dos trabalhadores hipertensos que participavam do programa. A partir desta lista, realizou-se busca ativa nos prontuários, utilizando-se o formulário de avaliações cardiológicas para obter as variáveis relativas à idade, sexo, ocupação, histórico familiar de doenças cardiovasculares, Índice de Massa Corporal (IMC), sedentarismo, tabagismo e estresse. Para classificar o estresse do trabalhador, o médico utiliza os seguintes critérios: nenhuma tensão ou muito relaxado (0); tensão moderada (1); tensão elevada (2); e muito tenso, nervoso (3) (COOPER, 1982).

Os dados coletados foram digitados em planilha no Microsoft Excel elaborada pela pesquisadora, com as variáveis obtidas nos prontuários. O banco de dados foi analisado através de percentuais simples, mediana dos valores entre máxima e mínima e desvio padrão. Para a análise das variáveis relacionadas à faixa etária, foram utilizados recortes de 10 anos com o intuito de se observar mais facilmente as tendências. Para a verificação de associação significativa entre as variáveis, foi utilizado o teste de associação de Fisher. Para as análises dos resultados, o nível de significância máximo assumido foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ) e o *software* utilizado para a análise estatística foi o SPSS versão 13.0. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e apresentados em tabelas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA Canoas) sob número CAEE 24638914.0.0000.5349, e da autorização dos gestores responsáveis pela área de SSMA da empresa.

### 3 | RESULTADOS

Os 82 prontuários analisados referentes aos trabalhadores com HAS examinados permitiram traçar o perfil da amostra estudada, conforme apresenta a Tabela 1.

Verificou-se uma amostra composta por 77 (93,90%) trabalhadores do sexo masculino com idade média de 48,46 anos, variando entre 32 e 61 anos, com desvio padrão de 6,32, considerando a mediana de 48 anos. A faixa etária mais concentrada está entre 41 e 50 anos, com 42 (51,21%) trabalhadores. Quanto à ocupação, identificou-se o maior índice de hipertensos nos Operadores Petroquímicos (OP), sendo 23 (28,04%); e suas subcategorias de OP Sênior com 13 (15,85%) e OP Especialista com 7 (8,53%).

Variável	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	77	93,90%
Feminino	5	6,09%
<b>Idade</b>		
Até 40 anos	9	10,97%
De 41 a 50 anos	42	51,21%
Mais de 50 anos	37	37,8%
<b>Ocupação</b>		
Analista Administrativo	5	6,09%
Analista de Laboratório	1	1,21%
Assistente Administrativo	1	1,21%
Coordenador de Investimentos	1	1,21%
Coordenador de Produção	1	1,21%
Engenheiro	4	4,87%
Gerente de Processos Petroquímicos	1	1,21%
Operador Petroquímico	23	28,04%
Operador Petroquímico Especialista	7	8,53%
Operador Petroquímico Pleno	1	1,21%
Operador Petroquímico Sênior	13	15,85%
Químico	2	2,43%
Responsável Operação Industrial	6	7,31%
Supplay	1	1,21%
Técnico Elétrico	1	1,21%
Técnico em Manutenção	1	1,21%
Técnico em Segurança	1	1,21%
Técnico Especialista em Manutenção	1	1,21%
Técnico Laboratório	1	1,21%
Técnico Sênior Ensaque	2	2,43%
Técnico Sênior Investimentos	6	7,31%
Técnico Sênior Laboratório de Qualidade	2	2,43%
<b>Histórico Familiar de Doenças Cardiovasculares</b>		
Sim	40	51,21%
Não	40	48,78%
<b>Índice de Massa Corporal (IMC)</b>		
Baixo peso (<18,5)	0	0%
Peso normal (18,5 a 24,9)	8	9,75%
Sobrepeso (25,0 a 29,9)	34	41,46%
Obeso (≥30,0)	40	48,78%
<b>Sedentarismo</b>		
Sim	36	43,90%
Não	46	56,09%
<b>Tabagismo</b>		
Sim	4	4,87%
Não	78	95,12%
<b>Estresse</b>		
Nível 1	74	90,24%
Nível 2	7	8,53%
Nível 3	1	1,21%

Tabela 1 - Perfil dos trabalhadores hipertensos, 2018

Fonte: elaborada pelas autoras

Observou-se que 42 (51,21%) trabalhadores possuíam fator hereditário para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Com relação ao IMC, verificou-se que somente 8 (9,75%) trabalhadores hipertensos são eutróficos, 40 (48,78%) são obesos e 46 (56,09%) não são sedentários. A maioria, 78 (95,12%), não fuma. Quanto ao estresse, observou-se que 100% da amostra apresenta algum nível de estresse, sendo o nível de maior prevalência entre os indivíduos pesquisados, totalizando 74 (90,24%).

Variável	IMC						p
	Peso normal		Pré-obeso		Obesidade		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sedentarismo</b>							
Não	6	75,0	17	50,0	23	57,5	0,412
Sim	2	25,0	17	50,0	17	42,5	
<b>Estresse</b>							
Grau 1	8	100,0	33	97,1	33	82,5	0,249
Grau 2	0	0,0	1	2,9	6	15,0	
Grau 3	0	0,0	0	0,0	1	2,5	
<b>Tabagismo</b>							
Não	7	87,5	32	94,1	39	97,5	0,504
Sim	1	12,5	2	5,9	1	2,5	
<b>Histórico familiar</b>							
Não	4	50,0	16	47,1	20	50,0	0,966
Sim	4	50,0	18	52,9	20	50,0	

Tabela 2 - Correlação entre fatores de risco associados à HAS e o IMC, 2018

Fonte: elaborada pelas autoras

Através dos resultados do teste de associação de Fisher, verifica-se que não há associação significativa destas variáveis com o IMC. Entretanto chama atenção o fato da maioria dos trabalhadores não serem sedentários (56,09%), mas apresentarem o IMC de sobrepeso (50%) e obesos (57,5%).

Os fatores de risco também foram cruzados de acordo com a jornada de trabalho dos funcionários. A carga horária está relacionada à atividade ocupacional exercida, os responsáveis pela operação industrial, Operadores Petroquímicos e suas subcategorias trabalham por turnos alternados, as demais ocupações laboram em horário administrativo.

Através dos resultados do teste de associação de Fisher, verifica-se que não há associação significativa destas variáveis com a carga horária de trabalho, porém o maior número de pré-obesos (42,0%) e obesos (50,0%) são em funcionários de turno.

Variável	Função				p
	ADM		Turno		
	n	%	n	%	
<b>IMC</b>					
Peso normal	4	12,5	4	8,0	0,801
Pré-obeso	13	40,6	21	42,0	
Obesidade	15	46,9	25	50,0	
<b>Sedentarismo</b>					
Não	15	46,9	31	62,0	0,254
Sim	17	53,1	19	38,0	
<b>Estresse</b>					
Nível 1	30	93,8	44	88,0	0,133
Nível 2	1	3,1	6	12,0	
Nível 3	1	3,1	0	0,0	

Tabela 3 - Cruzamento dos fatores de risco associados à carga horária de trabalho dos funcionários hipertensos, 2018

Fonte: elaborada pelas autoras

## 4 | DISCUSSÃO

Ao analisar o perfil dos trabalhadores participantes desta pesquisa, constatou-se que a prevalência de HAS é maior entre os homens, com 93,9% dos casos, entretanto deve-se considerar que a maioria dos trabalhadores desta empresa é do gênero masculino. Na população brasileira, a prevalência no sexo masculino, com 26,9%, é discretamente maior em relação ao sexo feminino, com 21,3% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007). Uma revisão sistemática de 44 estudos, publicadas entre 2003 a 2008, realizados em 35 países, revelou uma prevalência global de HAS em 37,8% dos homens e 32,1% em mulheres (PEREIRA et al., 2009).

Com relação à faixa etária, sabe-se que existe uma relação direta e linear da pressão arterial com a idade, ou seja, a prevalência tende a aumentar conforme aumenta a idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007; PEREIRA et al., 2009). Entre os indivíduos da pesquisa, a concentração de hipertensos foi maior na faixa etária a partir dos 40 anos. Este achado vai ao encontro do MS (2006), que afirma existir predomínio de HAS na população acima desta idade. Ainda há evidências de que, no Brasil, 35% da população acima dos 40 anos sofrem dessa doença, sendo 23,9% a partir dos 18 anos (Ibid.).

Sobre a ocupação dos trabalhadores, evidenciou-se como atividade ocupacional mais acometida de HAS a de Operadores Petroquímicos, com 28,04% da amostra; somando-se com as demais subcategorias de OP Sênior e Pleno, totalizando 52,42%. A Lei nº 5.811/1972 (BRASIL, 1972) regulamenta o regime de trabalho dos empregados nas atividades de indústria petroquímica, e sempre que for imprescindível à continuidade operacional, o empregado deverá ser mantido em seu posto de trabalho em regime de revezamento (Ibid.). Este é o caso da amostra estudada, todos os indivíduos empregados nesta atividade trabalham sob regime de turno por revezamento. Os trabalhadores

que laboram por turno têm grande possibilidade de desenvolver hábitos alimentares comprometedores a saúde, com excesso de gorduras, sal e reduzida ingestão de potássio, colaborando para o aumento de peso e o risco de desenvolver HAS (SFREDDO, 2009). Este fato foi evidenciado nesta pesquisa, onde os trabalhadores representam o maior número de pré-obesos (42%) e obesos (50%).

Em relação à hereditariedade para doenças vasculares, como infarto agudo do miocárdio, morte súbita, AVC, HAS e diabetes mellitus, 51,21% dos trabalhadores possuem familiares de primeiro grau com alguma dessas patologias. Este fato também foi identificado em outro estudo, onde o fator de risco relacionado à hereditariedade estava presente em 59,4% dos pesquisados (MARTINS et al., 2009). A história familiar positiva para HAS é usualmente encontrada em pacientes hipertensos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), portanto quem tem o pai ou a mãe com HAS tem 30% de chances de se tornar hipertenso, e se a herança é bilateral, o risco aumenta para até 50% (ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2014). Um terço dos fatores envolvidos na fisiopatogênese da HAS podem ser atribuídos a fatores genéticos (SILVA; SOUZA, 2004).

Com relação ao IMC, pessoas que apresentam sobrepeso ou obesidade têm seis vezes mais chances de apresentar hipertensão do que indivíduos não obesos (LOTUFO, 2000). Na pesquisa observou-se que 40 trabalhadores (48,78%), ou seja, a maioria da população, é obesa. A prevalência de excesso de peso em hipertensos também foi observada em outros estudos, em um deles, 23% dos indivíduos se encontravam com IMC acima de 25kg/m<sup>2</sup>, em outro, 69,23%, evidenciando a correlação deste fator de risco com a HAS (YAMADA; LORENTZ; PRUDENTE, 2007).

Referente ao sedentarismo, pouco mais da metade (56,09%) dos trabalhadores não são sedentários. Estes foram classificados de acordo com as recomendações da American Heart Association (AHA), que classifica como sedentário o indivíduo que não pratica nenhuma atividade física por no mínimo 30 minutos, quatro dias da semana. Estudo realizado em São Paulo apontou que 89% dos hipertensos eram sedentários (PIERIN et al., 2001). Sabe-se atualmente que o exercício físico ajuda na redução da pressão arterial (PA) (NOGUEIRA et al, 2012), além de sua função preventiva, a prática regular de atividades físicas é recomendada como agente terapêutico para várias enfermidades, dentre elas o diabetes tipo 2 e a HAS (BASTOS, 2006).

Quanto ao tabagismo, evidenciou-se que 95,12% dos trabalhadores não fumam, contrariando outros estudos onde o índice de fumantes se sobrepõe aos não fumantes em 60,5% dos indivíduos (SAMPAIO, 2009). Em outra pesquisa, o hábito de fumar foi referido por 25% dos hipertensos (PIERIN et al., 2001). O fumo atua no sistema cardiovascular, elevando a frequência cardíaca e a pressão arterial; após fumar um cigarro ocorre uma contração aguda e efêmera das artérias com conseqüente elevação pressórica (ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2014; SANTOS; LIMA, 2008).

O estresse contribui para um grande número de enfermidades, tanto de ordem

psíquica como orgânica, e nesta se enquadra a HAS (FONSECA et al., 2009). 100% dos trabalhadores desta pesquisa foi classificado com algum nível de estresse, através da autopercepção dos mesmos referente ao seu estado tensional diário. Sendo 90,24% de trabalhadores hipertensos classificados em nível um, ou seja, vivenciam tensão moderada diariamente. Esta classificação de estresse é realizada na avaliação cardiológica, baseando-se em uma única referência bibliográfica (COOPER, 1982), porém há evidências de que o estresse, independentemente do nível de tensão, afeta diretamente os valores pressóricos.

Em outros estudos, o estresse também foi observado na maioria dos indivíduos. Em um deles, 82,4% dos indivíduos estressados também eram hipertensos (CANTOS et al., 2004); no outro, 63,8% das pessoas entrevistadas se consideravam estressadas (SAMPAIO, 2009). O sistema nervoso foi um dos primeiros mecanismos associados à elevação da pressão, portanto uma hiperativação desse complexo sistema, seja pelo estresse psicossocial, seja por fatores genéticos individuais, está entre as causas do aparecimento e da manutenção da hipertensão (ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2014).

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu traçar o perfil dos trabalhadores hipertensos em uma empresa do Polo Petroquímico de Triunfo, no Rio Grande do Sul. Evidenciou-se que os trabalhadores são predominantemente do sexo masculino, com faixa etária mais prevalente entre 41 e 50 anos. A ocupação que mais apresentou hipertensos foi a de Operadores Petroquímicos. Mais da metade da amostra apresenta histórico familiar de doenças cardiovasculares; não são sedentários, porém encontram-se em sobrepeso e estressados.

Alguns fatores de risco identificados são considerados modificáveis, tais como: sedentarismo, obesidade, estresse e tabagismo. Estes fatores também são encontrados em outros estudos, o que comprova a correlação da HAS com estilo de vida dos indivíduos.

Traçar o perfil dos trabalhadores deve ser realizado pelo enfermeiro do trabalho, profissional responsável pelo cuidado de seus trabalhadores. Constatou-se que, apesar de não existir obrigatoriedade de contratação de um enfermeiro para o quantitativo de empregados, a presença deste profissional se justifica pelas ações que está habilitado a desenvolver frente à prevenção e promoção da saúde.

Como alguns fatores de risco encontrados são modificáveis, o enfermeiro do trabalho tem autonomia para elaborar estratégias com foco na promoção e prevenção destes fatores de risco, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores hipertensos. Ações assertivas resultam em melhor aproveitamento do funcionário dentro da instituição e diminuem o absenteísmo relacionado aos agravos da hipertensão. Os resultados do estudo poderão servir como subsídio para a elaboração de um plano de ação voltado à atenção à saúde dos trabalhadores hipertensos.

Entende-se ainda que a temática relacionada à enfermagem do trabalho necessita



de novos olhares e estudos específicos para atender às questões da saúde do trabalhador, visto que é uma área pouco explorada. Assim como outras patologias devem ser estudadas pelo enfermeiro do trabalho, para planejamento de ações que visem a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores.

## REFERÊNCIAS

BASTOS, J. P. **Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes**. 2006. 87 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, 2006. Disponível em: <<http://guaiaca.ufpel.edu.br:8080/handle/123456789/1975>>.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Rio de Janeiro, 1943. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm)>.

BRASIL. **Lei nº 5.811, de 11 de outubro de 1972**. Dispõe sobre o regime de trabalho dos empregados nas atividades de exploração, perfuração, produção e refinação de petróleo, industrialização do xisto, indústria petroquímica e transporte de petróleo e seus derivados por meio de dutos. Brasília, 1972. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1970-1979/l5811.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/l5811.htm)>.

BULHÕES, I. B. **Enfermagem do Trabalho**. Rio de Janeiro: Ideas; 1986.

CANTOS, G. A.; DUARTE, M. F. S.; DUTRA, R. L.; SILVA, C. S. M. Prevalência de fatores de risco de doença arterial coronária em funcionários de hospital universitário e sua correlação com estresse psicológico. **Jornal Brasileiro de Patologia Medicina Laboratorial**, [s. l.], v. 40, n. 4, p. 240-247, ago. 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1676-24442004000400006>>.

COOPER, K. H. **O programa aeróbico para o bem-estar total**. São Paulo: Nórdica, 1982.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria de Saúde. Cinco perguntas e respostas mais comuns sobre a inimiga silenciosa. **Saúde Notícias**. 30 abr. 2014. Disponível em: <<http://www.rj.gov.br/web/ses/exibeconteudo?article-id=2054154>>. Acesso em: 20 set. 2021.

FONSECA, F. C. A.; COELHO, R. Z.; NICOLATO, R.; MALLOY-DINIZ, L. F.; SILVA-FILHO, H. C. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s. l.], v. 58, n. 2, p. 128-134, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000200011>>.

LOTUFO, P. A. O aumento da obesidade no Brasil: Prevendo um novo pico de mortalidade cardiovascular. **Medical Journal**, [s. l.], v. 118, n. 6, p. 161-162, out. 2000.

MARTINS, L. C. G.; GUEDES, N. G.; TEIXEIRA, I. X.; LOPES, M. V. O.; ARAÚJO, T. L. Nível de atividade física em portadores de pressão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 17, n. 4, ago. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000400005>>.

MINISTÉRIO DO TRABALHO (MTB). **Portaria MTB nº 3.214, de 8 de junho de 1978**. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília, 1978. Disponível em: <<https://www legisweb.com.br/legislacao/?id=181059>>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Doenças cardiovasculares no Brasil, Sistema Único de Saúde:** dados epidemiológicos e assistência médica. Brasília: MS, 1993. p. 9-35.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: MS, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15. Série A. Normas e Manuais Técnicos, p. 1-51).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília: MS, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

MORAES, M. V. G. **Enfermagem do trabalho:** programas, procedimentos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Látia; 2008.

NOGUEIRA, I. C.; SANTOS, Z. M. S. A.; MONT'ALVERNE, D. G. B.; MARTINS, A. B. T.; MAGALHÃES, C. B. A. Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 587-601, set. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000300019>>.

PACHECO, F. G. L. **A enfermagem do trabalho na promoção da saúde e prevenção da HAS em trabalhadores da indústria de siderurgia.** 2012. Dissertação - Faculdade Redentor, Volta Redonda (RJ), 2012.

PEREIRA, M.; LUNET, N.; AZEVEDO, A.; BARROS, H. As diferenças na prevalência, conhecimento, tratamento e controle da hipertensão entre países em desenvolvimento e desenvolvidos. **J Hypertens**. [s. l.], v. 27, n. 5, p. 963-975, 2009.

PIERIN, M. G.; MION JÚNIOR, D.; FUKUSHIMA, J. T.; PINTO, A. R.; KAMINAGA, M. M. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 35, n. 1, p. 11-8, mar. 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342001000100003>>.

SAMPAIO, A. S. **Ecossistema da hipertensão: a vivência de mulheres negras no Rio de Janeiro.** 2009. 129 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica-Psicossomática) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15838>>.

SANTOS, Z. M. S. A. S.; LIMA, H. P. L. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 90-97, mar. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000100010>>. Acesso em: 20 set. 2021.

SFREDDO, C. C. F. **Influência do turno de trabalho noturno sobre a pressão arterial e prevalência de hipertensão em equipe de enfermagem de hospital de grande porte.** 2009. 66 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, S. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s. l.], v. 6, n. 3, 2004. Disponível em: <Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. Revista Eletrônica de Enfermagem>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s. l.], v. 89, n. 3, set. 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0066-782X2007001500012>>.

TENKANEN, L.; SJÖBLOM, T.; HÄRMÄ, M. Efeito conjunto do trabalho por turnos e fatores adversos do estilo de vida sobre o risco de doença cardíaca coronária. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, [s. l.], v. 24, n. 5, p. 351-357, out. 1998.

YAMADA, E. F.; LORENTZ, A. A.; PRUDENTE, L. G. Correlação entre índices antropométricos em hipertensos. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 7, 2007, São José dos Campos (SP). **Anais [...]**. São José dos Campos, SP: UNIVAP, 2007. Disponível em: <[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2007/trabalhos/saude/inic/INICG00917\\_01O.pdf](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2007/trabalhos/saude/inic/INICG00917_01O.pdf)>.

## INSEGURIDAD SOBRE EL EMPLEO EN UN GRUPO DE TRABAJADORES MUNICIPALES

*Data de aceite:* 01/11/2021

*Data de submissão:* 25/08/2021

### **Zully Shirley Díaz Alay**

Licenciada en Enfermería, Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local  
Profesora de la Carrera de Enfermería –  
Universidad Estatal Península de Santa Elena  
La Libertad – Santa Elena - Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0001-7471-3415>

### **Jeffry John Pavajeau Hernández**

Médico, Magíster en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local  
Profesor de la Carrera de Enfermería –  
Universidad Estatal Península de Santa Elena  
La Libertad – Santa Elena - Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0001-5269-8074>

### **Yanelis Suárez Angerí**

Licenciada en Enfermería, Máster en Urgencias Médicas  
Profesora de la Carrera de Enfermería –  
Universidad Estatal Península de Santa Elena  
La Libertad – Santa Elena - Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0003-1626-8063>

### **César Eubelio Figueroa Pico**

Licenciado en Enfermería, Doctor en Salud Pública  
Profesor de la Carrera de Enfermería –  
Universidad Estatal Península de Santa Elena  
La Libertad – Santa Elena - Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0002-6238-3348>

### **Silvia María Castillo Morocho**

Licenciada en Enfermería, Doctora en Salud Pública  
Enfermera Coordinadora – Clínica San Francisco  
Guayaquil – Guayas - Ecuador  
<https://orcid.org/0000-0002-6312-5201>

**RESUMEN:** La inseguridad laboral es considerada desde una perspectiva global como uno de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo, que inciden de manera significativa en el rendimiento laboral. El objetivo del presente estudio consistió en evaluar el nivel de inseguridad sobre el empleo en los trabajadores del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón La Libertad. La investigación fue de tipo descriptiva, cuantitativa y transversal; el universo poblacional estuvo conformado por 683 trabajadores y la muestra evaluada fue de 314 empleados obtenida mediante un muestreo aleatorio simple aplicando un 95% de nivel de confiabilidad con un 4% de margen de error. Se empleó el instrumento CoPsoQ-istas21, evaluando de forma exclusiva la dimensión inseguridad en el empleo y su interacción con características definidas por el instrumento. Los resultados reflejaron en la unidad de análisis antigüedad, que los trabajadores de 2 a 5 años de antigüedad, presenta mayor grado de inseguridad laboral con un porcentaje de 69,81%; según la edad, los más jóvenes son los afectados con cifras que bordean el 72,62%; la unidad de análisis horario confirmó que en el personal con jornadas de turno fijo durante la noche aumenta

la inseguridad laboral con cifras que cercanas al 99,9% de casos, además se corroboró que en los sujetos con relación laboral por obra y tarea la inseguridad sobre el empleo fue más alta que en el resto de empleados en cifras que alcanzan el 99,9%. Se concluyó que la inseguridad laboral está determinada de manera primordial por el tipo de relación contractual y la jornada laboral del trabajador, hecho que propone un mayor grado de intervención hacia la esfera mental del trabajador.

**PALABRAS CLAVE:** Empleo; Enfermería del Trabajo; Riesgos Laborales; Rendimiento Laboral.

## INSECURITY ABOUT EMPLOYMENT IN A GROUP OF MUNICIPAL WORKERS

**ABSTRACT:** Job insecurity is considered from a global perspective as one of the psychosocial risk factors at work, which has a significant impact on job performance. The objective of this study was to evaluate the level of job insecurity among the workers of the Decentralized Autonomous Municipal Government of the Canton of La Libertad. The research was descriptive, quantitative and transversal; The universe of the study population was made up of 683 workers and the evaluated sample was 314 employees obtained through a simple random sample applying a confidence level of 95% with a margin of error of 4%. The CoPsoQ-istas21 instrument was used, exclusively evaluating the dimension of job insecurity and its interaction with the characteristics defined by the instrument. The results reflect in the unit of analysis of seniority, that workers from 2 to 5 years old, present a higher degree of job insecurity with a percentage of 69.81%; according to age, the youngest are affected with figures that are around 72.62%; The unit of time analysis confirmed that in the personnel with fixed shifts during the night, job insecurity increases with figures that are close to 99.9% of the cases, it was also found that in the subjects labor relationship by job and task in insecurity in occupation it was higher than the rest of employees in figures that reached 99.9%. It was concluded that job insecurity is determined mainly by the type of contractual relationship and the worker's working hours, which suggests a greater degree of intervention in the worker's mental sphere.

**KEYWORDS:** Employment; Occupational Health Nursing; Occupational Risks; Work Performance.

## 1 | INTRODUCCIÓN

La salud ocupacional actualmente denominada como seguridad y salud en el trabajo es definida como la disciplina que se encarga del promocionar y conservar un nivel óptimo de bienestar biopsicosocial de los trabajadores cualquiera que sea su profesión u ocupación rescatando estrategias como la prevención de riesgos y condiciones subestándar, la adaptación del trabajo a las personas y de forma adicional la conciliación del trabajador con sus puestos de trabajo (HENAQ ROBLEDO, 2015).

En el presente, la salud ocupacional es uno de los campos de la salud pública poco explorados por el personal médico y de enfermería en el contexto local, todo ello debido a la existencia de políticas frágiles que no cristalizan de forma significativa el hecho

que la situación de vida y de bienestar en el ambiente laboral, va en un ritmo diferente al producido durante otras instancias de la vida en las cuales el individuo no realiza actividades productivas ya sean a cuenta propia o ajena (VERA-ROMERO; FAILOC-ROJAS; VERA-ROMERO, 2015).

Dentro de los parámetros que utiliza la salud ocupacional para el análisis de las condiciones del trabajador y su abordaje holístico, se ha planteado la como método base la evaluación de la triada ecológica, la misma que propone la interacción de tres elementos como factores determinantes de la dinámica salud-enfermedad en el contexto laboral, destacando al trabajador – agente – ambiente; aunque la triada ecológica es un método óptimo para el análisis de la problemática en salud de la clase asalariada, presenta diversas limitaciones a la hora de dilucidar la existencia de agentes poco objetivables, entre ellos la multiplicidad de componentes que generan alteraciones en la ámbito psicológico y social del sujeto (VILLARREAL et al., 2017).

Si por una parte, los accidentes laborales y enfermedades ocupacionales constituyen un importante grupo de afecciones que pueden generar en el trabajador un déficit en el desempeño de sus tareas dentro del ambiente laboral, existe otro tipo de alteraciones pertenecientes a la esfera psicosocial del individuo, que aunque en un principio eran pormenorizadas en el análisis de los empleados, en la actualidad han tomado significancia debido a sus múltiples repercusiones en el rendimiento y productividad de las empresas (URIBE PRADO, 2016) .

A la luz de la salud ocupacional, los determinantes antes descritos a son conocidos como factores de riesgo psicosocial y se definen como todo tipo de condicionantes que entra en juego durante la interacción del sujeto, sus competencia y necesidades en función al contenido, el desarrollo, la organización del trabajo y demás elementos ambientales, insertando en ello aspectos conductuales y actitudinales; este nuevo grupo de elementos no son nada nuevos en la generación de alteraciones en la salud del trabajador, solo que se encontraban tras bambalinas del amplio y multicéntrico de escenario de las condiciones que enfrenta el trabajador durante su cotidiano (INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, 2018).

Los factores de riesgo psicosocial poco a poco han incidido en la vida del ser humano convirtiéndose en un factor potencial para la ocurrencia de entidades como la hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares que en el contexto actual repuntan en los perfiles epidemiológicos de los países en vías de desarrollo; además, otros problemas de salud derivan de estos factores de riesgo entre ellos afecciones endocrinas, gastrointestinales, dermatológicas e inmunológicas, sin contar el hecho que este tipo de condiciones puede despertar en el trabajador conductas adictivas (CORREAL, 2017).

Aunque en el Ecuador existen múltiples instrumentos legales vinculados con la seguridad y salud de los trabajadores, entre ellos el acuerdo ministerial MDT-2017-0082 de 19 de septiembre de 2017, el mismo que aclara la responsabilidad de las instituciones

empleadoras a realizar análisis frecuentes de la salud psicosocial de los empleados, estas por un lado están muy lejos de cumplirse como un deber priorizado por las empresas y por otro lado en el contexto práctico y metodológico se encuentran mucho más distantes de convertirse en un instrumento que vigile de manera integral ciertos factores con alto grado de complejidad como la inseguridad laboral, entre otros (JARAMILLO INTRIAGO, 2018).

Dentro de los principales factores de riesgo psicosocial, se pueden destacar algunos vinculados con aspectos propios del papel que desempeña el sujeto en su trabajo, como por ejemplo, el rol en la organización, las relaciones interpersonales y el grado de participación laboral del empleado; otros a su vez están enfocados con aspectos más organizativos, entre ellos, el entorno y equipamiento del ambiente de trabajo, la cultura organizativa, el contenido del trabajo, la carga y ritmo laboral y el horario laboral. el último grupo de factores psicosociales distingue aspectos vinculados con la trascendencia del trabajador rescatando entre estos el desarrollo personal y la conciliación entre los contextos laborales y extralaborales de la vida (RENTERÍA PÉREZ, 2019).

El desarrollo personal y en nivel e compensación que percibe cada uno de los trabajadores, se ve vinculado de forma directa con la estabilidad que le ofrece su entorno ocupacional, ya que el trabajo no solo gira alrededor de la consecución de objetivos institucionales, sino que a la par del desarrollo empresarial, el hombre genera su propia satisfacción y gracias a la garantía remunerativa derivada del cumplimiento de sus labores el empleado, cimenta las bases para forjar su futuro individual y el de su núcleo social y familiar (LUNA-CHÁVEZ; ANAYA-VELASCO; RAMÍREZ-LIRA, 2019).

En contraparte a la situación antes descrita, la inseguridad laboral (IL), ha cobrado relevancia en los últimos años, debido a que, bajo la óptica de las investigaciones actuales de la psicología del trabajo, se ha catalogado este factor como uno de los más enfáticos en la generación de problemas en los empleados los cuales crean efectos que sobrepasan la barrera de lo laboral hasta constituirse en elementos que pueden llegar a influir en inestabilidad en el espacio familiar, aislamiento, depresión, estrés y en el peor de los casos, influir en la somatización de su malestar en alguna zona corporal transformándose en una aflicción física (VULKAN, 2012)

La Inseguridad laboral ha sido analizada por diferentes estudios en el contexto local para el análisis de la problemática psicosocial de los trabajadores y entre ellas destaca la realizada por Duarte et al. (2019), el mismo que corroboró que entre los factores de riesgo que denotan un alto riesgo en la clase laboral tanto obrera como administrativa, preponderan todas las vinculadas con la dimensión compensaciones en cifras que alcanzan el 75% de la población analizada lo que de alguna forma identifica a la inseguridad laboral como un verdadero problema para la salud del trabajador.

Los trabajadores de cabildo y de manera específica del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón La Libertad, debido a las condiciones propias del trabajo, se encuentran sujetos a regímenes laborales y contractuales que en diversa forma

moldean su vida cotidiana y de forma directa actúan como condicionantes de su bienestar incluyendo sin duda alguna el equilibrio en su esfera mental; es de suma importancia acotar que en el contexto concreto de esta municipalidad al momento del análisis, no se contaba con un estudio conexo que identificara alteraciones a este nivel en sus usuarios internos, lo que dificultaba en sobremanera la intervención de los trabajadores en pro del mejoramiento continuo.

Partiendo de los antecedentes descritos, la investigación en curso se propuso como objetivo principal, evaluar el nivel de inseguridad sobre el empleo en los trabajadores del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón La Libertad, con la finalidad de crear una línea de base sólida en para el análisis de aspectos globales de la salud ocupacional y de forma específica generar un aporte como punto de ignición para futuras intervenciones que logren incidir de forma sustancial en la problemática identificada.

## 2 | METODOLOGÍA

El presente estudio se realizó bajo el diseño no experimental o también denominado observacional, la misma que no manipula el proceder de los acontecimientos de forma deliberada, sino que el investigador adopta el rol de un espectador documentando la dinámica de las variables analizadas; cabe destacar que para este estudio se utilizó la tipología transeccional, debido a que la información se recolectó en un periodo de tiempo determinado y en una sola ocasión, convirtiendo a sus resultados en una especie de fotografía instantánea del comportamiento de las variables al momento del estudio, sin reflejar su comportamiento en el pasado o futuro (HERNÁNDEZ ESCOBAR et al., 2018).

Fue de índole descriptiva debido a que se propuso la medición de niveles de incidencia de una o más variable de forma independiente sin inferir relaciones entre ellas definiendo sus características propias; en el caso particular de la presente investigación se evaluó la variable inseguridad sobre el empleo teniendo como unidades de análisis aspectos como la edad del trabajador, antigüedad, horario de trabajo y tipo de relación laboral (BERNAL TORRES, 2010).

El universo de la investigación estuvo conformado por 683 trabajadores del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón La Libertad incluidos obreros, personal administrativo y jefes departamentales en nómina; la muestra evaluada fue de 314 empleados obtenida mediante un muestreo aleatorio simple aplicando la fórmula para poblaciones finitas tomando en cuenta como parámetros específicos un 95% de nivel de confiabilidad con un 4% de margen de error (GUTIÉRREZ ROJAS, 2016).

La técnica empleada fue la encuesta la cual permite obtener datos objetivos y mesurables; para el caso particular de la presente investigación se aplicó el instrumento denominado CoPsoQ-istas21, evaluando de forma exclusiva la dimensión de exposición catalogada como inseguridad sobre el empleo para la cual se tomó como base la teoría



general del estrés, integrando de forma particular el modelo de la inseguridad planteado por Ferrie; aunque el instrumento consta de 109 ítems en su mayoría tipo Likert, para el análisis de la dimensión se tomó en cuenta de forma directa dos de ellos los cuales permitieron identificar el nivel de inseguridad sobre el empleo. La tabulación de datos se desarrolló a través del programa informático propio del método ISTAS21, que generó ayudas gráficas por terciles etiquetado por colores que van desde el tono verde para condiciones menos desfavorables, amarillo para condiciones intermedias y el rojo para condiciones más desfavorables (FERNÁNDEZ GARCÍA, 2013).

### 3 | RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al realizar en análisis gráfico de la dimensión inseguridad sobre el empleo de la población de trabajadores estudiada se logró determinar que en concordancia con lo reflejado en la figura 1, la cual destaca la unidad de análisis antigüedad, se corroboró que el grupo de empleados que presenta condiciones más desfavorables traducidas en un mayor nivel de inseguridad sobre el empleo son los que poseen laboran entre 2 a 5 años en la municipalidad con cifras que alcanzan el 72.62%, seguido muy de cerca por los empleados de entre 6 meses y 2 años de antigüedad; esta realidad contrasta con el grupo de asalariados con menos de 30 días en labores, en los cuales se reflejó condiciones menos desfavorables y un menor nivel de inseguridad sobre el empleo en el 50% de encuestados.

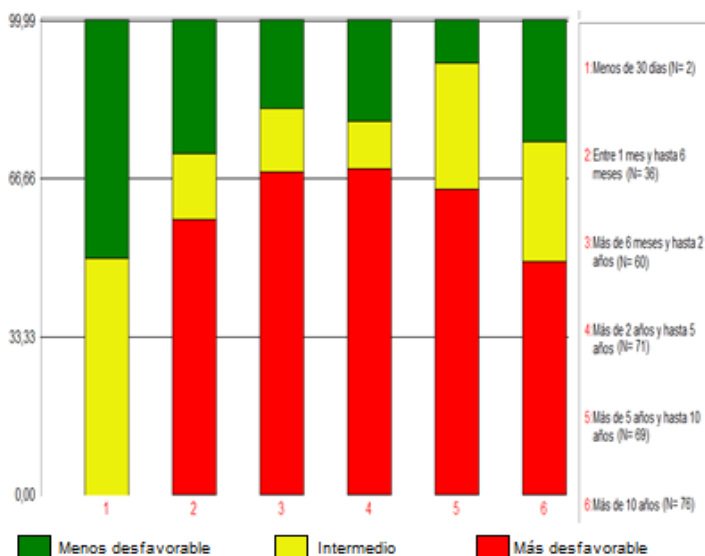


Figura 1. Análisis porcentual por terciles del nivel de inseguridad sobre el empleo, según antigüedad; empleados del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón La Libertad, 2018. Generado desde el sistema informático del método Istat21 versión 2.

La realidad antes analizada refleja una problemática mayor a la analizada por Montenegro Carrillo (2017), en una la empresa municipal del cantón Santo Domingo – Ecuador, en donde las cifras con condiciones más desfavorables solo representaron el 61,2%, tomando en cuenta que el análisis realizado en este contexto no analizó de forma específica la unidad antigüedad.

También se analizó en la figura 2, la variable en relación la unidad de análisis edad del empleado, para lo cual se determinó que el colectivo de trabajadores que presentan condiciones más desfavorables y por ende presentan un grado mayor de inseguridad sobre el empleo, fueron aquellos encasillados en el rango de menores de 31 años de edad, debido a que esta dimensión se constituye en un problema para el 72,62% de la población, en contraparte los rangos comprendidos entre 31 a 45 años y mayores de 45 años, solo reflejaron niveles de inseguridad laboral en el 50% de los casos.

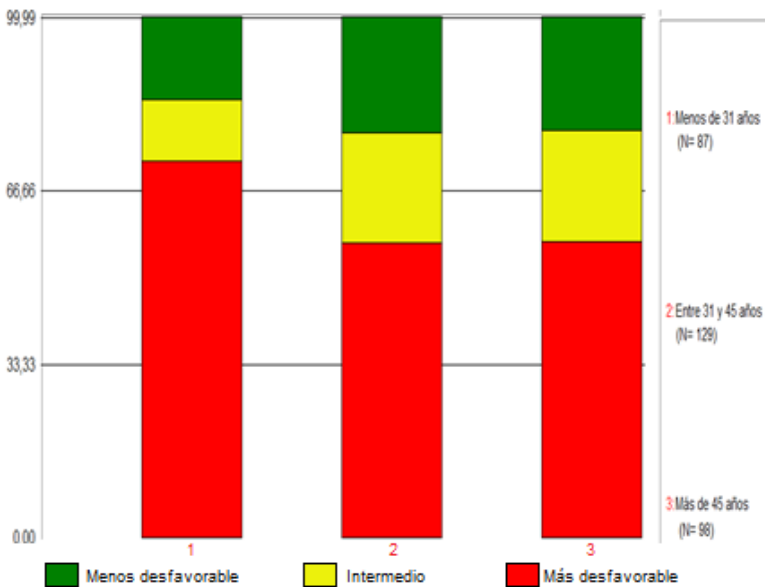


Figura 2. Análisis porcentual por terciles del nivel de inseguridad sobre el empleo, según edad; empleados del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón La Libertad, 2018. Generado desde el sistema informático del método Istas21 versión 2.

La resultante de esta dimensión, discrepa con lo ocurrido en la investigación generada por Veloz Velástegui (2015), la misma que en su análisis de trabajadores municipales con similares características en la municipalidad de Palestina-Ecuador, encontró condiciones desfavorables en la inseguridad sobre el empleo solo en el 29.2% de empleados, cifras muy lejanas a las alcanzadas en la población analizada en el contexto local.

De la misma forma se corroboró en la figura 3, que bajo la perspectiva de la unidad de análisis conocida como horario laboral, el conjunto de asalariados que presentaron

condiciones más desfavorables en la inseguridad sobre el empleo, fueron los pertenecientes a la categoría turno fijo de noche en los cuales las cifras alcanzaron un 100% de afectados, seguido muy de cerca por el personal con turnos rotativos excepto el de la noche, en los que se constató un alto nivel de inseguridad laboral con valores porcentuales cercanos al 85% de sujetos en condiciones más desfavorables; es importante indicar que el grupo que presentó menor nivel de condiciones desfavorables fue el de turnos rotativos incluido la noche.

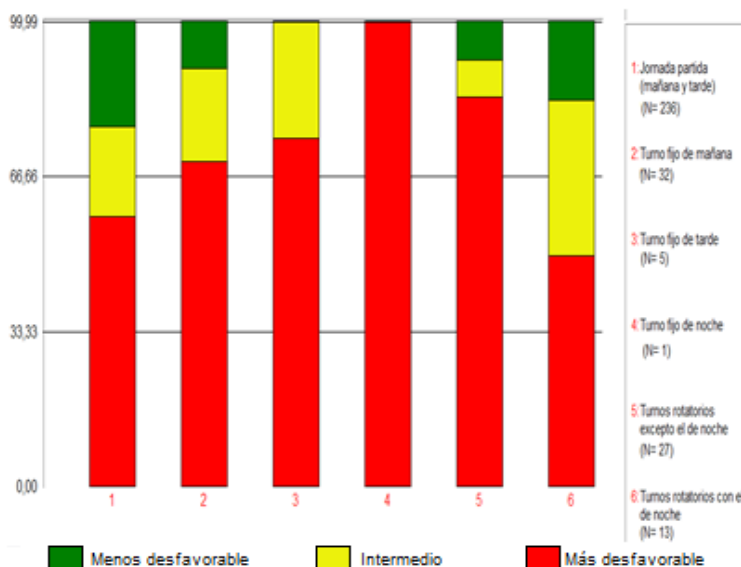


Figura 3. Análisis porcentual por terciles del nivel de inseguridad sobre el empleo, según horario laboral; empleados del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón la Libertad, 2018. Generado desde el sistema informático del método Istat21 versión 2.

En investigaciones en el contexto local, no se logró determinar el análisis de la variables en función a la unidad horario laboral, pero de forma general, al hacer una semblanza con el estudio generado por Cevallos Guevara (2020), en una empresa pública municipal con características análogas, se evidenciaron grandes discrepancias, debido a que en este grupo de asalariados municipales la inseguridad sobre el empleo se presentó condiciones más desfavorables en cerca del 55.2% de sujetos.

Asimismo, en la figura 4, se examinó el comportamiento de la variable en correspondencia con la unidad de análisis relación laboral, para lo cual se comprobó que los sujetos que poseen una relación contractual por obra cierta o tarea presentan condiciones más desfavorables en relación a la inseguridad sobre el empleo en cifras que alcanzan el 100% de sujetos, a los que le siguen los trabajadores que se encuentran laborando por contrato ocasional en los cuales esta condición esta presente en más de las dos terceras

partes de sujetos encuestados; caso contrario se confirmó en los sujetos contratados por destajo en los cuales no se evidenciaron condiciones desfavorables relacionadas con la inseguridad sobre el empleo.

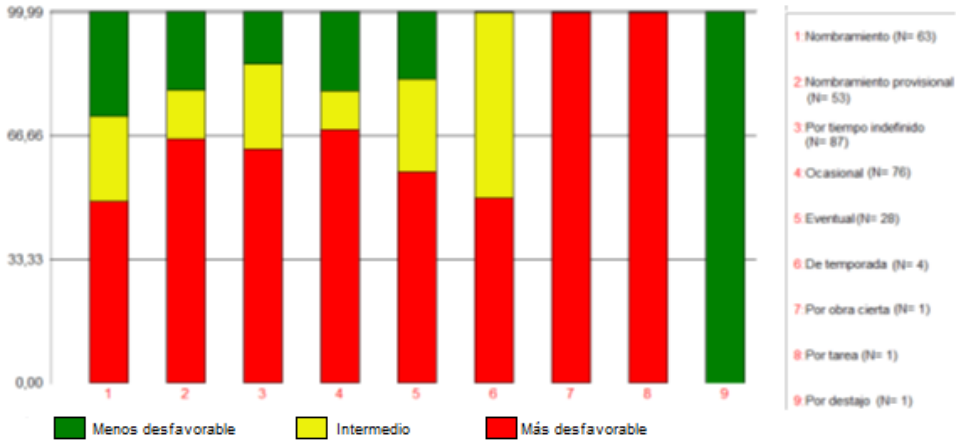


Figura 4. Análisis porcentual por terciles del nivel de inseguridad sobre el empleo, según relación laboral; empleados del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón la Libertad, 2018. Generado desde el sistema informático del método Istat21 versión 2.

Al correlacionar los resultados del presente estudio con la investigación realizada por Morán Chóez (2014), en la empleados municipales de la ciudad de Guayaquil, se notó que las condiciones más desfavorables de forma global fueron cercanas al 53% hecho que aunque por debajo de la situación evidenciada en el ámbito local, identifica a la inseguridad sobre el empleo como uno de los condicionantes de la salud psicosocial con un nivel de afectación presente en más de la mitad de la clase laboral de los gobiernos autónomos descentralizados municipales en el Ecuador.

#### 4 | CONCLUSIONES

Es posible concluir de manera general, que existe un grado de vulnerabilidad considerable ante la inseguridad sobre el empleo en los asalariados que ejecutan sus actividades dentro del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón La Libertad, considerando de manera específica que los empleados de entre 2 a 5 años de antigüedad, en el rango de edad menor de 31 años, en horarios de turnos fijos nocturnos y con relación laboral por tarea u obra cierta son los que presentan condiciones más desfavorables.

Además, es pertinente indicar que la única forma de mejorar las condiciones desfavorables que atentan contra la salud psicosocial de empleado, implica el accionar conjunto entre la alta gerencia y los trabajadores, por lo que se requiere de forma concomitante

la realización de estudios longitudinales con el propósito de conocer a fondo los factores psicosociales más afectados en las asalariados que encaminen el diseño de estrategias de intervención que logren incidir de forma sustancial la problemática identificada.

## REFERENCIAS

BERNAL TORRES, C. **Metodología de la investigación: administración, economía, humanidades y ciencias sociales**. 3. ed. Bogotá: Pearson Educación S.A. 2010, 2010.

CEVALLOS GUEVARA, N. L. **Factores de riesgos psicosociales en la Empresa Pública Metropolitana de Gestión Integral de Residuos Sólidos EMGIRS-EP**. Pregrado—Quito: Universidad Central del Ecuador, 2020.

CORREAL, M. **Fundamentos de Psicología**. Medellín: Fundación Universitaria del Área Andina, 2017.

DUARTE, O. et al. **Riesgos psicosociales: ¿Una realidad en una empresa de salud?** Revista Científica “Conecta Libertad” ISSN 2661-6904, v. 3, n. 3, p. 12–21, 27 dez. 2019.

FERNÁNDEZ GARCÍA, R. **La productividad y el riesgo psicosocial o derivado de la organización del trabajo**. Alicante: Editorial Club Universitario, 2013.

GUTIÉRREZ ROJAS, H. A. **Estrategias de muestreo: Diseño de encuestas y estimación de parámetros**. Medellín: Ediciones de la U, 2016. v. 1

HENAO ROBLEDO, F. **Codificación en salud ocupacional**. 2. ed. Bogotá: Ecoe Ediciones, 2015.

HERNÁNDEZ ESCOBAR, A. A. et al. **Metodología de la investigación científica**. Alicante: Editorial Científica 3Ciencias, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. **El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo: una visión general**. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2018. Disponible em: <<https://www.insst.es/documents/94886/538970/El+efecto+sobre+la+salud+de+los+riesgos+psicosociales+en+el+trabajo+una+visi%C3%B3n+general.pdf/7b79def3-88be-4653-8b0e-7518ef66f518>>.

JARAMILLO INTRIAGO, F. E. **Los riesgos psicosociales en el Derecho del Trabajo**: USFQ Law Review, v. 5, n. 1, p. 100–117, 2018.

LUNA-CHÁVEZ, E. A.; ANAYA-VELASCO, A.; RAMÍREZ-LIRA, E. **Diagnóstico de las percepciones de los factores de riesgo psicosociales en el trabajo del personal de una industria manufacturera**. Estudos de Psicologia (Campinas), v. 36, n. e1801482019, 2019.

MONTENEGRO CARRILLO, D. R. **Valoración de factores de riesgo psicosociales en los trabajadores de la empresa pública municipal de rastro y plazas de ganado de santo domingo” Epmrpg-Sd” y su relación en el rendimiento laboral, propuesta de un manual de gestión**. Maestría—Latacunga: Universidad Técnica de Cotopaxi, 2017.

MORÁN CHÓEZ, E. P. **Análisis de los riesgos laborales psicosociales a los trabajadores del Camal Municipal del Gobierno Autónomo Descentralizado de Guayaquil**. Thesis—Guayaquil: Universidad de Guayaquil, 16 dez. 2014.

RENTERÍA PÉREZ, E. **Psicología(s) organizacional(es) y del (de los) trabajo(s): Coexistencia de realidades e implicaciones disciplinares y para las personas. Una re-introducción.** 1. ed. Cali: Programa Editorial UNIVALLE, 2019.

URIBE PRADO, J. F. **Psicología del trabajo: Un entorno de factores psicosociales saludables para la productividad.** 1. ed. México DF: El Manual Moderno, 2016.

VELOZ VELÁSTEGUI, G. E. **Estudio del clima organizacional y su relación con los factores psicosociales en el Gobierno Autónomo Descentralizado (GAD) del Cantón Palestina.** 2015. Maestría—Guayaquil: Universidad de Guayaquil, 2015.

VERA-ROMERO, Ó. E.; FAILOC-ROJAS, V. E.; VERA-ROMERO, F. M. **Rol y condiciones estratégicas del médico dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional.** Medicina y Seguridad del Trabajo, v. 61, n. 238, p. 34–44, 2015.

VILLARREAL, J. A. et al. **La tríada salud - trabajo - ambiente y su impacto en los trabajadores.** Salud de los Trabajadores, v. 25, n. 2, p. 147–155, 2017.

VULKAN, P. **La inseguridad del mercado de trabajo: los efectos de la inseguridad en el trabajo, el empleo y los ingresos en el bienestar mental de los empleados.** Revista Internacional de Organizaciones, v. 1, n. 9, 2012.

## SEGURANÇA DO TRABALHO: ACIDENTES COM INSTRUMENTOS PERFUROCORCORTANTES EM PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM

*Data de aceite: 01/11/2021*

*Data de submissão: 10/08/2021*

### **Sara da Conceição Cajazeira**

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória, EMESCAM  
Vitória- Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/3086033468700831>

### **Marcos Vinicius Pereira Leal**

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória, EMESCAM  
Vila Velha- Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/6103597694795018>

### **João Vitor Nascimento Palaoro**

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória, EMESCAM  
Cariacica- Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/0988980778420684>

### **Marianna Tamara Nunes Lopes**

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória, EMESCAM  
Vitória- Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/8579581049502553>

### **Claudia de Souza Dourado**

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória, EMESCAM  
Vila Velha- Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/7378992173902267>

### **Fabiana Rosa Neves Smiderle**

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória, EMESCAM  
Vila Velha- Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/7799566924896632>

**RESUMO:** Acidentes envolvendo perfurocortantes nas instituições de saúde são muito preocupantes, tanto pela quantidade de vezes que ocorrem, quanto pela grande repercussão que causam na saúde dos trabalhadores, em específico da enfermagem. Esse trabalho tem como objetivo descrever os fatores que corroboram para o aumento dos acidentes com instrumentos perfurocortantes nos profissionais da enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde Brasil – BVS. Os profissionais de enfermagem estão mais suscetíveis a sofrerem acidentes envolvendo equipamento perfurocortantes, principalmente por serem responsáveis pela maioria dos procedimentos que necessitam da utilização de agulhas, lâminas, cateteres intravenosos e outros materiais perfurocortantes. Logo, é de grande importância o descarte dos materiais perfurocortantes em locais apropriados, respeitando sempre os níveis de segurança, para que assim acidentes possam ser evitados. Outrossim, é importante incentivar a notificação desses acidentes, para que ações educativas possam ser realizadas com intuito de preservar a saúde dos trabalhadores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem, Acidentes de trabalho, Saúde do trabalhador.

### WORK SAFETY: ACCIDENTS WITH PERFORATING MATERIALS IN NURSING PROFESSIONALS

**ABSTRACT:** Accidents involving sharps in health institutions are very worrisome, both because of

the number of times they occur, and because of the great repercussion they cause on the health of workers, specifically in nursing. This work aims to define the factors that contribute to the increase in accidents with sharp instruments in nursing professionals. This is an integrative review carried out in the databases of the Virtual Health Library Brazil - VHL. Nursing professionals are more susceptible to accidents involving sharps, mainly because they are responsible for most procedures that use needles, blades, intravenous catheters and other sharps. Therefore, it is very important to dispose of sharp materials in limited places, always respecting safety levels, so that accidents can be avoided. Furthermore, it is important to encourage the notification of errors, so that educational actions can be carried out in order to preserve the health of workers.

**KEYWORDS:** Nursing, Work accidents, Worker's health.

## 1 | INTRODUÇÃO

Os trabalhadores de saúde estão diariamente expostos a diversos riscos ocupacionais durante seu processo de trabalho, sendo eles fatores de risco físico, químico, mecânico e biológico. Além desses, ainda existem os fatores fisiológicos e psicológicos que também são considerados como riscos e que podem interferir diretamente na atuação desses trabalhadores (OLIVEIRA, J.S. *et al.* 2015).

Os profissionais da enfermagem são responsáveis pelo cuidado prestado durante às 24 horas do dia, permitindo a continuidade da assistência aos pacientes (SILVA, A. 1996). Dessa forma, acidentes de trabalho envolvendo materiais perfurocortante entre esses profissionais são muito frequentes, em especial devido ao número elevado de manipulação de agulhas, cateteres intravenosos, lâminas e outros materiais utilizados na execução dos procedimentos técnicos da assistência de enfermagem (ALVES, S.S.M; PASSOS, J.P; TOCANTINS, F.R. 2009)

Segundo o Ministério da Saúde (MS), o risco de infecção pós-exposição a materiais perfurocortantes por lesão percutânea com material contaminado para HIV é de 0,3%, e por mucosa é de 0,09%; já para o vírus da Hepatite B (HBV) esse risco varia de 6 a 30% e, dependendo do estado do paciente fonte da doença e de outros fatores, poderá chegar até 60%. Na ocorrência do acidente ocupacional para infecção ao vírus da Hepatite C o risco de transmissão é, de aproximadamente 1,8%, podendo variar entre 0 a 7% (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

A hepatite B é uma doença ocupacional de grande preocupação para os trabalhadores de saúde, visto que pequenas quantidades de sangue são suficientes para a transmitir o vírus da hepatite B. Esse vírus possui uma resistência ambiental elevada, podendo proporcionar a sua sobrevivência em sangue seco a mais de uma semana, além da sua resistência a detergentes comuns (KOHN *et al.* 2003).

Estima-se que anualmente, ocorram aproximadamente 385.000 casos de acidentes com perfurocortantes envolvendo profissionais de saúde que atuam em hospitais de todo o mundo (RUAS *et al.*, 2012).



Com isso, a notificação de acidentes de trabalho são registros de ocorrência de acidentes de trabalho que geram a informação necessária para desenvolver ações estratégicas e prioritárias de prevenção, por isso a notificação deve ser realizada e deve ser condizente com a ocorrência do acidente, a fim de contribuir com dados reais e como fonte de medidas de prevenção para minimizar o número desses agravos à saúde (MARQUES, 2011).

Dado o exposto, levanta-se um questionamento: O que está contribuindo para o aumento de casos de acidentes ocupacionais com instrumentos perfurocortantes?

Diante desse contexto, esse estudo tem como objetivo geral descrever os fatores que corroboram para o aumento dos acidentes com instrumentos perfurocortantes nos profissionais da enfermagem.

## 2 | MÉTODOS

Realizou-se uma revisão sistemática de literatura em julho de 2021. Esse é um método que permite identificar, selecionar, avaliar criticamente e sintetizar as evidências de pesquisa, na qual foi realizada.

A pesquisa eletrônica foi realizada com recuso na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores da pesquisa foram validados na plataforma Descritores Ciências da Saúde, sendo eles: Enfermagem AND Acidentes de trabalho AND Saúde do trabalhador.

Foram considerados os estudos publicados nos últimos cinco anos, entre julho de 2016 e julho de 2021. O critério de inclusão foram artigos disponíveis em texto completo, no idioma português e inglês. Foram excluídos aqueles que não se enquadravam nos critérios de inclusão, teses, dissertações e revisões de literatura ou que após a leitura não estavam relacionados a acidentes com instrumentos perfurocortantes nos profissionais da enfermagem.

Foram encontrados 94 artigos, e para a seleção dos resultados, iniciou-se uma leitura dos títulos, depois dos resumos, e por fim do texto completo. Chegando em uma amostra de 11 artigos.

## 3 | RESULTADOS

Foram encontrados 94 artigos na Biblioteca Virtual em Saúde e, após aplicar os critérios de inclusão e leitura de títulos e resumos, posteriormente realizando-a de forma completa, resultou-se em um total de 11 artigos. De acordo com os artigos analisados, os profissionais de enfermagem estão mais expostos a acidentes envolvendo perfurocortantes devido as funções realizadas durante a assistência (SILVA; GOMES; ANJOS, 2016).

De acordo com a Tabela 1, acidentes ocupacionais com perfurocortante são frequentes em ambos os sexos, entretanto possui taxas maiores no sexo feminino, tendo

incidência maior entre trabalhadores de 30 a 49 anos de idade (54,4%) e que possuem menos que 5 anos na ocupação, tendo a equipe de enfermagem como a classe mais afetada.

	Mulheres		Homens		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Faixa etária (anos)</b>						
18 a 29	53.496	30	11.043	6,2	64.539	36,2
30 a 49	81.035	45,4	15.971	9	97.006	54,4
50 ou +	13.871	7,8	3.015	1,7	16.886	9,4
Total	148.402	83,2	30.029	16,8	178.431	100
<b>Ocupações mais afetadas por acidentes envolvendo material biológico</b>						
Médicos	7.756	5,1	10.093	6,57	17.849	11,6
Equipe de Enf.	120.571	78,5	15.174	9,88	135.745	88,4
Total	128.527	83,68	25.287	16,5	153.594	100
<b>Tempo de trabalho na ocupação</b>						
Menos que 5 anos	113.521	63,6	22.956	12,9	136.477	76,5
Entre 5 e 15 anos	22.167	12,4	4.431	2,5	26.598	14,9
Acima de 15 anos	10.503	5,9	2.196	1,2	12.699	7,1
Sem informação	2.211	1,2	446	0,2	2.657	1,5
Total	148.402	83,1	30.029	16,8	178.431	100

Tabela 1. Característica ocupacionais dos tabalhadoreos envolvidos em acidentes com materiais perfurocortantes.

Fonte: SOUZA; OTERO; SILVA, 2019

O quadro 1 esquematiza os artigos encontrados, expondo os autores, ano, objetivo do trabalho, método, resultado e conclusão.

AUTORES/ ANO	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADOS	CONCLUSÃO
ROSA, L.S. et al. 2019.	Apresentar os fatores predisponentes que influenciam na ocorrência do acidente perfurocortante.	Estudo com abordagem qualitativa, com base na Teoria Fundamentada nos Dados. O referencial teórico deste estudo compreendeu o Interacionismo Simbólico.	Foram encontrados fatores predisponentes frente à dinâmica do serviço; percebendo a imprudência e imperícia na prática dos profissionais de enfermagem.	As dificuldades que marcam a estrutura física, o inadequado dimensionamento de pessoal, o estado físico-psíquico dos trabalhadores de enfermagem e o déficit de recursos materiais contribuem de forma significativa para a ocorrência do acidente com perfurocortante.

CARVALHO, D.C. et al. 2018.	Investigar e descrever a ocorrência e as características dos Incidentes de Trabalho.	Estudo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado em hospital de referência no Estado de Mato Grosso, Centro-Oeste do Brasil.	Um total de 46,6% dos profissionais relataram ter se submetido à exposição à Material Biológico Potencialmente Contaminado, 60,9% afirmaram não ter feito relato e 42,6% relataram ter participado de treinamentos sobre o assunto.	Entre os profissionais de enfermagem, o número de Incidentes de Trabalho é alto, recorrente e subnotificado. A educação continuada sobre o tema é necessária para garantir a qualidade da assistência e promover a saúde do trabalhador.
D'ETTORRE, Gabriele; PELLICANI, Vincenza; GRECO, Mariarita. 2020.	Analisar a eficácia das intervenções organizacionais para minimizar a ocorrência de NSIs em enfermeiras de pronto-socorro.	Foi realizado um estudo observacional.	A ocorrência de acidentes com agulhas detectados após intervenções em nível organizacional foi significativamente menor do que a ocorrência observada anteriormente em tais intervenções	O estudo mostra que a gestão pró-ativa, integrada e abrangente das características organizacionais no local de trabalho traz benefícios para os colaboradores e reduz o ônus da ocorrência de INE.
MIRANDA, F.M.D. 2016.	Analisar os acidentes de trabalho com fluidos biológicos entre os trabalhadores brasileiros	Realizou-se uma pesquisa epidemiológica, descritiva, transversal, retrospectiva, de base populacional.	A agulha com lúmen foi o principal agente causador (59,7%) e a luva foi o equipamento de proteção individual mais utilizado (68,1%).	Destaca-se que o enfermeiro deverá estar inserido nas atividades de vigilância epidemiológica, assistência e capacitação devido à sua participação neste processo.
PEREIRA, M.S. 2021	Descrever o perfil dos acidentes com exposição a material biológico ocorridos em Minas Gerais.	estudo epidemiológico, descritivo e transversal realizado por meio da consulta do Sistema de Informação de Agravos de Notificação.	Dentre os 56 municípios investigados 28 notificaram 1025 acidentes, 46,1% ocorreram entre técnicos e auxiliares de enfermagem, 14,7% por estudantes e pelos médicos com 11,6% das ocorrências.	As causas dos acidentes mais comumente estão diretamente relacionadas com a maneira em executar as atividades no decorrer do trabalho.
SOUZA, H.P.; OTERO, U. B.; SILVA, V.S.P. 2019	Descrever o perfil dos acidentes com exposição a material biológico em profissionais da área da saúde durante o desenvolvimento do seu trabalho.	Foram descritas variáveis sociodemográficas, ocupacionais e de saúde entre 2011 e 2015.	Os acidentes ocorrem, em sua maioria, entre mulheres, técnicas e auxiliares de enfermagem, durante procedimento cirúrgico e administração de medicação endovenosa.	Os achados ressaltam a necessidade de implementação de planos preventivos que garantam a integridade física dos cuidadores em saúde.

ROSA, L.S. et al. 2018.	Analisar o significado contextual em que ocorre o acidente com equipamento perfurocortante.	Estudo com abordagem qualitativa, com base na Grounded Theory, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa.	Três categorias revelam o significado contextual percebendo o contexto de trabalho uma realidade; interagindo com as equipes no ambiente de trabalho; refletindo sobre a profissão e o cuidado com o profissional de enfermagem.	As categorias apontam recursos físicos e materiais inadequados, desorganização no processo de trabalho, falta de suporte no atendimento de acidente com material biológico como principais contextos para essa ocorrência.
SANTOS, S.R.; NOVAES, C.O. 2018.	Realizar levantamento de acidentes com material perfurocortantes.	Exploratório e documental com abordagem quantitativa com levantamento de fichas de notificação entre 2009 e 2015, em um hospital público em São Luís do Maranhão.	Sangue é o material mais comum; descarte inadequado de material e punções venosas, como circunstâncias; agulhas e lâminas de bisturi, os mais envolvidos.	Os dados permitiram identificar grupo de profissionais mais vulneráveis, exigindo maior atenção nas estratégias de prevenção de acidentes.
LIMA, E.O. et al. 2017.	analisar os acidentes ocupacionais com exposição a material biológico envolvendo profissionais de saúde no Hospital Geral Clériston Andrade no município de Feira de Santana.	Estudo do tipo corte transversal, de abordagem quantitativa, sendo utilizadas as notificações de acidentes ocupacionais com exposição a material biológico envolvendo profissionais de saúde	Os resultados indicaram que a categoria profissional mais acometida foi a dos técnicos e auxiliares de enfermagem (47,6%). A maioria dos acidentes ocorreram durante punções (21,3%); quanto à situação vacinal, 88,1% estavam devidamente vacinados.	É importante a implantação de estratégias que visem a capacitar os profissionais na notificação, no uso de medidas profiláticas e nas condutas a serem tomadas frente aos acidentes com exposição a material biológico.
JUNUÁRIO, G.C. et al. 2017.	Descrever os acidentes ocupacionais envolvendo material biológico com trabalhadores da equipe de enfermagem.	Estudo descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital do Centro-Oeste Mineiro.	No período de outubro de 2014 a maio de 2016, 61 trabalhadores sofreram 71 exposições; 56 (91,8%) são mulheres, 32 (52,5%) técnicos de enfermagem, 31 (50,8%) que atuavam nas enfermarias.	Conclui-se que tais exposições poderiam ser evitadas, o que evidencia a necessidade de educação continuada para esses profissionais e a implantação de dispositivos com engenharia de segurança (AU).
ARANTES, M.C. et al. 2017.	Caracterizar os acidentes de trabalho com material biológico em trabalhadores de serviços de saúde.	Estudo retrospectivo, quantitativo, realizado em um hospital secundário referência para o atendimento de acidentes com material biológico, localizado no norte do Paraná.	Dentre os 1.061 acidentes de trabalho com material biológico, 58,1% ocorreram com auxiliares e técnicos de enfermagem, dos quais 82,7% eram do sexo feminino.	Faz-se necessário implementar medidas preventivas, direcionadas à equipe de enfermagem (AU).

SILVA, F.F.A. et al. 2016.	Conhecer os fatores de risco relacionados aos acidentes com material perfurocortante presentes no trabalho dos técnicos de enfermagem do setor de atendimento de urgência de um hospital público.	Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com 14 profissionais.	As categorias emergidas dos discursos dos entrevistados foram situações de urgências e emergências, adesão aos Equipamentos de Proteção Individual, Descuido e armazenamento inadequado do material perfurocortante.	Observou-se que as condições de trabalho no setor de urgência necessitam ser revistas a fim de oferecer um ambiente adequado para minimizar os riscos ocupacionais durante o desenvolvimento dos procedimentos de enfermagem.
----------------------------	---	---	--	---

Quadro 1: Artigos encontrados após a inclusão dos critérios de inclusão na Biblioteca Virtual de Saúde.

Fonte: BVS, 2021.

## 4 | DISCUSSÃO

Muitos trabalhadores abordados apontaram a dificuldade que encontram em alguns setores, assim como os materiais inadequados, a falta de organização no processo de trabalho e a falta de suporte no atendimento. Observa-se também que alguns profissionais de enfermagem levam em consideração a importância do conhecimento e atualização no que tange aos protocolos (ROSAI, L.S. *et al.* 2018).

Diversos fatores podem contribuir para a ocorrência de acidentes envolvendo perfurocortantes, como o cansaço, que está diretamente ligado à distração, o uso e o descarte inadequados dos equipamentos, a sobrecarga de trabalho devido aos diversos vínculos empregatícios que o profissional pode apresentar, bem como a falta de experiência profissional (SILVA; GOMES; ANJOS, 2016).

Apesar de ser uma conduta proibida pela NR 32, a ação de reencapar agulhas continua sendo feita por alguns profissionais, tornando-se um dos principais motivos que elevam o número de acidentes com materiais perfurocortantes. Tornando as mãos como principal área do corpo atingida no momento do acidente, visto que as atividades de prestação de assistência nos serviços de saúde têm caráter manual (OLIVEIRA; ROBAZZI, 2007).

Outrossim, o profissional deve possuir capacitações adequadas que o possibilite realizar os procedimentos com segurança e consciência dos riscos (NOWAK, N.L. *et al.* 2018).

Quando ocorre acidentes desse tipo, devem ser tratados como emergência médica, para que as intervenções sejam iniciadas logo após a ocorrência, e com isso, obtenha bons resultados na recuperação. Nessa ótica o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de DST/Aids e preocupado com o aumento desse agravo, apresentou um manual de atendimento que contempla e orienta condutas frente à exposição a material biológico, manual este que foi lançado a partir da década de 90 (SPAGNUOLO; BALDO; GUERRINI,

2008).

O recomendado é a realização do registro do acidente de forma imediata após o ocorrido, contudo nota-se que em casos de acidentes com perfurocortante muitas vezes não é realizada a notificação, dificultando que intervenções sejam criadas para a redução desses casos (MARZIALE, 2003).

Dessa forma, a capacitação contínua durante o processo de trabalho é extremamente importante, pois visa a prevenção e ao controle do ambiente de trabalho, por meio de treinamentos dos profissionais sobre biossegurança, além de cursos e palestras, colaborando assim, para a redução dos índices de acidentes envolvendo materiais perfurocortantes (VERÇOSA; MONTEIRO; FERREIRA, 2014)

## 5 | CONSIDERAÇÃO FINAL

Considerando as investigações trazidas por este trabalho, é muito importante discutir a gestão de resíduos hospitalares, desde os gestores institucionais até o contato direto com os profissionais da cadeia de uso, a fim de sensibilizar a todos envolvidos no processo, tornando a compreensão de que independente de quem o utilizará e quem descartará, esse será único, e que a falha poderá acarretar danos.

Como todos sabemos, muitas ações podem interferir diretamente no processo, seguindo dois fluxos, o que permitirá um uso adequado e um descarte, e o outro que no meio do processo erros podem acontecer, e visando esse, são necessárias ações, tais como práticas educativas dentro das instituições, ações de estímulo a notificação desses acidentes, a fim de formular medidas preventivas eficazes e melhor controle dessas intercorrências.

Além disso, é necessário envolver toda equipe de profissional que esteja diretamente ligada nesse fluxo, ao processo de biossegurança, bem como o conhecimento das etapas no caso de acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes, devido ao risco biológico, ou seja, o fluxograma de conhecimento, para que entendam tanto a parte burocrática quanto as notificações, as investigações e a importância do uso de sistemas de registro, tais como a comunicação de acidentes de trabalho e a ficha de ocorrência de acidentes com materiais biológicos encaminhada ao Sistema Nacional de Notificação.

## REFERÊNCIAS

ALVES, S.S.M; PASSOS, J.P; TOCANTINS F.R. **Acidentes com perfuro-cortantes: uma questão de biossegurança**. Rev enferm UERJ, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a13.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde e Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Exposição a Materiais Biológicos**, Rev. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1332967170825PROTOCOLO%20EXPOSICAO%20A%20MATERIAL%20BIOLOGICO.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

MARQUES, L.C. **Proposta de ficha de notificação de acidentes de trabalho para a Fundação Oswaldo Cruz**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6527>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

MARZIALE, M.H.P. **Subnotificação de acidentes com perfurocortantes na enfermagem**. Rev. Bras. Enferm. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n2/a11v56n2.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2021.

NOWAK, N.L. *et al.* **Fatores de risco para acidentes com materiais perfurocortantes**. Mundo Saúde, 2013, Disponível em: <[http://bvsm.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/fatores\\_risco\\_acidentes\\_materiais\\_perfurocortantes.pdf](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/fatores_risco_acidentes_materiais_perfurocortantes.pdf)>. Acesso em: 09 ago. 2021.

OLIVEIRA, S.I.A.; ROBAZZI, M.L.C.C. **Acidentes de Trabalho na Equipe de Enfermagem de um Hospital de Ensino do Paraná**. Brasil.Cienc. Enferm, 2007, Disponível em: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532007000200008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000200008)>. Acesso em: 09 ago. 2021.

OLIVEIRA, J.S. *et al.* **Acidentes com perfurocortante entre trabalhadores de saúde**. Revista de APS, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15510/8142>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

ROSAL, L.S. *et al.* 2018. **Significados contextuais e o acidente perfurocortante: repercussões para o cuidado de enfermagem**. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.33767>. Acesso em: 09 ago. 2021.

RUAS, E.F.G. *et al.* **Acidentes ocupacionais com materiais perfurocortantes em hospitais de Montes Claros-MG**. REME Revista Mineira de Enfermagem, 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/547>>. Acesso em: 09 ago. 2021.

SILVA, A. **Trabalhador de enfermagem na Unidade de Centro de Material e os acidentes de trabalho**. São Paulo, Escola de enfermagem da USP, 1996. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62341997000200014>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

SILVA, S.M.S.; GOMES, I.V.M.P.S.; ANJOS, M.S. **Acidente perfurocortante: conhecimento e uso de dispositivos de segurança**. Rev. Saúde. Com. 2016 Disponível em: <<http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/406>>. Acesso em: 09 ago. 2021.

SOUZA, H.P.; OTERO, U.B.; SILVA, V.S.P. **Perfil dos trabalhadores de saúde com registros de acidentes com material biológico no Brasil entre 2011 e 2015: aspectos para vigilância**. DOI: 10.5327/Z1679443520190305. Disponível em: <<http://www.rbmt.org.br/details/427/pt-BR/perfil-dos-trabalhadores-de-saude-com-registros-de-acidentes-com-material-biologico-no-brasil-entre-2011-e-2015--aspectos-para-vigilancia>>. Acesso em: 09 ago. 2021.

SPAGNUOLO, R.S.; BALDO, R.C.S.; GUERRINI, I.A. **Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrado no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador**, Londrina, PR. Rev. Bras. Epidemiol. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/NK4BqL7BPbjJNrqK9RjDRb/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 08 ago. 2021.

VALENTE, G.S.C.; SAMPAIO, S.Z.; FERNANDES, D.M.M. **Nursing Worker's Healt: Implications after the passing of NR-32**. Rev Enferm UFPE, 2011. Disponível em: <[http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1839/pdf\\_676](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1839/pdf_676)>. Acesso em: 08 ago. 2021.

VERÇOSA, R.C.M; MONTEIRO, V.G.N; FERREIRA, F.A.S. **Acidentes com perfurocortantes entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário**. DOI: 10.5205/reuol.5829-50065-1-ED-1.0804201410. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9754/9873>>. Acesso em: 09 ago. 2021.

KOHN, W.G. *et al.* **Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for infection control in dental healthcare settings**. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2003. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5217a1.htm>>. Acesso em: 06 ago. 2021.



# CAPÍTULO 25

## TRABALHO INTERPROFISSIONAL EM MEIO AO COVID 19: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

*Data de aceite:* 01/11/2021

*Data de submissão:* 10/09/2021

### **Beatriz Rodrigues de Souza Melo**

Enfermeira. Pós-Graduanda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Doutorado), Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos São Carlos, SP, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/0033841575062011>

### **Aline Russomano de Gouvêa**

Enfermeira. Pós-Graduanda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado Acadêmico). Curso de Enfermagem, Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)  
Três Lagoas, MS, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/3983698431772013>

### **Fernanda Marega Nery Ruiz**

Enfermeira. Pós-Graduanda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado Acadêmico). Curso de Enfermagem, Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)  
Três Lagoas, MS, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/7608748276829028>

### **Jamila de Lima Gomes**

Enfermeira. Pós-Graduanda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado Acadêmico). Curso de Enfermagem, Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)  
Três Lagoas, MS, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/2389528189470851>

### **Juliana Dias Reis Pessalacia**

Professora Doutora, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado Acadêmico). Curso de Enfermagem, Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)  
Três Lagoas, MS, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/4043784563120025>

### **Tatiana Carvalho Reis Martins**

Professora Doutora, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado Acadêmico). Curso de Enfermagem, Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)  
Três Lagoas, MS, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/5087084042752459>

**RESUMO:** Considerando as dificuldades no contexto social atual e as necessidades emergentes do Sistema Único de Saúde (SUS), o trabalho interprofissional tem grande potencial para dar sustentação a ações integrais e mais resolutivas em meio à pandemia da COVID-19. Trata-se de uma reflexão teórica fundamentada em uma pesquisa bibliográfica dos últimos três anos. O manuscrito evidencia a importância do trabalho em equipe interprofissional e suas características como a comunicação, objetivos comuns, reconhecimento do trabalho dos demais componentes da equipe, interdependência das ações, colaboração e atenção centrada no usuário. Por fim, é indispensável que haja um aumento nas investigações e pesquisas sobre trabalho interprofissional no âmbito do SUS, pois o trabalho em equipe constitui uma das formas

de trabalho interprofissional com práticas colaborativas, e essa colaboração pode-se dar na equipe, no trabalho em rede com indivíduos, famílias e comunidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Profissional de Saúde; Trabalho interprofissional; Coronavírus; Saúde pública; Pandemia.

## INTERPROFESSIONAL WORK THROUGH COVID 19: A THEORETICAL REFLECTION

**ABSTRACT:** Considering the difficulties in the current social context and the emerging needs of the Unified Health System (SUS), interprofessional work has great potential to support comprehensive and more resolute actions in the midst of the COVID-19 pandemic. It is a theoretical reflection based on a bibliographic research of the last three years. The manuscript highlights the importance of interprofessional teamwork and its characteristics such as communication, common goals, recognition of the work of the other team members, interdependence of actions, collaboration and attention centered on the user. Finally, it is essential that there is an increase in investigations and research on interprofessional work within the scope of SUS, since teamwork is one of the forms of interprofessional work with collaborative practices, and this collaboration can take place in the team, in work in network with individuals, families and community.

**KEYWORDS:** Health professional; Interprofessional work; Coronavirus; Public health; Pandemic.

### 1 | INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 surgiu uma epidemia causada pela Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) em Wuhan, província de Hubei, na China (VILELAS, 2020). O SARS-CoV-2 é causador da Coronavírus 2019 (COVID-19) e se espalhou, rapidamente, por países asiáticos, especificamente na Tailândia, Singapura, Japão e Coreia do Sul, avançando para a Europa e demais continentes, levando a Organização Mundial de Saúde (OMS) a decretar uma Emergência de Saúde Pública de importância Internacional, passando a ser considerada uma pandemia.

Em junho, 210 países e territórios em todo o mundo relataram um total de 8,7 milhões de casos confirmados de COVID-19 (SARS-CoV-2), sendo que o número de mortes já passava a cifra de 463 mil, contando com mais de 4 milhões de casos recuperados (WORLDMETER, 2020). Embora se tenha avançado muito no conhecimento sobre a doença, ainda existem diversas lacunas em relação ao perfil epidemiológico dos casos e dos óbitos e ao contexto das desigualdades sociais. São essas disparidades que vão definir o nível de exposição ao vírus, capacidade de tratamento e a mitigação dos efeitos sociais e de saúde provocados pela pandemia (AQUINO *et al.*, 2020).

Com base no comunicado do *International Council of Nurses* (ICN) (2020), em maio, 90 mil profissionais de saúde foram infectados e mais de 260 enfermeiros morreram por COVID-19 em 30 países associados. No Brasil, os dados sobre casos e óbitos por COVID-19

em profissionais de saúde são de difícil acesso. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) lançou o Observatório da Enfermagem, que disponibiliza informações segundo as quais, até início de maio, foram reportados 12.052 casos suspeitos de COVID-19 entre profissionais da enfermagem no Brasil; desse total, 3.355 (27,8%) são casos confirmados, 84 (2,5% dos casos confirmados) faleceram e 46 (1,3%) estavam internados (BOLETIM COVIDA, 2020).

Segundo Zucco (2020), embora 80% dos casos apresentem infecções respiratórias e pneumonias mais leves, as formas severas acometem mais as pessoas idosas e portadoras de doenças crônicas subjacentes, que requerem hospitalização, cuidados intensivos e uso de ventiladores mecânicos<sup>6</sup>. O curso e a gravidade da epidemia têm levado as autoridades a reorganizarem os serviços de saúde para poder suprir a demanda que aumenta de forma alarmante (AQUINO *et al.*, 2020).

Neste contexto, as primeiras respostas governamentais adotadas têm sido o isolamento de casos, estratégias de detecção precoce pela testagem de indivíduos suspeitos ou em larga escala, incentivo à higienização das mãos, uso de máscaras faciais caseiras, medidas de distanciamento social e a organização de leitos de unidade de terapia intensiva para os doentes graves (AQUINO *et al.*, 2020; SARTI *et al.*, 2020).

Em contrapartida, a adoção de medidas acerca do distanciamento social não inclui os profissionais de saúde que estão na linha de frente como enfermeiros, médicos, farmacêuticos, biomédicos, psicólogos, auxiliares de limpeza, obstetrias, auxiliares e técnicos de enfermagem. Todavia, esta equipe de trabalho interprofissional têm pagado um preço alto na luta contra o novo vírus, pois grande parte desses profissionais tem sido infectada, gerando afastamento do trabalho, adoecimento pela COVID-19, e alguns evoluíram para óbito. Por fim, é preciso reconhecer que tais profissionais de saúde possuem um papel fundamental no combate à pandemia, sendo os únicos que permanecem 24 horas ao lado do paciente, estando, portanto, mais susceptíveis à infecção pelo novo Coronavírus (WHO, 2020).

Assim, tem-se em todo o mundo milhões de profissionais de saúde fornecendo atendimento na linha de frente do cuidado aos pacientes que necessitam de hospitalização por COVID-19, sendo o maior contingente composto por enfermeiros. A Associação Americana de Enfermagem estima que cerca de 3,8 milhões de enfermeiros nos EUA e mais de 20 milhões de enfermeiros em todo o mundo estão atuando na linha de frente da pandemia. No Brasil, aproximadamente 3,5 milhões de trabalhadores e profissionais de saúde estão envolvidos de forma direta ou indireta com a prestação de serviços à população, seja em unidades da atenção primária, clínicas especializadas e nos hospitais, tanto da rede pública quanto privada (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Considerando as dificuldades no contexto social atual e as necessidades emergentes do Sistema Único de Saúde (SUS) o trabalho interprofissional em saúde é apresentado como uma das melhores ferramentas para se enfrentar desafios complexos (PEDUZZI,

2020) quando se trata de uma pandemia. A saúde apresenta-se com um cenário muito propício à interprofissionalidade em virtude da complexidade e da multidimensionalidade que apresenta, além de agrupar, vários saberes e práticas, em diversos níveis, locais e momentos (GODIN; PINHEIRO, 2019).

A Prática Interprofissional Colaborativa (PIC) tem sido amplamente recomendada como alternativa para melhorar a qualidade da assistência à saúde (GABOURY;BUJOLD; BOON; MOHER, 2009). Essa prática é considerada como um processo complexo, visto que envolve a interação de diferentes profissões por meio da troca de conhecimento e de habilidade com a finalidade de prestar um cuidado integral que tenha impacto na saúde dos indivíduos (HAMMICK; FREETH; KOPPEL; REEVES; BARR, 2007; BATISTA;PEDUZZI, 2018). Diante disso, a interprofissionalidade tem grande potencial para dar sustentação a ações integrais e mais resolutivas em meio à pandemia da COVID- 19, uma vez que o trabalho em equipe possibilita articular diferentes campos de práticas e saberes (FARIAS *et al.*; 2018).

Logo, os atributos do trabalho interprofissional estão intimamente ligados à comunicação interprofissional, objetivos comuns, clareza de papéis, reconhecimento do trabalho dos demais componentes da equipe, interdependência das ações, colaboração interprofissional e atenção centrada nas necessidades de saúde de pacientes, de famílias e de comunidades, que garantem um trabalho interprofissional de qualidade, podendo ser aplicado pelos profissionais o conhecimento compartilhado de forma ética, a fim de alcançar os melhores resultados para o paciente e para o controle da doença REEVES *et al.*, 2010; PEDUZZI *et al.*, 2020).

Para tanto, o objetivo deste artigo é apresentar uma reflexão teórica acerca do trabalho interprofissional em saúde em meio à pandemia da COVID-19 no contexto do SUS.

## 2 | MÉTODO

Trata-se de uma reflexão teórica acerca do trabalho interprofissional em saúde em meio ao COVID-19. Como referencial teórico, foram utilizadas a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2007), e pesquisas no período de abril a junho de 2020, em bases de dados de periódicos nacionais e internacionais nos últimos três anos. A pesquisa em periódicos foi realizada nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Teses da CAPES, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PUBMED), *Web of Science* e Scopus.

Para as buscas nas bases de dados, foram utilizados os descritores: “interprofessional work”, “coronavírus”, “professional care”, “professionals”, “psychological stress”, “nurse”, “epidemic”, “infection”, “medical” (indexados no MeSH e DeCS), e “COVID-19”,

“multidisciplinar team”, “team work” (não indexados no MeSH e DeCS).

### 3 | REFERENCIAL TEÓRICO

Utilizou-se neste artigo, como norte para reflexão, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2007) e o Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, os quais visam a uma estratégia para transformar e qualificar as formas de atenção à saúde, os processos formativos e as práticas de educação na saúde, através do incentivo à organização de ações e serviços em uma perspectiva intersetorial. Nesse sentido, a PNEPS se fundamenta em uma prática político-pedagógica voltada para ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, através do diálogo entre a diversidade de conhecimentos, que valoriza saberes populares, ancestralidade e o incentivo à produção individual e coletiva inseridos no sistema público de saúde (BRASIL, 2007; ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019).

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o SUS, em âmbito nacional, estadual ou municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde, que é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. De acordo com Almeida, Teston e Medeiros (2019), tais ações baseiam-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais.

Além disso, levando-se em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas possuem, propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento desses profissionais sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2007).

Portanto, a PNEPS tem como pilares o diálogo, a amorosidade, a problematização do conhecimento, a emancipação e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Vale ressaltar que os eixos estruturantes para sua operacionalização são a participação, o controle social, a gestão participativa, o cuidado em saúde, a formação, a produção do conhecimento, a comunicação, os diálogos multiculturais e a intersetorialidade (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019).

### 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em um mundo cada vez mais complexo e imprevisível, apresenta-se o desafio de pensar qual modelo social o Sistema Único de Saúde almeja para a proteção da vida, sobretudo, a dos mais vulneráveis (SARTI *et al.*, 2020). A pandemia trouxe um cenário de incertezas e uma forte ameaça de contaminação, adoecimento e morte, fazendo com que os profissionais de saúde tenham destaque durante esse período, principalmente pela pressão

psicológica evidente, pelo desconhecimento e incertezas existentes. Por esse motivo, a pandemia de COVID-19 ressaltou a importância do trabalho em equipe interprofissional e, conseqüentemente, da prática colaborativa interprofissional por milhares de profissionais e trabalhadoras (es) de saúde em todo o mundo e em diferentes áreas de atuação que estão na linha de frente, seja na Atenção Primária, Atenção Especializada, seja em Unidades de Terapias Intensivas (PEDUZZI, 2020).

Cabe ressaltar que a força de trabalho na saúde não é homogênea, porquanto apresenta diferença de gênero, raça e classe social, estruturantes de acesso aos mais diversos níveis, cursos de formação profissional e oportunidades de inserção no mercado de trabalho (HIRATA, 2005; ARAÚJO, LOMBARDI, 2013; BIROLI, 2016). A tendência à feminilização da força de trabalho em saúde é observada em vários países, com cerca de 70% do total de profissionais e trabalhadores do setor (HANKIVSKY; KAPILASHRAMI, 2020).

No Brasil, essa diferenciação é encontrada, combinada com determinantes de raça e gênero, que caracterizam as diversas categorias profissionais. Aproximadamente 54,4% dos médicos são homens, e destes 77,2% dos profissionais são brancos (SCHEFFER *et al.*, 2018), enquanto, dentre trabalhadoras (es) da enfermagem, se observa ampla maioria de mulheres (85,1%), das quais 41,5% são pardas e 11,5% pretas (MACHADO, 2015). A heterogeneidade dos profissionais e trabalhadoras (es) de saúde envolvidos no enfrentamento da pandemia, determina formas diferentes de exposição, risco de contaminação e fatores associados às condições de trabalho. O sofrimento psíquico, *stress* psicológico, aumento do cansaço físico, insuficiência e/ou negligência com relação às medidas de proteção e cuidado à saúde desses profissionais, pode ser considerado como um grande risco para a saúde da equipe interprofissional, sendo relacionado principalmente com as condições de trabalho, o que acarreta sintomas como depressão, ansiedade, perda de sono e menor qualidade de vida (PEDUZZI, 2020).

Diante da complexidade dos problemas evidenciados durante a pandemia da COVID-19, que afeta grande parte da população mundial, um tema que vem ganhando espaço é a abordagem das equipes interprofissionais como uma proposta que pode contribuir para amenizar as dificuldades das demandas de saúde, proporcionando uma assistência com mais qualidade e segurança (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Em 2010, a OMS publicou o documento “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”, no qual apresenta a situação atual da colaboração interprofissional em diversos países, mostrando vários itens no nível da prática que resultaram no trabalho em equipe colaborativo bem-sucedido. Há vários relatos dos benefícios do trabalho interprofissional para as políticas de saúde, tais como: melhora a saúde das pessoas e o acesso à atenção em saúde; aumenta a confiança dos profissionais da área; redução dos custos; melhora das práticas e da produtividade no ambiente de trabalho (OMS, 2010).

A abordagem interprofissional é defendida pela OMS como elemento essencial para a melhoria dos resultados, pois a interprofissionalidade conduz ao aprendizado compartilhado entre profissionais que otimiza avanços no processo de trabalho de maneira conjunta expondo habilidades, conhecimento, valores e atitudes (FILHO *et al.*, 2019).

O modelo de formação hegemônico resulta na formação de profissionais com uma visão fragmentada e com dificuldade de trabalhar em equipe, logo, a educação interprofissional surge como uma alternativa para formar profissionais com uma postura diferenciada. A educação interprofissional (EIP) proporciona a interação entre os diferentes cursos da área, pautada na educação dialogada, alunos, professores e profissionais de saúde dividindo experiências e conhecimentos sobre ensino e aprendizagem (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Há uma vasta literatura internacional e nacional sobre prática e educação interprofissional no campo da saúde que expressa a necessidade de as equipes multiprofissionais avançarem para equipes interprofissionais, pois o trabalho em equipe, isoladamente, não atende às necessidades da população, famílias e comunidades, por isto as equipes precisam alternar-se nas diferentes modalidades, que são: trabalho em equipe, colaboração, coordenação e rede de trabalho interprofissional (REEVES *et al.*, 2010; XYRICHIS; REEVES; ZWARENSTEIN, 2018; REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018; PEDUZZI; AGRELLI; 2018).

A literatura já demonstrava, no contexto pré-pandemia, que a interprofissionalidade é fundamental para atingir os quatro objetivos principais da prática interprofissional, que são: qualidade, custo/efetividade, experiência de cuidado e bem-estar profissional. O quarto objetivo está relacionado com a diminuição do risco para a Síndrome de *Burnnout*, por haver interface com o bem-estar do profissional e com o desenvolvimento do trabalho interprofissional (PEDUZZI *et al.*, 2020).

A pandemia do coronavírus impôs mudanças nos serviços de saúde, propondo diversas ações para conter a transmissão do vírus e garantir a integralidade na assistência à saúde. Estratégias sanitárias como o isolamento social foram disseminadas à população, e o sistema de saúde passou por uma reorganização no seu atendimento, alocando profissionais capacitados para trabalhar na linha de frente, adequando os espaços físicos para atender a demanda, desde os casos leves até as internações, como também o sistema primário de saúde intensificou o seu atendimento com propostas de processo de trabalho que interagem a prática com os estudos de casos (PEDUZZI; AGRELLI, 2018).

Uma reflexão teórica que analisou os determinantes e condicionantes do acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) evidenciou que os serviços de saúde precisam seguir as mudanças conforme as necessidades atuais de cada agravo, a fim de estabelecer um atendimento integral e de qualidade (SARTI *et al.*, 2020).

Segundo Peduzzi *et al.* (2020), o trabalho em equipe interprofissional efetivo se configura em várias vertentes, articulação das ações em diversas áreas mediante o

reconhecimento da sua interdependência, e complementaridade indispensável entre o agir instrumental e o agir comunicativo. Também se constitui como a expressão da divisão social do trabalho e da transformação de diferenças técnicas em desigual valor social dos trabalhos especializados das diversas profissões.

Desta forma, a qualidade na atenção à saúde está relacionada ao envolvimento interprofissional, junto às estratégias de educação permanente de acordo com políticas públicas do SUS (SOUZA; AMARANTE; ABRAHÃO, 2019). Nota-se que a qualificação nas ações de educação em saúde vem sofrendo mudanças para capacitar colaboradores que atuam direta ou indiretamente no SUS, e tem como objetivo único fortalecer e estabelecer padrões na educação permanente, em função do novo cenário mundial de pandemia pelo coronavírus conhecido mundialmente por Covid-19 (BRASIL, 2019).

Ações voltadas à saúde da população, especialmente durante a pandemia, requer a atuação de uma equipe interprofissional, com práticas colaborativas e ações integradas voltadas ao usuário (ALMEIDA *et al.*, 2020). Observa-se que a equipe interprofissional trabalha com objetivo de diminuir os agravos da população, deve envolver a interdisciplinaridade e reflexões conjuntas (FARIAS *et al.*, 2018).

Com a pandemia diversas necessidades que os serviços de saúde já vinham enfrentando, tornaram-se ainda mais evidentes, como a falta de dimensionamento adequado de profissionais da área em todos os setores e com condições adequadas de trabalho (equipamento de proteção individual, apoio ao trabalho em equipe, formação contínua, dentre outros recursos) (CASSIANI *et al.*, 2020).

No âmbito da saúde mental, o contexto de pandemia demanda maior atenção ao trabalhador, estudos nacionais e internacionais apontam relatos de aumento de sintomas de ansiedade, angústia, depressão, perda da qualidade do sono, aumento do uso de drogas, depressão, exaustão física, negação, raiva, receio em cuidar de colegas de trabalho gravemente doentes, escassez de equipamentos de proteção individual ou de péssima qualidade, medo de se infectar ou transmitir aos membros da família e acesso limitado a serviços de saúde mental (BRASIL, 2020; KANG *et al.*, 2020; HUANG *et al.*, 2020; LAI, 2020).

Na mesma vertente, um estudo a respeito das fragilidades da saúde mental dos médicos e enfermeiros no combate à pandemia mostrou que os fatores de risco à exposição afetaram a saúde mental de ambos profissionais (KANG *et al.*, 2020)

Diante do exposto, os profissionais da área da saúde comprometeram sua vida pessoal, seu equilíbrio físico e sua saúde mental para conseguirem atuar no enfrentamento da COVID-19 que impõe um ritmo de trabalho desgastante, pressão psicológica, responsabilidades e confrontos cotidianos. Diversos autores afirmam que esse cenário, conjugado às longas jornadas de trabalho comumente observadas durante a pandemia COVID-19, pode estar associado a Síndrome de *Burnout*, levando ao descontentamento no trabalho, à intenção de deixar a profissão, o que pode influenciar na qualidade da



assistência ofertada ao paciente, interferindo no quarto objetivo da prática interprofissional, o bem-estar profissional (SOUZA *et al.*, 2019; LUZ *et al.*, 2020).

Os profissionais de saúde não devem ser vistos como heróis, mas como seres humanos que escolheram como profissão o cuidado ao outro, sendo ensinados para tal, mas, infelizmente, não são rotineiramente treinados para enfrentar situações de crise e muito menos têm preparo suficiente para questionar sofrimentos (CORREIA *et al.*, 2020)

Neste contexto, há recomendações da OMS que visam reduzir os níveis altos de estresse e ansiedade, com sugestões de medidas para os gestores adotarem e apoiarem a sua equipe interprofissional, minimizando os transtornos psicológicos dos trabalhadores e outros sintomas decorrentes desse cenário atual (WOH, 2020).

No combate à pandemia de COVID-19, as equipes interprofissionais em saúde, em qualquer nível de atenção, devem utilizar o trabalho interprofissional para realizar mudanças na organização e gestão do trabalho na área da saúde, especialmente pela forma de transmissão e alta velocidade de propagação do vírus.

Em meio às medidas recomendadas de reorganização do trabalho, evidencia-se a orientação de uso de Equipamento de Proteção Individual (EPIs) e outras recomendações, tais como: a) generalização do uso de máscaras N95; b) distribuição de óculos de proteção específico para todos os funcionários, c) treinamento para uso do purificador de ar; d) suspensão de reuniões presenciais; e) suspensão de visitas “*in loco*” pós operatórias; f) afastamento dos funcionários imunocomprometidos; g) suspensão de viagens desnecessárias (WONG *et al.*, 2020).

O apoio organizacional na implantação de turnos com seis horas de trabalho para enfermeiros, com superposição de uma hora, a clareza de papéis como elemento fundamental no enfrentamento da pandemia e a implantação da monitoria *online* ou presencial do trabalho desses profissionais também têm sido relatados como estratégias organizacionais de prevenção de infecção pelo novo coronavírus – além do estabelecimento de equipes de apoio psicológico, fornecimento de alimentos, intervalos para descanso, tempo de decompressão e folgas adequadas, bem como liderança, garantia de comunicação e informações adequadas para os profissionais de saúde sobre o avanço da pandemia e sobre a gestão do trabalho nos serviços tanto privado quanto público. Outra ação de extrema importância é a preservação da vida dos profissionais e trabalhadoras (es) de saúde por meio da realização rotineira de exames para o diagnóstico de COVID-19 (HUANG *et al.*, 2020; WANG; ZHOU; Liu, 2020).

Destaca-se, ainda, o uso da educação interprofissional em saúde, que consiste em uma proposta ou estilo de educação em que membros de mais de uma profissão de saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a prática colaborativa, valendo-se de formação de multiplicadores para a qualificação das equipes interprofissionais, do uso de simulação como estratégia de qualificação hospitalar e de tecnologias digitais para evitar contaminação (HUANG *et al.*, 2020; WANG; ZHOU).

Portanto, o trabalho interprofissional tem foco no bem-estar do profissional envolvido, nas necessidades de saúde de indivíduos, de famílias e de comunidades em defesa da vida.

Há necessidade de evidenciar uma limitação dos estudos revisados, pois, em sua maioria, o *locus* institucional das pesquisas se concentrou nos problemas que atingem os profissionais e trabalhadores de saúde do âmbito hospitalar. Assim, negligenciou-se a atuação dos profissionais e trabalhadores da atenção primária, dos serviços ambulatoriais, de assistência domiciliar e os trabalhadores em Instituições de Longa Permanência, que também se expõem ao risco de contaminação pela COVID-19.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de COVID-19 tem gerado inúmeros desafios para a humanidade. O cotidiano do trabalho em saúde demanda que as equipes interprofissionais se alternem entre as diferentes modalidades de trabalho interprofissional de acordo com as necessidades dos pacientes, das famílias e das comunidades.

A prática interprofissional na pandemia é em defesa da vida, pois é desenvolvido de forma coletiva e se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas com as interações dos múltiplos agentes envolvidos, visto que requer, de um lado, a articulação das ações das diversas áreas profissionais, a partir do reconhecimento da sua interdependência e, de outro, a complementaridade entre o agir instrumental e o agir comunicativo.

O trabalho em equipe está relacionado com a colaboração e/ou prática colaborativa. A qualidade do trabalho em equipe remete à comunicação interprofissional, aos objetivos comuns, ao reconhecimento do trabalho dos demais componentes da equipe, à interdependência das ações, à colaboração interprofissional e à atenção centrada no usuário.

Portanto, é indispensável que haja um aumento nas investigações e pesquisas sobre trabalho interprofissional no âmbito do SUS, tanto na APS como na especializada. Deve ser enfatizada a utilização de métodos mistos que permitam tanto pesquisas conceituais e de experiências em curso, quanto a validação e a aplicação de instrumentos de medida e de avaliação da efetividade do trabalho em equipe. Conclui-se que a ampliação de debates sobre a educação interprofissional no Brasil é fundamental para fortalecer o trabalho em equipe desde o processo de formação dos profissionais de saúde até a prática interprofissional colaborativa.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.G.S; TESTON, E.F; MEDEIROS, A.A. **A interface entre o pet-saúde interprofissional e a política nacional de educação permanente em saúde.** Rev. Saúde Deb. v. 43, n.1, p. 97-105, Agost 2019.

AQUINO, E. M. L. *et al.* **Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2020 Jun [citado 2020 Jun 21]; 25(Suppl 1): 2423-2446.

ARAUJO, A. M. C.; LOMBARDI, M. R. **Trabalho informal, gênero e raça no Brasil, no início do século XXI.** Cafajeste. Pesqui. São Paulo, v. 43, n. 149, p. 452-477, agosto de 2013.

BATISTA, R. E. A.; PEDUZZI, M. **Prática interprofissional colaborativa no serviço de emergência: atribuições privativas e compartilhadas dos fisioterapeutas.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1685-1695, 2018.

BIROLI, F. **Divisão sexual do trabalho e democracia.** Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, vol. 59, n3, 2016, p.719a681.

BOLETIM COVIDA. Pandemia de Covid-19. **A saúde dos trabalhadores de saúde no enfrentamento da pandemia da COVID-19.** [citado em 18 maio 2020; ed. 5]. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Boletim-CoVida-5\\_Edit\\_.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Boletim-CoVida-5_Edit_.pdf).pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Brasília, Ministério da Saúde; 2007.

BRASIL. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde.** Ministério da Saúde. Brasília-DF. v.8, n.1, p 3 – 41, abr.2020.

BRASIL. **Saúde em debate.** Rev. do centro bras. de saúde, Rio de Janeiro, v.43, n 1, p 4-11, Agost 2019.

CASSIANI, S.H.B.; *et al.* **La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19.** Rev Panam Salud Publica. 2020; vl 44. doi: <https://doi.org/26633/RPSP.2020.64>

CORREIA, M.T.D.; RAMOS, R.F.; BAHTEN, L.C.V. **The surgeons and the COVID-19 pandemic.** Rio de Janeiro, Rev. Col. Bras. Cir. v. 47, p. 1-5, 2020.

FARIAS, D.N; *et al.* **Interdisciplinariedade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família.** Rev. Trab.Educ. Saúde. Rio de Janeiro. v. 16, n.1, p. 141-162, jan/abr.2018.

FILHO, J. R. F.*et al.* **Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe1, p. 86-96, Aug. 2019.

GABOURY I, *et al.* **Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: Key components.** Soc Sci Med. 2009 Sep;69(5):707-715. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.05.048. Epub 2009 Jul 14 [cited on 21st July 2020]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19608320>.

GONDIM, A. A.; PINHEIRO, J. A. M. **(Im)Possibilidades de atuação interprofissional dos residentes multiprofissionais em contexto hospitalar.** Rev. SBPH, São Paulo, v. 22, p. 51-71, jun. 2019.

HAMMICK M, *et al.* **A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME.** Guide n. 9. Med Teach. 2007. Oct;29(8):735-51. doi: 10.1080/01421590701682576. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18236271>.

HANKIVSKY, O.; KAPILASHRAMIM, A. **Beyond sex and gender analysis: an intersectional view of the COVID-19 pandemic outbreak and response.** Gender and Women's Health Unit, Centre for Health Equity, Melbourne School of Population and Health Equity, University of Melbourne. 2020.

HIRATA, H. Globalização, trabalho e gênero. **Rev. Pol. Públ.** Vol. 5 p. 111-28 Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3770/1848>.

HUANG, L. et al. **Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic.** Crit Care [Internet]. 2020 Mar 27 [cited 2020 Apr 23]; 24, 120(2020).

HUANG, L. et al. **Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic.** Crit Care [Internet]. 2020 Mar 27 [cited 2020 Apr 23]; 24, 120(2020).

HUANG, L., et al. **Care for the psychological status of frontline medical staff fighting against COVID-19.** Clin Infect Dis [Internet]. 2020 Apr 3 [cited 2020 Apr 23].

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) (2020). **Brasil ultrapassa EUA em mortes de profissionais de enfermagem por Covid-19.** [atualizado em 7 maio 2020, 23:06]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2020/05/07/brasil-ultrapassa-eua-em-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19>

KANG, L. et al. **Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study.** Brain, Behavior, and Immunity, Wuhan, march/2020.

KANG, L. et al. **The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus.** The Lancet Correspondence, v. 7, n. 3, p.14, march/2020.

LAI, J. et al. **Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019.** JAMA Netw Open. 2020; vol. 3. p.203 -276.

LUZ, E. M.F.; MUNHOZ, O. L.; MORAIS, B. X.; et al. **Repercussões da Covid-19 na saúde mental dos trabalhadores de enfermagem.** Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2020;10:e3824.

MACHADO, M.H. et al. (Coord.). **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Relatório final.** Rio de Janeiro: Fiocruz; Cofen, 2015.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa.** Genebra 27, Suíça, Organização Mundial da Saúde, Departamento de Recursos Humanos para a Saúde, CH-1211; 2010 [citado em 20 ago. 2020]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco\\_para\\_acao.pdf%20](https://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20).

PEDUZZI, M.; AGRELI, H.L.F.; SILVA, J.A.M.; SOUZA, H.S. **Trabalho em equipe: Uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional.** Rio de Janeiro, Rev. Trab. Educ. Saúde, v. 18, n. 19, p. 01-20, 2020.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H.L.F.; SILVA, J.A.M.; SOUZA, H.S. **Trabalho em equipe: Uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional.** Rio de Janeiro, Rev. Trab. Educ. Saúde, v. 18, n. 19, p. 01-20, 2020.

REEVES, S.; LEWIN, S.; ESPIN, S.; ZWARENSTEIN, M. **Interprofessional Teamwork in Health and Social Care**. Wiley-Blackwell; Aug. 2010. 208 p. ISBN: 978-1-405-18191-

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. **Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice**. J Interprof Care 2018 Jan;32(1):1-3. doi: 10.1080/13561820.2017.1400150. Epub 2017 Nov. 13.

SARTI, et al. **Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 29, n. 2, ed 2020166, 2020.

SCHEFFER, M, et al. **Demografia Médica no Brasil 2015**. Portal Médico- Departamento de Medicina Preventiva. 2015. Disponível em <[https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&id=25867](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=25867)> Acesso em: 25 de maio de 2020.

SOUZA, Â. C. de; AMARANTE, P.; ABRAHAO, A. L. **Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território**. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 72, n. 6, p. 1677-1682, Dec. 2019.

TEIXEIRA, C. F. et. al. **A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19**. Rede Covida, ciência, informação e solidariedade Salvador, 2020.

Vilelas JMS. **O novo coronavírus e o risco para a saúde das crianças**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, April 22 2020;28:e3320. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3320>.

WANG, J.; ZHOU, M.; LIU, F. **Reasons for healthcare workers infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) China**. J Hosp Infect. 2020 May;105(1):100-101. doi: 10.1016/j.jhin.2020.03.002. Epub 2020 Mar 6.

WANG, H.; WANG, S.; YU, K. **COVID-19 infection epidemic: the medical management strategies in Heilongjiang Province, China**. Crit Care 2020 doi: 10.1186/s13054-020-02884-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11**, March 2020 [cited on 2020 Apr 25]. Disponível em:<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

WORLDMETER. **Coronavirus. As principais notícias sobre a pandemia de coronavírus (19/06)** [cited on 28 Jun. 2020]. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/as-principais-not%C3%ADcias-sobre-a-pandemia-de-coronav%C3%ADrus-19-06/a-53868363>.

ZUCCO, L.; et. al. **Considerações perioperatórias para o novo coronavírus 2019 (COVID-19)**. Critical Care & Pain Medicine, Boston, 2020.

## HOMENS NA ENFERMAGEM: SIGNIFICADOS E REPERCURSSÕES NA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS E GRADUANDOS

Data de aceite: 01/11/2021

Data de submissão: 04/10/2021

**Cristiano Alves Marques Filho**

<https://orcid.org/0000-0003-3698-8180>

**Victor Cunha de Souza**

<https://orcid.org/0000-0003-1753-073X>

**Patrícia Littig Melo**

<https://orcid.org/0000-0002-0204-8628>

**Marcos Antônio Leão Martins Filho**

<https://orcid.org/0000-0002-8211-7661>

**Paula Regina de Souza Hermann**

<http://orcid.org/0000-0002-3235-3287>

**RESUMO: Objetivos:** Identificar na literatura nacional e internacional as repercursões vivenciados pelo enfermeiro do sexo masculino na concepção dos graduandos e profissionais de enfermagem. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, estruturada de acordo a estratégia PICO. Realizada em seis bases de dados Medline via National Library of Medicine (Pubmed), Embase, Scopus, Cinahl, Lilacs via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A busca ocorreu em julho de 2020. Os estudos selecionados foram apresentados em forma de quadro e agrupados em categorias por critério de semelhança. **Resultado:** Compuseram o estudo 15 artigos proveniente majoritariamente da literatura internacional. Emergiram duas categorias: Influência do gênero na profissão

do enfermeiro e Singularidades da atuação do profissional enfermeiro. **Considerações Finais:** Homens sofrem preconceitos ao optarem pela enfermagem como profissão. **Implicações para prática:** O estudo corrobora para mudança de paradigma sobre a atuação do enfermeiro do sexo masculino e contribui para desvendar esteriotípos que circundam a profissão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermeiros; Estudantes de Enfermagem; Homens; Papel de gênero; Sexismo.

### MEN IN NURSING: MEANINGS AND REPERCURSIONS IN THE CONCEPTION OF PROFESSIONALS AND GRADUATES

**ABSTRACT: Objectives:** To identify in the national and international literature the repercussions experienced by male nurses in the conception of undergraduates and nursing professionals. **Method:** This is an integrative literature review, structured according to the PICO strategy. Carried out in six Medline databases via the National Library of Medicine (Pubmed), Embase, Scopus, Cinahl, Lilacs via the Virtual Health Library (VHL). The search took place in July 2020. The selected studies were presented in a table format and grouped into categories by criterion of similarity. **Results:** The study consisted of 15 articles, mainly from international literature. Two categories emerged: Influence of gender on the nursing profession and Singularities in the performance of professional nurses. **Final Considerations:** Men suffer prejudice when opting for nursing as a profession. Implications for practice: The study corroborates

the paradigm shift on the role of male nurses and contributes to unravel stereotypes that surround the profession.

**KEYWORDS:** Gender Role; Men; Nurses, male; Sexism; Students, nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

A predominância feminina na enfermagem, bem como, seu caráter conexo com a caridade e religião, propiciou o desencadeamento da construção histórica dos preconceitos e estereótipos ainda presentes na profissão<sup>1</sup>. Alunos e profissionais do sexo masculino ao optarem pela carreira se deparam com um cenário culturalmente marcado por concepções e pré-julgamentos, a respeito de sua escolha laboral<sup>2</sup>. A gênese dos preconceitos associados à figura masculina na enfermagem perpassa diretamente pela construção sociocultural do “ser homem” e “ser mulher”<sup>3</sup>. A representação dos papéis sociais inerentes aos sexos é essencial para entender o porquê de a enfermagem moderna ser previsivelmente feminina<sup>2</sup>. A trajetória à qual a enfermagem trilhou devido às influências, de Florence Nightingale, limitou a presença do homem, no contexto profissional, restringindo os saberes e práticas às mulheres<sup>(3)</sup>. Dessa forma, o homem se inseriu no contexto da enfermagem com funções restritas visando compor as confrarias militares em épocas de guerra, pela necessidade, de prestar o cuidar ao seu semelhante, no tocante biológico<sup>4</sup>. Em contrapartida, na enfermagem contemporânea os homens passaram a acumular funções de assistência e gerencia nas mais variadas subdivisões do cuidado. Todavia, é perceptível sua predominância nas áreas administrativas, setores de urgência e serviços psiquiátricos. Nas atividades pertencentes ao campo obstétrico e ginecológico os homens são minoria<sup>4</sup>. O fator agravante nas relações entre enfermeiros e enfermeiras, se baseia na concepção de que o homem é inapto para o serviço de enfermagem, sendo muitas vezes tido como um elemento estranho, preguiçoso e menos capacitado para a atuação profissional<sup>2</sup>. Desde 1968 já se pensava na situação do homem na profissão e cogitavam-se métodos capazes de diminuir a barreira existente ao ingresso masculino na enfermagem; uma das mudanças adotadas pelas as escolas de graduação foi à institucionalização dos vestibulares, o que permitiu que os homens compusessem as turmas de enfermagem, visto que, em épocas passadas o ingresso se dava por meio de entrevistas e análise curricular<sup>5</sup>. Sabe-se que durante todo esse processo histórico a participação do homem era escassa, mas não proibida, entretanto, a carência quanto à presença da figura masculina nunca foi sanada. Presentemente, representada por profissionais com formação superior e formação técnica, a enfermagem configura-se como a segunda categoria profissional mais populosa do Brasil<sup>5,6</sup>. Segundo o levantamento realizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em 2015, quinze por cento (15%), dos enfermeiros que atuam no país são do sexo masculino. No Distrito Federal 16% do total de enfermeiros são do sexo masculino, o que reforça a premissa quanto ao predomínio feminino na profissão<sup>6</sup>

.Apesar de a literatura apontar a presença masculina como um elemento importante para a superação das barreiras de gênero, as estratégias que devem ser adotadas para transpor os preconceitos durante a formação acadêmica e atividade profissional ainda não são claras<sup>6</sup>. A partir desse entendimento é notória a necessidade da construção de estudos que possam sumarizar qual o pensamento social a respeito do homem no contexto da enfermagem, bem como, dar ouvidos, aos profissionais que durante sua vida sofreram alguma forma de preconceito. Considerando o exposto, constituiu-se o seguinte questionamento de pesquisa: Quais são os preconceitos vivenciados pelo enfermeiro do sexo masculino na concepção dos graduandos e profissionais de enfermagem? Estabelecendo como objetivo identificar na literatura nacional e internacional, as repercussões vivenciadas pelo enfermeiro do sexo masculino na concepção dos graduandos profissionais de enfermagem.

## 2 | MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica (RIL), que tem por objetivo a síntese de conhecimentos, executada em seis etapas metodológicas<sup>7</sup>. Na primeira etapa, definição da questão de pesquisa, foi realizada uma análise da temática sobre repercussões que os enfermeiros do sexo masculino vivenciam durante sua jornada acadêmica e profissional, o que tornou possível conhecer as variáveis de maior relevância dessa abordagem, de acordo com a literatura existente. Para a elaboração da questão de pesquisa empregou-se a estratégia PICO, sendo P (paciente) enfermeiros I (intervenção) preconceitos vivenciados CO (evento) concepção dos profissionais e graduandos. Na segunda etapa, busca e seleção de estudos primários, foram selecionadas as bases de dados de acordo com a sua relevância para a área da saúde. A busca ocorreu no período de julho de 2020, dessa forma, foram inclusas publicações até presente data. As bases de dados selecionadas foram: Medline via National Library of Medicine (Pubmed), Embase, Scopus, Cinahl, Lilacs via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Na terceira etapa, selecionou-se os descritores no DeCS/MeSH (Descritores em Ciências da Saúde/ Medical Subject Headings). Nas bases citadas, a busca foi realizada por meio da opção “busca avançada” com o uso dos descritores associados com os operadores booleanos OR para distingui-los e AND para associa-los e são os seguintes: Nurse, male AND Nursing AND Sexism. A busca se deu no mesmo turno e dia em ambas as bases. Não foi empregado nenhum tipo de delimitações. A quarta etapa, que corresponde a avaliação crítica dos estudos primários incluídos na revisão, subdividiu-se em três momentos. O primeiro compreende o levantamento dos estudos nas bases de dados. A princípio, foram recuperados da Pubmed (71) artigos, Cinahl (142), Embase (49), Scopus (42), Lilacs (0), BVS (52). Após levantamento dos estudos, foram excluídas as duplicatas e deu-se início ao segundo momento, a etapa da triagem, por meio da leitura de título e resumo, possibilitando a exclusão de estudos que não contemplava os critérios de elegibilidade.



Os critérios de inclusão desta revisão foram: artigos primários publicados nos idiomas inglês, português e espanhol na qual continha no seu corpo a descrição de preconceitos vivenciados pelos enfermeiros. Foram excluídos tese, dissertações, opiniões e relatos de experiências. Pelo quantitativo de estudos selecionados para o terceiro momento, a confirmação, os autores decidiram por adicionar uma delimitação de tempo, sendo assim, os artigos incluídos datariam dos últimos dez anos (2010-2020). Por fim, se realizou a leitura do texto completo dos estudos incluídos. Foi realizada seleção e revisão por pares, atribuindo um caráter mais fidedigno a avaliação dos estudos. A quinta etapa diz respeito a interpretação das informações contidas nos estudos selecionados, dessa forma, foram agrupadas em um quadro síntese que contém as seguintes informações: Título, autores, país, ano da publicação, metodologia do estudo, síntese da intervenção. Para facilitar a comparação, o agrupamento foi baseado nas semelhanças temáticas. Por fim, a última etapa propõe a apresentação e síntese dos resultados. Foi elaborado as conclusões do estudo e considerações extraídas da temática analisada. Por se tratar de uma revisão da literatura, não houve a necessidade de submissão ao comitê de ética em pesquisa.

### **3 | RESULTADOS**

Recuperados trezentos e cinquenta e seis (356) artigos nas bases de dados selecionadas por meio da estratégia de busca utilizada. Foram excluídos trezentos e quarenta (340), por não atenderem aos critérios de elegibilidade. Compuseram a amostra final quinze (15) artigos, conforme observado no fluxograma abaixo:

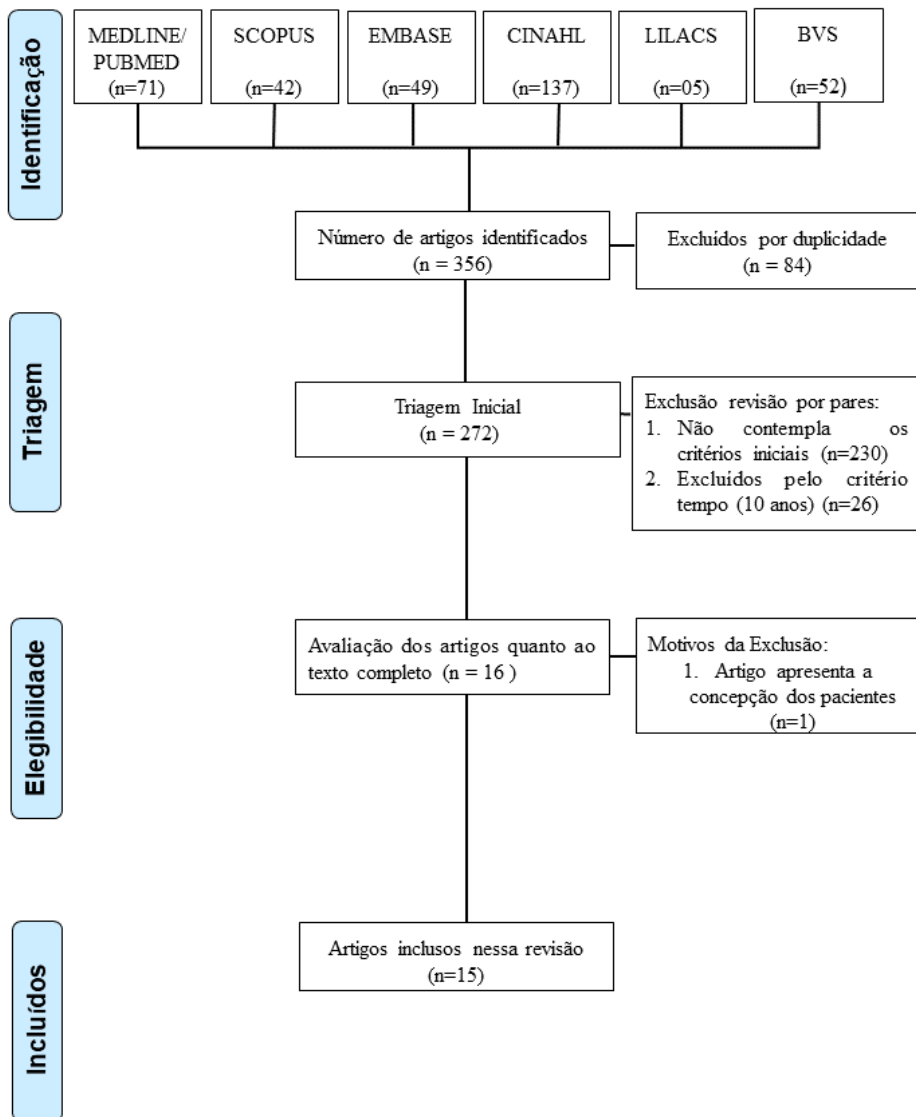


Figura 1: Fluxograma com representação de elegibilidade e inclusão de artigos na seleção dos estudos- Brasil, 2021. Fonte: Autores. Modelo adaptado do fluxograma Prisma.

## Caracterização dos estudos

A amostra é proveniente majoritariamente de literatura internacional. Os estudos de abordagem qualitativa foram predominantes, com oito (53%) artigos, seguido pelos estudos quantitativos com cinco (29,3%) e por fim, os mistos com dois (17,7%) artigos. Quanto ao tipo de participantes do estudo, dez (66,7%) estudos foram compostos por profissionais de enfermagem e cinco (33,3%) por estudantes de graduação em enfermagem. O sexo

dos participantes variou nos diferentes estudos. Em oito ( 53%) estudos foram entrevistados homens e mulheres e nos outros sete (47%), apenas homens. Os artigos tiveram como abordagem em comum questões sobre gênero e sexismo. O quadro abaixo demonstra os artigos selecionados para a revisão

<b>Título e Autor</b>	<b>País e Ano</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Abordagem</b>	<b>População e Amostra</b>	<b>Temática prevalente</b>
Are You Man Enough to be a Nurse? The Impact of Ambivalent Sexism and Role Congruity on Perceptions of Men and Women in Nursing Advertisements <b>Clow, K</b>	Canadá 2015	Esclarecer hipóteses sobre questões de gênero e a escolha da enfermagem, como profissão, por homens.	Estudo Quantitativo	164 estudantes de enfermagem que participaram do curso introdutório de psicologia (74 homens e 90 mulheres).	Gênero e Sexismo
Being a male nurse in Portugal during Salazar's dictatorship <b>Helena da Silva</b>	França 2013	Demonstrar a generalização da profissão de enfermagem em comparação ao ensino ocidental.	Estudo Qualitativo	08 enfermeiros aposentados e alunos da escola de enfermagem de Portugal (homens e mulheres)	Gênero e Sexismo
Blessed art thou among women: male nursing students and gender inequalities in Chile <b>Ricardo A. Ayala</b>	Chile 2014	Compreender a interação do estudante de enfermagem do sexo masculino e as desigualdades durante a formação acadêmica.	Estudo Qualitativo	22 estudantes de enfermagem (homens e mulheres).	Gênero e Sexismo
Conflicting image: Experience of male nurses in a Uganda's hospital <b>Susan Achora</b>	Uganda 2016	Gerar informações sobre as experiências enfermeiros em Uganda.	Estudo Qualitativo	11 enfermeiros (homens).	Gênero, Sexismo e Identidade profissional
Exploring attitudes of acceptance of males in nursing among registered nurses <b>Stephanie A. Gedzyk</b>	EUA 2019	Explorar as atitudes de aceitação dos enfermeiros do sexo masculino.	Estudo Quantitativo	311 enfermeiros (251 mulheres e 60 homens).	Gênero e Identidade profissional
Fighting the trauma demons: what men in nursing want you to know <b>Donna M. Sayman</b>	EUA 2015	Descobrir as experiências dos homens na enfermagem.	Estudo Qualitativo	10 enfermeiros (homens).	Gênero e Sexismo
Lived Experiences of Novice Male Nurses in Taiwan <b>Mei-Li Cheng</b>	Taiwan 2018	Explorar a experiência vivenciada por enfermeiros recém-formados.	Estudo Qualitativo	14 enfermeiros recém-formados (homens).	Gênero e Sexismo
Looking at male nurse discrimination among nursing students with o'connor's finger dexterity test: future of gender discrimination <b>Gulden Aynaci</b>	Turquia 2019	Avaliar os efeitos das diferenças de gênero na coordenação ocular e na destreza manual (coordenação olho-mão).	Estudo Quantitativo	100 estudantes de enfermagem (75 mulheres e 25 homens).	Gênero, Sexismo e Aptidão profissional

More alike than different: a comparison of male and female RNs in rural and remote Canadá <b>Mary e. Andrews</b>	Canadá 2012	Explorar as diferenças de gênero no trabalho entre enfermeiros registrados nas áreas rurais do Canadá.	Estudo Quantitativo	2.950 enfermeiros que tenham atuado na zona rural do Canadá (homens e mulheres).	Gênero, Sexismo e satisfação profissional
Stressors and rewards experienced by men in nursing: A qualitative study <b>Luke S. Blackley</b>	Austráli 2019	Explorar as experiências dos homens que trabalham na profissão de enfermagem.	Estudo Qualitativo	06 enfermeiros (homens).	Gênero, Sexismo e Estresse profissional
“The Good Ole’ Girls’ Nursing Club”: The Male Student Perspective <b>Teresa Carnevale</b>	EUA 2018	Identificar fatores que influenciaram a escolha e permanência dos homens no curso de graduação em enfermagem.	Estudo Qualitativo	11 estudantes de enfermagem (homens).	Gênero e Sexismo
The male of the species: a profile of men in nursing <b>David Stanley</b>	Austrália 2016	Traçar o perfil do homem na enfermagem.	Estudo Misto	1055 enfermeiros (homens e mulheres).	Gênero e Sexismo

Título: Quadro 1: Artigos Selecionados para o estudo-Brasil, 2021

\*Quadro referente a categoria: Influência de gênero. Fonte: os autores

Título e Autor	País e Ano	Objetivo	Abordagem	População e Amostra	Temática prevalente
If They Do Call You a Nurse, It Is Always a ‘Male Nurse’: Experiences of Men in the Nursing Profession. <b>Dale Rajacich, RN</b>	Canadá 2013	Explorar questões relacionadas à vida profissional de enfermeiros homens da área de Cuidados Intensivos.	Estudo Qualitativo	16 enfermeiros (homens).	Influência Familiar
Societal perceptions of male nurses in South Korea: A Q-methodological study; <b>Ick-Jee KIM</b>	Coréia do Sul 2016	Identificar a percepção social sobre enfermeiros do sexo masculino.	Estudo Misto	03 enfermeiros e 04 pacientes (homens e mulheres).	Percepção Social e Auto Percepção
The mediating role of perceived prejudice in the relationship between self-esteem and psychological distress among Chinese male nursing students; <b>Danjun Feng</b>	China 2019	Testar modelo teórico sobre relação entre autoestima e preconceito e escolha da graduação de enfermagem.	Estudo Quantitativo	460 estudantes de enfermagem (homens).	Autoestima e Sofrimento psicológico

Título: Quadro 2: Artigos Selecionados para o estudo-Brasil, 2021

\*Quadro referente a categoria: Singularidades da atuação do profissional enfermeiro Fonte: os autores.

A análise dos estudos permitiu a junção por semelhança e a subdivisão em duas categorias: Singularidades da atuação profissional do enfermeiro” e Influencia de genero na profissão do enfermeiro” que serão discutidas a seguir.

## 4 | DISCUSSÃO

### 4.1 Influência de gênero na profissão do enfermeiro

Nesta categoria foram incluídos doze artigos<sup>8-19</sup> que correspondem a 80% dos estudos incluídos na revisão. A categoria diz respeito às questões de gênero que circundam a escolha e exercício da enfermagem, bem como, as experiências vivenciadas por acadêmicos e profissionais homens. O homem ao optar pelo exercício da enfermagem torna-se sujeito a enfrentar estereótipos e julgamentos em função da construção de papéis ligados ao gênero e da caracterização feminina da profissão<sup>13</sup>. Dessa forma, a graduação em enfermagem passa a ser a segunda ou terceira opção de escolha<sup>10-13, 15</sup>. É importante salientar que o aumento no ingresso de homens na enfermagem propicia uma mudança na concepção cultural formada a respeito do exercício dessa profissão, corroborando para a iniciativa de que tanto homens como mulheres podem exercer a profissão em quaisquer áreas, seja na assistência, gerência ou docência<sup>4,13</sup>. Com a produção de mais conteúdo científico desmistificando a profissão da enfermagem ainda muito associada a um cuidado empírico/maternal para uma área de atuação baseada em evidências, na ciência, espera-se que haja uma abertura para a quebra dos estereótipos, dessa forma, propiciar referências para outros homens se interessem pela área e escolham-na como uma carreira<sup>20</sup>. Diante do exposto percebe-se que as motivações secundárias para homens são a estabilidade financeira e a progressão de carreira<sup>4,19, 21</sup>. Outro aspecto percebido é a carência de docentes homens, demonstrando a subrepresentação masculina na enfermagem, já que o corpo docente das escolas de enfermagem é majoritariamente feminino<sup>4,22</sup>. Dessa forma os homens relatam dificuldades em encontrar referências masculinas na profissão e por vezes se deparam com o sentimento de exclusão durante a graduação e prática profissional por serem minoria<sup>13,14,17,18</sup>. A quebra de barreiras e estereótipos relacionados com a profissão é uma das maneiras pelas quais inicia-se uma mudança cultural dentro da área. A produção científica é certamente uma opção para que o assunto seja explorado e concomitante divulgado para a comunidade científica, acadêmica e civil, corroborando para quebra de barreiras ligadas a estereótipos e questões de gênero dentro da profissão, propiciando novos modelos de ensino centrados na valorização da qualificação e ressignificação da profissão<sup>23</sup>. A modificação deste panorama perpassa pelo incentivo quanto à presença de profissionais enfermeiros do sexo masculino, em áreas do cuidado dominadas por enfermeiras. As discriminações vivenciadas durante a trajetória acadêmica e profissional pelos enfermeiros homens são resultado de um sistema que promove a manutenção de estigmas de gênero em função da construção histórica da profissão<sup>20</sup>. Há ainda os estereótipos ligados ao papel de gênero e trabalho. Todos os estudos dessa categoria mencionaram a dificuldade em aceitação dos enfermeiros homens tanto por parte das enfermeiras mulheres, quanto de pacientes do sexo feminino<sup>8-19</sup>. Esses estudos demonstram também que por esse fator os homens são comumente associados a atividades relacionadas ao uso de força física, a respostas

hostis de pacientes e a procedimentos de gestão e áreas com maiores tecnologias sendo que áreas de cuidados maternos e ginecológicos representa uma aprensão para os homens<sup>10,11,14,17</sup>. Os elementos que sustentam essa relação sexista da divisão do trabalho se deve a construção social da percepção masculina. Atribui-se a figura masculina a representação da força, rispidez e insensibilidade, características indesejáveis ao exercício do cuidado<sup>20</sup>. Existem ainda generalizações relacionadas a orientação afetiva sexual dos enfermeiros, mas destaca-se em especial, dois estudos que trouxeram<sup>17,24</sup> a descrição mais acentuada retratando explicitamente a taxa dos enfermeiros como homens gays. O relato de preconceitos e estereótipos sexistas não se restringem as barreiras territoriais, mas assume uma natureza cosmopolitana, por se fazer presente nas diferentes culturas distribuídas pelo globo. Um dos motivos destacados para a sustentação desse retrato, está atrelado à hegemonia feminina na profissão difundida em caráter mundial<sup>25</sup>. Dessa forma a orientação afetiva sexual não deve ser fator limitante ou considerado para execução do exercício profissional da enfermagem, pois a forma como homens e mulheres se relacionam afetivamente em suas vidas privadas não diz respeito a suas competências profissionais<sup>3,20,26</sup>. Esses fatores apontados são essências para a mudança de paradigmas relacionados aos campos de atuação dentro da enfermagem, que por muitas vezes, são vistos como restritos às profissionais do sexo feminino, como as áreas de saúde da mulher e saúde da criança<sup>3</sup>. Sendo assim, entende-se que a escolha da enfermagem como profissão, pelos homens, é cercada por inúmeras barreiras histórico-culturais impostas pelas sociedades binárias e sexistas baseada na divisão de papéis de gênero e trabalho. A enfermagem é uma profissão com grande retenção de mulheres, mas não significa que homens não possam exercer a profissão de forma competente e nas áreas que assim desejarem.

## 4.2 Singularidades da atuação do profissional do enfermeiro

Nessa categoria foram incluídos três estudos<sup>27-29</sup> que correspondem a 20% do número dos artigos analisados. Percebe-se que os homens em quanto coletivo convivem com diversas singularidades ao exercerem o cuidado de enfermagem, como por exemplo a forma como a sociedade entende e percebe a presença do homem na profissão já discutido na categoria anterior<sup>28</sup>. Diante disso existe um sofrimento psicológico que permeia o ingresso e o percurso do homem na enfermagem. Uma estratégia para minimizar esse sofrimento é a escolha do curso consciente, livre de pressões e estereótipos sociais/ familiares, pois contribui para elevar a autoestima dos homens<sup>29</sup>. A autoestima atua como fator protetor da saúde mental<sup>29</sup>. Sendo assim, é imprescindível que as percepções errôneas baseadas no gênero sejam superadas e mais homens sejam incentivados a escolher a profissão como primeira opção<sup>12,29</sup>. Ainda sobre o ingresso do homem demonstrou-se que quando membros da família ou amigos são enfermeiros há uma motivação positiva que direciona a escolha da profissão como a primeira opção viável<sup>27</sup>. Apesar disso os índices de homens que adentram a enfermagem como segunda opção ainda são crescentes<sup>29</sup>. Já

em relação a permanência e retenção dos homens na profissão, tensões, altos índices de estresse e esgotamento físico são fatores contribuintes para o abandono da carreira.<sup>(28)</sup> Ressalta-se que a divisão de trabalho baseada nos papéis de gênero relaciona-se com esses fatores e somatiza as resultados<sup>12</sup>. Enfermeiros homens acreditam que trabalhos sociais que favoreçam a relação pública da enfermagem frente à sociedade, destacando as potencialidades do homem na profissão pode ser uma estratégia de mudar a percepção da imagem da profissão, comumente associada às mulheres<sup>28</sup>. Outra singularidade presente nas vivências dos homens é o sentimento de invisibilidade e não reconhecimento de suas ações quanto profissionais de enfermagem, por constantemente serem vistos como profissionais médicos, simplesmente por conta de seu gênero<sup>28</sup>. Contudo os enfermeiros que encontram estratégias para superar essas barreiras declaram ter orgulho de exercerem a enfermagem e possuem satisfação profissional, principalmente ao perceber que participaram ativamente da recuperação de um paciente<sup>21, 28</sup>. Por fim, essa categoria permitiu identificar questões mais singulares dos homens na enfermagem, como fatores protetivos e motivacionais para o ingresso, bem como, situações que dificultam a continuidade do homem na profissão. Há também os sentimentos dos homens sobre sua atuação.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A análise dos estudos permitiu depreender que ao optar pela profissão enfermagem, o homem sofre com preconceitos relacionados aos papéis de gênero. Os homens ainda se deparam com sentimentos de invisibilidade e sofrimento psicológico. Quanto ao exercício da enfermagem são constantemente direcionados a áreas e atividades que necessitem da maior força física. É impressindível que a percepção da sociedade, sobre a enfermagem ser uma profissão destinada exclusivamente às mulheres, seja superada, para que os homens possam escolher de forma menos sofrida atuar como enfermeiros. Destaca-se que a orientação sexual afetiva do homem não pode ser critério de caracterização profissional da classe e tão pouco fator que limite ou restrinja o homem de atuar. O presente estudo visa contribuir para a mudança dos paradigmas e percepções errôneas que circundam a profissão de enfermagem e o ingresso dos homens. Ressalta-se a carência de estudos acadêmicos em âmbito nacional. Nesse sentido, espera-se que o estudo siva como alicerce para novas pesquisas envolvendo a percepção dos homens e sua atuação na enfermagem. Esta pesquisa possui limitações referente o método, uma vez que a revisão integrativa, apresentam o retrato da realidade pautado em resultados de estudos primários. Acresce-se que a estratégia de busca adotada, neste estudo, não recuperou artigos em âmbito nacional. As comparações entre estudos e países foram limitadas pelas diferentes abordagens metodológicas deste estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Hodges EA, Rowsey PJ, Gray TF, Kneipp SM, Giscombe CW, Foster BB, et al. **Bridging the Gender Divide: Facilitating the Educational Path for Men in Nursing.** J Nurs Educ [Internet]. 2017 May; [citado 2021 Jun 2]; 56(5):295–9. Disponível em <https://dx.doi.org/10.3928/01484834-20170421-08>.
2. Jesus ES, Marques LR, Assis LCF, Alves TB, Freitas GF, Oguisso T. **Preconceito na enfermagem: Percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas.** Rev da Esc Enferm [Internet]. 2010 Mar; [citado 2021 Jun 2]; 44(1):166–73. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000100024>.
3. Maurício LFS, Marcolan JF. **O ser masculino em sofrimento psíquico no curso de enfermagem.** Rev enferm UFPE line [Internet]. 2016 Dez; [citado 2021 Jun 2]; 10(6):4845–53. Disponível em <http://doi.org/10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201617>.
4. Costa KDS, Freitas GF, Hagopian EM. **Homens Na Enfermagem : Formação Acadêmica Posterior À Graduação E Trajetória Profissional.** Rev enferm UFPE line [Internet]. 2017 Mar; [citado 2021 Jun 2]; 11(3):1216-26 Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201712>.
5. Campos PFS, Oguisso T. **The University of São Paulo, School of Nursing and the Brazilian Nursing professional identity reconfiguration.** Rev Bras Enferm. [Internet]. 2008 Dez; [citado 2021 Jun 2]; 61(6):892–8. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000600017>.
6. Machado MH. **Perfil da enfermagem no Brasil: relatório final: Brasil. 2017** [cited 2021 Jun 2]; 750P-750P. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal>.
7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** Texto & Contexto Enfermagem [Internet]. 2008 Dez; [citado 2021 Jun 2]; 17(4):758-764. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
8. Clow KA, Ricciardelli R, Bartfay WJ. **Are You Man Enough to be a Nurse? The Impact of Ambivalent Sexism and Role Congruity on Perceptions of Men and Women in Nursing Advertisements.** Sex Roles [Internet]. 2015 Set; [citado 2021 Jun 2]; 72(7–8):363–76. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0418-0>.
9. Silva H. **Being a male nurse in Portugal during Salazar’s dictatorship (1940-70).** Nurs Inq [Internet]. 2013 Mar; [citado 2021 Jun 2]; 20(2):176–85. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2012.00597.x>.
10. Ayala RA, Holmqvist MT, Messing HB, Browne RF. **Blessed art thou among women: male nursing students and gender inequalities in Chile.** Nurse Educ Today. 2014 Dez; [citado 2021 Jun 2]; 34(12):1480-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.04.022>.
11. Achora S. **Conflicting image: Experience of male nurses in a Uganda’s hospital.** Int J Africa Nurs Sci [Internet]. 2016 Mai; [citado 2021 Jun 2] 5:24–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijans.2016.10.001>.
12. Gedzyk-Nieman SA, Svoboda G. Exploring attitudes of acceptance of males in nursing among registered nurses. J Nurs Manag [Internet]. 2019 Abril; [citado 2021 Jun 2]; 27(3):647–54. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/jonm.12723>.
13. Sayman DM. **Fighting the trauma demons: what men in nursing want you to know.** Nurs Forum



[Internet]. 2015 Jan-Mar; [citado 2021 Jun 2]; 50(1):9–19. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/nuf.12073>.

14. Cheng, M.-L., Tseng, Y.-H., Hodges, E., & Chou, F.-H. **Lived Experiences of Novice Male Nurses in Taiwan**. *Journal of Transcultural Nursing* [Internet]. 2018 Nov; [citado 2021 Jun 2]; 29(1), 46–53. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1043659616676318>.

15. Gulden Aynaci, Hediye Gulmez. **Looking at male nurse discrimination among nursing students with o'connor's finger dexterity test: Future of gender discrimination**. *J Mens health* [Internet]. 2019 Mar; [citado 2021 Jun 2]; 15(2):30–9. Disponível em: <https://doi.org/10.22374/jomh.v15i2.131>.

16. Andrews ME, Stewart NJ, Morgan DG, D'Arcy C. **More alike than different: a comparison of male and female RNs in rural and remote Canada**. *J Nurs Manag* [Internet]. 2012 May; [citado 2021 Jun 2]; 20(4):561-70. Disponível em: : <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01195.x.17>.

17. Blackley LS, Morda R, Gill PR. **Stressors and rewards experienced by men in nursing: A qualitative study**. *Nurs Forum* [Internet]. 2019 Out; [citado 2021 Jun 2]; 54(4):690–7. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/nuf.12397>.

18. Carnevale T, Priode K. **“The Good Ole’ Girls’ Nursing Club” : The Male Student Perspective**. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2018 May; [cited 2021 Jun 2]; 29(3):285-291. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1043659617703163>.

19. Stanley D, Beament T, Falconer D, Haigh M, Saunders R, Stanley K, et al. **The male of the species: a profile of men in nursing**. *J Adv Nurs* [Internet]. 2016 May; [citado 2021 Jun 2]; 72(5):1155-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.12905>.

20. Sales O, Bueno BCL, Araújo KEV, Jesus ADF , Guimarães CM. **Gênero Masculino Na Enfermagem : Estudo De Revisão Integrativa Male Gender in Nursing** : *Rev Humnidades e I* [Internet]. 2018 Mar; [citado 2021 Jun 2]; 5(11). Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1014>.

21. Younas A, Sundus A. **Patients experiencies and satisfaction about care provided by male nurses in medical surgical units in Islambad, Pakistan; A pilot study**. *Nurs Forum* [Internet]. 2018 Abril; [citado 2021 Jun 2]; 53(1):12-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1111/nuf.12212>.

22. Parga JES, Sousa JHM, Costa CM, Ferreira LS. **Esteriótipos e preconceitos de gênero entre estudantes de enfermagem da UFBA**. *Rev Baiana* [Internet]. 2001 Jan; [citado 2021 Jun 2]; 4 (1) 111-118 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v14i1.3846>.

23. Souza LL, Borges AD, Souza SD, Bêrredo M. **Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes**. *Ciências & Cognição* [Internet]. 2014 Mar; [citado 2021 Jun 2]; 2(19) 218-232 Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/127110>.

24. Clow, K. A., Ricciardelli, R., & Bartfay, W. J. **Attitudes and stereotypes of male and female nurses: The influence of social roles and ambivalent sexism**. *Journal of Behavioural Science* [Internet]. 2014 Jan; [citado 2021 Jun 2]; 46(3), 446–455. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0034248>.

25. Cunha YFF, Sousa RR. **Gênero E Enfermagem: Um Ensaio Sobre a Inserção Do Homem No Exercício Da Enfermagem**. *Rahis* [Internet]. 2017 Jul; [citado 2021 Jun 2]; 13(3):140–9. Disponível em: <https://doi.org/10.21450/rahis.v13i3.4264>

26. Viana HA, Sousa AWL de, Torres ARR. **Engenheiras e enfermeiros: estereótipos, discriminação e desafios de profissionais contranormativos.** Revista de Estudos em Língua e Literatura [Internet]. 2018 Mar; [citado 2021 Jun 2]; 29(1) 25–56. Disponível em <https://seer.ufs.br/index.php/interdisciplinar/article/view/9623>
27. Rajacich D, Kane D, Williston C, Cameron S. **If they do call you a nurse, it is always a “male nurse”: experiences of men in the nursing profession.** Nurs Forum. [Internet]. 2013 Jan-Mar; [citado 2021 Jun 2]; 48(1):71-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nuf.12008>.
28. Kim IJ, Kim SH, Sohn SK. **Societal perceptions of male nurses in South Korea: A Q-methodological study.** Jpn J Nurs Sci [Internet]. 2017 Jul; [citado 2021 Jun 2]; 14(3):219-230. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jjns.12152.29>.
29. Feng D, Kong W, Zhao W, Li Z, Wang L. **The mediating role of perceived prejudice in the relationship between self-esteem and psychological distress among Chinese male nursing students.** J Prof Nurs [Internet]. 2019 Jan; [citado 2021 Jun 2]; 35(6):505–11. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.05.003>.

## O CONFRONTO COM O EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE E A (IN)CAPACITAÇÃO PARENTAL

*Data de aceite: 01/11/2021*

*Data de submissão: 05/08/2021*

**Cristina Araújo Martins**

Universidade do Minho, Braga, Portugal,  
Unidade de Investigação em Ciências da  
Saúde: Enfermagem, Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra  
<https://orcid.org/0000-0003-2047-6607>

**RESUMO:** Enquadramento: O nascimento de um filho aciona uma das transições desenvolvimentais mais dramáticas e intensas do ciclo de vida familiar. Reúne significados e valores que remetem à atribuição e apropriação de papéis e expectativas que recaem sobre os progenitores e desempenham importante impacto sobre a dinâmica de vida pessoal e familiar, suscetível de originar descompensação e vulnerabilidades. Objetivo: Este estudo procurou compreender a experiência de transição para o exercício da parentalidade durante os primeiros seis meses de vida da criança. Metodologia: Grounded Theory, com a participação de cinco pais e cinco mães (casais), com 26-33 anos de idade e filho saudável, nascido de termo. Recolha de dados no domicílio dos participantes, aos primeiros dias, 1º, 4º, 6º mês de vida da criança, através de entrevistas semiestruturadas (total de 60 entrevistas). Recolha, codificação e análise dos dados realizadas de modo simultâneo e recursivo, num processo evolutivo constante. Resultados: Explicam a descoberta

do exercício da parentalidade pelos Pais, ao serem confrontados com mudanças e perdas que transtornam a sua vida e os surpreendem. Descrevem a categoria constatando um mundo desconhecido e avassalador, que integra as subcategorias “confrontando-se com a prestação de cuidados”, “constatando o impacto do bebé na sua vida”, “constatando uma realidade tão ou mais exigente que a esperada”, “confrontando-se com o bebé para cuidar”, “sentindo dúvidas no exercício da parentalidade”, “sentindo dificuldades na prestação de cuidados” e “sentindo um acréscimo de dificuldades em conciliar todas as tarefas”. Conclusões: Os Pais não estão preparados para esta transição, demonstram abalo na sua identidade e sentem muitas perdas antes dos benefícios se tornarem evidentes. Os enfermeiros podem dar o contributo inestimável na promoção desta adaptação, centrando o foco da sua intervenção nas estratégias adaptativas parentais que podem ser adotadas para diminuir o impacto desta transição, numa perspetiva antecipatória.

**PALAVRAS-CHAVE:** Parentalidade; adaptação; qualidade de vida.

### THE CONFRONTATION WITH THE PARENTHOOD EXERCISE AND THE PARENTAL (IN)CAPABILITY

**ABSTRACT:** Background: The birth of a child triggers one of the most dramatic and intense developmental transitions in the family life cycle. It brings together meanings and values that refer to the attribution and appropriation of roles and expectations that fall on the parents and have an important impact on the dynamics of personal

and family life, susceptible to cause decompensation and vulnerabilities. Objective: This study sought to understand the experience of transition to the exercise of parenthood during the first six months of a child's life. Methodology: Grounded Theory, with the participation of five fathers and five mothers (couples), aged 26-33 years old and a healthy full-term child. Data collection at the participants' homes, on the first days, 1st, 4th, 6th month of the child's life, through semi-structured interviews (total of 60 interviews). Collection, codification and analysis of data carried out simultaneously and recursively, in a constant evolutionary process. Results: Explain the discovery of the exercise of parenthood by parents, when faced with changes and losses that disrupt their lives and surprise them. Describe the category Noting an unknown and overwhelming world, which integrates the subcategories "facing the provision of care", "noting the baby's impact on their life", "noting a reality as demanding or more than expected", "facing the baby to care after", "feeling doubts in the exercise of parenthood", "feeling difficulties in providing care" and "feeling an increase in difficulties in reconciling all tasks". Conclusions: Parents are not prepared for this transition, demonstrate a strain on their identity and feel many losses before the benefits become evident. Nurses can make an invaluable contribution in promoting this adaptation, focusing their intervention on parental adaptive strategies that can be adopted to reduce the impact of this transition, in an anticipatory perspective.

**KEYWORDS:** Parenting; adaptation; quality of life.

## 1 | INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho, apesar de, usualmente, ser um acontecimento gratificante na vida dos progenitores/família e ser experienciado de um modo previsível e desejado, aciona uma das transições desenvolvimentais mais dramáticas e intensas do ciclo de vida familiar (NGAI; NGU, 2013; WIKLUND et al., 2018). Transforma o estilo de vida dos casais e obriga-os a fazer mudanças significativas na sua dinâmica e funcionamento, de modo a se adaptarem aos novos papéis como Pais (OHASHI; ASANO, 2012).

Além de mudanças a um nível pessoal, terão de fazer ajustes nas relações que estabelecem com o contexto social, incluindo a família alargada, amigos, trabalho e fatores culturais presentes na rede social (HIDALGO; MENÉNDEZ, 2009). Estas profundas mudanças nos estilos de vida, papéis e relações têm sido apontadas como fatores que proporcionam elevados níveis de stress e afetam a qualidade de vida de homens e mulheres quando se tornam Pais (NGAI; CHAN, 2011; NGAI; NGU, 2013). Cansaço, irritabilidade e frustração são manifestações do stress experienciadas (BALDWIN et al., 2018).

Não raras vezes, o desfecho do processo de adaptação não é favorável e o casal não assume de forma satisfatória e competente o papel parental. Nos motivos de rutura conjugal (HIDALGO; MENÉNDEZ, 2009; POLOMENO, 2014) e nos fatores de risco que contribuem para alguns Pais fazerem uso inapropriado das funções parentais, comprometendo ou prejudicando o desenvolvimento da criança, figura a vivência de uma transição complicada (HIDALGO; MENÉNDEZ, 2009).

Uma série de fatores podem inibir ou potenciar esta transição (MELEIS, 2010). Na

opinião da autora, um tempo amplo de preparação, a aquisição de conhecimentos sobre o que irá acontecer e a provisão de estratégias de *coping* favorecem positivamente esta experiência. Contudo, nem sempre esta preparação e conhecimento estão presentes ou são suficientes. Hidalgo e Menéndez (2009) destacam que muitos Pais, especialmente primíparos, se sentem inseguros e colocam uma série de dúvidas, incertezas e preocupações sobre tópicos variados, relacionados com conhecimentos e habilidades requeridos pelo cuidado ao bebé (como acalmar o choro, o que fazer em situação de febre, etc.) e com novas responsabilidades a assumir e a redistribuição dos papéis anteriores (como conciliar o cuidar do bebé com a atividade laboral, como organizar entre ambos os Pais o seu cuidar, etc.).

Face às responsabilidades assumidas no cuidado do filho, os pais podem enfrentar dificuldades e falta de autoeficácia no cumprimento das expectativas dos seus novos papéis (ENTSIEH; HALLSTRÖM, 2016). Vários estudos confirmam o fenómeno de expectativas violadas na transição parentalidade, tornando a adaptação à mesma mais difícil de ser superada (BALDWIN et al., 2018; HIDALGO; MENÉNDEZ, 2009; MARTINS, 2009). Esta é uma questão pertinente, pelo impacto que tem na qualidade de vida dos Pais e, eventualmente, no desenvolvimento infantil (WHITTLE et al., 2014).

Este estudo procura compreender a experiência de transição para o exercício da parentalidade durante os primeiros seis meses de vida da criança, com a finalidade de poder contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à família nesta transição.

## 2 | METODOLOGIA

Considerando a natureza relacional, subjetiva e complexa do fenómeno em estudo, que abarca sentimentos, experiência e reflexão, optámos pelo paradigma qualitativo de investigação e pela *Grounded Theory*. Esta metodologia de investigação, de cariz interpretativo, permite-nos perceber o significado do fenómeno para o participante e compreender como o mesmo vive as suas experiências, extraíndo o seu significado, o que sente e como interage, sendo uma abordagem apropriada em situações de natureza psicossocial, como é o caso da transição para a parentalidade, que carecem de teorização e desenvolvimento de conhecimento acerca do seu processo e estrutura (CORBIN; STRAUSS, 2014).

Esta investigação decorreu no domicílio dos Pais, acompanhando, em distintos momentos de colheita de dados (1<sup>os</sup> dias, 1<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup> e 6<sup>o</sup> mês de vida da criança), o processo de transição para o exercício da parentalidade. Os momentos foram selecionados por constituírem-se idades-chave de vigilância infantil recomendadas pela Direção-Geral da Saúde de Portugal. Participaram no estudo 5 casais (4 primíparos e 1 múltiparo), com idades entre os 26 e 32 anos e filho nascido de termo e saudável (4 do sexo masculino e

1 do feminino). O acesso aos participantes foi facilitado pela prévia participação no curso de preparação para a parentalidade que estes se encontravam a frequentar num centro de saúde da região norte do país, a quem solicitámos autorização. O tamanho da amostra foi obtido por saturação teórica.

A recolha de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas (total de 60 entrevistas), complementadas por observação das interações familiares e das práticas instrumentais de cuidados à criança, realizada em 37 visitas domiciliárias; cumprindo, em cada momento de colheita de dados, uma sequência de entrevistas em separado ao pai e à mãe sobre a experiência vivida, seguida de uma breve entrevista em conjunto. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e subsequentemente transcritas, após obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes e assegurando a confidencialidade dos dados e o anonimato, recorrendo à utilização de nomes fictícios.

Após a primeira entrevista iniciou-se, com recurso ao programa NVivo, o tratamento e análise dos dados, cumprindo as etapas de codificação do corpus – codificação aberta, axial e seletiva – até à formulação de proposições teóricas, resultantes da análise das relações entre categorias, preconizadas por Corbin e Strauss (2014). Os dados foram decompostos em segmentos discretos, com o desígnio de os conceptualizar e categorizar, e foram sistematicamente inspecionados e comparados. Os temas emergiram dos dados e, através de maiores comparações, juntaram-se em categorias ou conceitos, que puderam ser ligados numa teoria substantiva, em torno da categoria central *ser pai, ser mãe: um processo em construção na interação*. A recolha, codificação e análise dos dados ocorreram de modo simultâneo e recursivo, num processo evolutivo constante.

### 3 | RESULTADOS

Constatando um mundo desconhecido e avassalador evidencia o confronto dos Pais com um quotidiano de cuidado ao bebé que é desconhecido e muito exigente, na medida em que novos papéis e rotinas têm de ser assumidos, apelando a uma aprendizagem constante e a uma profunda adaptação à nova condição de cuidadores.

Os Pais confrontando-se com a prestação de cuidados confirmam a sua inexperiência em cuidados infantis e constataam os muitos afazeres que isso acarreta, numa prestação permanente, em que as rotinas e tarefas parecem repetir-se ciclicamente ao longo do dia. Facilmente experimentam a sensação de que a quantidade de cuidados que deve ser realizada é maior do que o tempo disponível para a sua realização, especialmente as mães que, adequando-se às necessidades de dedicação e cuidado permanentes e assumindo o papel tradicional de principal cuidadora, sobrepõem funções na divisão do seu tempo como cuidadoras dos filhos e da casa:

*“Claro que não há muita margem para muita coisa, porque ela é só aquele bocadinho que está a dormir, que deixa espaço para... para fazermos as*

*coisas, mas de resto é quase sempre enquanto se muda a fralda, e se põe a arrotar, e não sei porquê passa quase o tempo todo, não é?!” (Daniela).*

Constatando o impacto do bebé na sua vida mostra como, nos primeiros dias em casa, a grande dependência do bebé assusta os Pais, dando a impressão de que não conseguem “dar conta” de todas as exigências. O nascimento do recém-nascido significa dormirem e descansarem menos, sentirem desconforto físico, terem menos tempo livre, deixarem de ter a sua vida organizada e ser difícil conciliarem as tarefas.

Ser pai ou mãe parece ser, assim, uma experiência alucinante, *“isto é... é um ritmo, deixou de haver hora para dormir, hora para... para acordar, deixou de haver fim de semana, portanto, para já é sempre...”* (Manuel), em que o “tempo” e as rotinas de vida estão de sobremaneira comprometidos. Sê-lo pela segunda vez não parece ser menos avassalador, porque retoma todo este ciclo e traz desafios acrescidos no exercício do papel parental. Os desabaços, *“só quem está metido nelas é que sabe”* (Lucas); *“É duro ser mãe!”* (Nádia), retratam bem o impacto desta nova experiência.

Na esfera conjugal, o casal não encontra tempo disponível para investir na relação. O dia é ditado pelas necessidades do recém-nascido e nem para isso parece ser suficiente, *“é impossível estar a pensar... em nós os dois, porque o tempo não chega sequer para... para, para cuidar dele”* (Clara). Os progenitores veem-se sem tempo, *“para termos uma conversa, para estarmos juntos, para... para namorarmos”* (Clara), ou com menos tempo para o casal, apenas com tempo só mesmo à noite. Um terceiro elemento, o filho, está agora sempre presente entre o casal, dando a impressão de ser um tempo a dois diferente, quando existe. Mesmo a sós, o casal dá conta de atenções centradas no bebé, dominando o tema das suas conversas e interações:

*“não temos propriamente tempo para nós!, não é?!, tempo para os dois, mas... (...) às vezes quando nos deitamos, aproveitamos para... conversar um bocadinho e... trocar umas ideias... e... acerca dela, mas normalmente é sempre, o assunto é sempre ela, é inevitável, não é?!”* (Daniela).

Com dois filhos no agregado familiar, o tempo para o casal ainda fica mais limitado: *“se já com o primeiro já tínhamos pouco tempo, com o segundo as coisas ainda pioraram.”* (Lucas); *“quase que não há tempo para... para... para dizer olá, muitas vezes”* (Nádia).

O impacto do bebé é também sentido a nível económico na família, que vê as suas despesas acrescidas, por compra frequente de fraldas, *“para já... já lá foram duas fraldas, dois molhos de fraldas, pronto.”* (Vasco), e sacos de conservação e congelação de leite materno.

Decorridos 4/6 meses de experiência parental, os progenitores continuam a testemunhar um forte impacto do bebé nas suas vidas, quer a nível individual quer conjugal, dando testemunho de todas as dimensões e propriedades que caracterizaram esta subcategoria no puerpério, com exceção da perturbação do sono e descanso. A perpetuidade deste comprometimento é claramente demonstrada por um pai, que se vê

sem tempo para realizar as tradicionais compras de Natal, a poucos dias de ser celebrado.

O embate com a prestação de cuidados e com as implicações que ter um filho traz às suas vidas, apesar de ser previsível em algumas circunstâncias, “já sabia que um filho que ia dar mais trabalho, que...” (Sofia), transcende as expectativas dos Pais em vários domínios, constatando uma realidade tão ou mais exigente que a esperada. A supressão dos tempos livres, a perturbação do sono, a permanência contínua em casa, a falta de tempo para o casal e para si próprios surpreende pais e mães, que se deparam com uma realidade desconhecida e avassaladora, sem estarem à espera que fosse bem assim:

*“eu imaginava que seria assim, mas é sempre mais alguma coisa do que a gente imagina, não é?!, porque ele ocupa-nos 100% (corrige) 101% do tempo... (...) 101% porquê?!, porque é o tempo todo e mais algum, (...), é bastante difícil, mesmo revezando-nos com o pai, com a mãe e com a avó a tomar conta dele e por aí fora, acaba por ser sempre uma... uma coisa que eu, que superou aquilo que eu estaria à espera!” (Manuel).*

Estar a contar que fosse assim ajuda algumas mães a encararem a intensidade desta experiência com mais naturalidade, embora não neguem o carácter de descoberta de algumas particularidades:

*“No fundo não foi nenhuma surpresa, já estávamos a contar com isso, claro que há sempre novidades, não é?! A gente não sabia de algumas situações como é que... como é que as coisas iam ser, mas praticamente tínhamos noção de que depois ia ser assim... uma dedicação a tempo inteiro, não é?!, que não dava tempo para fazer mais nada! (...), e depois encarei isso com alguma naturalidade porque... sabia que... que ia ter que ser assim, não é?!, que funciona assim com todos e... que os bebés é... é mesmo assim!” (Daniela).*

A constatação de uma realidade tão ou mais intensa que a esperada está também patente quando, apenas ao fim de um mês de puerpério, uma mãe se começa a rever nas expectativas criadas, evidenciando que estaria a contar que fosse como agora. É, igualmente, sentida aquando do nascimento do segundo filho, porque a experiência passada se tinha esbatido na memória parental. Para os pais, a surpresa é inevitável porque viveram a gravidez sem conseguirem imaginar pela inexperiência e sem terem pensado sobre isso, confrontando-se, no presente, com a dificuldade da experiência.

Aparentemente, aos 4/6 meses de transição para a parentalidade, o balanço que os Pais fazem da sua experiência é menos avassalador e inesperado que no puerpério, com relatos que salientam a previsibilidade do que encontraram.

Confrontando-se com o bebé para cuidar, os Pais primíparos passam a apropriar-se da sua nova condição de vida e consciencializam-se de que o recém-nascido é totalmente dependente deles e é quem comanda as suas vidas, o que parece estar ligado ao quanto não se sentem preparados para esta experiência, por falta de termo de comparação com outras crianças e por falta de experiência com crianças: “antes dele nascer, não tinha... não tinha grandes experiências de lidar com bebés, não imaginava o que isto é, sem dúvida.” (Manuel).



Este confronto não deixa de se fazer sentir aos 4/6 meses de vivência parental, porque mantêm a condição de Pais com falta de termo de comparação com outras crianças, sendo primíparos, e vidas regidas pelo filho, que é quem manda: *“Ele já manda, sempre mandou, não é?!, se for a ver...”* (Anselmo). O mundo da parentalidade prevalece, assim, fortemente condicionado pela inexistência de *“uma baliza, para saber se é ou não...”* (Ricardo), que minimize o impacto do desconhecido.

O cotidiano do exercício parental engloba a função de compreender e solucionar as pequenas questões relacionadas com o bem-estar do bebê. No puerpério, os Pais revelam insegurança nesta função, *“não temos um barômetro, não é?!, não... ela como não diz nada, é sempre a parte mais complicada...”* (Ricardo), e vão sentindo dúvidas no exercício da parentalidade, relacionadas com situações novas com que se deparam, com adequação das práticas, com a necessidade de verificação/supervisão constante do bem-estar do bebê, com a identificação da saciedade e necessidades nutricionais do bebê, com a manutenção da temperatura corporal do bebê fora de casa, com o agasalho adequado, com o término e a fluidez do leite materno, com o encerramento da fontanela, com o dilema de poder deitar o bebê sem eructar e com a descodificação das causas de choro:

*“A parte pior acho que é mesmo essa, é a dúvida, é a dúvida de não... de não estar a conseguir dar-lhe o que ela quer, não corresponder ao que ela está a pedir... e... (...) e se ela está a gostar, se está..., pronto, é... no fundo... o receio de não estar a fazer bem as coisas, não é?!”* (Daniela).

Apesar do *mundo dos bebés* não ser desconhecido quando se é mãe pela segunda vez, há dúvidas e preocupações que persistem em todas as experiências parentais:

*“mas quando chega o bebé e chora e... e mama outra vez e volta a chorar, fica-se sempre com essa dúvida, será que...?!, o ter leite não quer dizer que seja... que seja bom, não é?!, que há muitas pessoas que têm muito leite mas que não alimenta o bebé, (...) será que chega o soro fisiológico para desentupir ou se é preciso mais alguma coisa?!, (...) será que está a afetar os pulmõesinhos ou será que?!, essas dúvidas permanecem sempre, ahm e... e como da outra vez fiz a mesma coisa, fui logo ao médico, (...), não foi nada diferente, foi igual”* (Nádia).

São interrogações e dilemas que os Pais enfrentam na assistência ao recém-nascido que escondem a preocupação em não falhar no papel parental. Volvidos 4/6 meses de exercício parental, na assistência a um bebê desta idade, a descodificação das causas de choro ainda se mantém um enigma para os Pais em algumas circunstâncias. O término da produção de leite continua a ser uma das dúvidas que mais avassala as mães lactantes, a que outras, estritamente relacionadas, se associam, com testemunhos que evidenciam a relevância que atribuem à amamentação de um filho, presenciando-se, simultaneamente, alguma ambivalência quanto à desmesura desta prática, que pode dificultar a diversificação alimentar, *“porque está mesmo com... com o vício da mama e... também não vai reagir muito bem”* (Daniela).

Sentindo dificuldades na prestação de cuidados ao bebê evidencia insegurança perante situações de cuidado: *“preocupação no sentido de... da fragilidade também, de ser, de ser tudo novo... é isso que me preocupa, não é?”* (Ricardo). As dificuldades expressas estão, não raras vezes, associadas aos cuidados com o recém-nascido, por medo de o manipular e por desconhecimento sobre os mesmos cuidados. Evidenciam-se dificuldades no banho, na muda da fralda, na amamentação, nos cuidados com o coto umbilical e em lidar com o choro do recém-nascido.

Na prestação de cuidados de higiene genital e corporal, o recém-nascido parece ser, aos olhos dos progenitores, especialmente dos pais, um bebê muito frágil, exigindo alguma perícia para não ser magoado: *“Tento ter cuidado, medo?!, acho que não era medo, era... tinha o medo de... de o aleijar, não é?”* (Anselmo). A necessidade de destreza manual é também sentida na muda da fralda, porque é um bebê muito irrequieto, que *“exige quase que estejamos ali os dois, um para o acalmar, outro para... para mudar a fralda e...”* (Manuel).

Encontrar o “horário ideal” do banho, que promova no recém-nascido o relaxamento corporal favorável a uma noite de sono menos interrompida, é uma dificuldade encontrada pelos Pais nos primeiros dias em casa, que se veem sem conseguir definir um horário de rotina. A crescer a este obstáculo, não conseguir criar com o filho um momento de interação agradável, porque chora com fome durante o banho, gera ansiedade e frustração nos progenitores, perturbando a própria técnica de execução.

Mas é ao nível da amamentação que as mães destacam mais dificuldades, sentindo-se perturbadas quando o bebê não pega na mama: *“a nível da alimentação é aquilo que me está a deixar com mais dificuldade, pelo facto de... de ele não querer pegar... no peito”* (Clara). Percebem-se sem leite materno suficiente para atender as necessidades do recém-nascido e constataam, pelo volume retirado à bomba e pelo comportamento de choro e agitação do filho após ser amamentado, essa avaliação. Todas estas razões concorrem para que suplementem a alimentação do bebê com leite artificial e considerem a amamentação como a maior dificuldade sentida.

Sentindo dor na mama e a mama dura são outros contratempos que as lactantes experienciam no primeiro mês de vida do bebê, que as leva ao desespero e a recorrer à extração de leite. Também a apreensão de que os cuidados ao coto umbilical possam causar algum desconforto ou dor no recém-nascido, e possam estar na origem de uma queda prematura, intimida uma primípara na hora do banho e da muda da fralda:

*“a questão para mim era “ai se eu magoo no...!”, que aquilo não dói nada, pelos vistos, segundo dizem, mas “ai se eu magoo, ai se aquilo sai e entretanto fui eu que... que exagerei e...!”, prontos, (...) a questão “umbigo” era..., para mim é a maior dificuldade na... no tratar do bebê, no banho, na... na muda da fralda e tudo, fazia-me mesmo imensa confusão, ao vestir tinha sempre aquele cuidado de pôr aquilo direitinho, que não fosse...”* (Clara).

Mas não é só ao nível dos cuidados instrumentais que os Pais sentem dificuldades na assistência ao filho recém-nascido. Lidar com o bebé na presença de choro é uma situação difícil de gerir pelos Pais, que ficam incomodados, *“o mal é... é o choro, isso não há hipótese!”* (Vasco). O choro parece produzir junto dos Pais um efeito muito poderoso de frustração e ansiedade enquanto não sabem como tranquilizar o bebé ou não são capazes de fazê-lo, podendo levá-los a situações de desespero e interrupção de cuidados:

*“houve um dia realmente, um sábado, que ela estava... ahm... mesmo bastante, bastante agitada que... que eu já sinceramente não... não sabia o que lhe havia de fazer, já não..., eu própria, confesso, que já não tinha paciência... para estar com ela, não tinha mesmo! E então tinha..., prontos, cheguei a um ponto que... que eu disse “ó, peguem nela...”, pegou o pai, pegou a avó, pegou toda a gente, porque eu já estava!”* (Daniela).

Quando o filho chora há, de pronto, uma tentativa de apaziguamento por parte dos Pais, que se mostram incomodados e não gostam de o ouvir chorar, *“se ele estiver a chorar, eu não consigo deixá-lo ficar a chorar, tenho que vir logo pegar nele.”* (Sofia). Percebemos também, no testemunho seguinte, que lidar com o choro é difícil e pode levar o progenitor à intencionalidade de reverter a situação através da estratégia de deixar chorar para que o bebé se habitue: *“às vezes deixo-o chorar mais um bocadinho, estou lá com ele, e te te tal, ele chora, acalma, chora, acalma, chora, acalma, não vou pegar nele... ehm, porque ele assim também não se habitua.”* (Manuel).

Em todos os Pais encontramos relatos que evidenciam uma variação dimensional onde não estão presentes embaraços e apreensões na prestação de cuidados ao recém-nascido. Sem dificuldades e receios, em oposição a tudo o que anteriormente descreveram, pode querer significar a atribuição de uma ponderação valorativa menos relevante, numa tentativa de auto preservação do seu *self* frente ao mundo desconhecido e avassalador que constata na parentalidade: *“Não tenho assim nada que diga “olha isto tenho medo, tenho receio ou... não gosto, não!”* (Clara).

Pese embora nem todas sejam igualmente significativas, aos 4/6 meses de transição para a parentalidade os progenitores ainda dão conta de algumas dificuldades na prestação de cuidados ao bebé. Manejar o choro continua a ser uma situação difícil de gerir pelos Pais, especialmente porque o filho *“não diz o que tem, não é?!, só chora!”* (Anselmo), e lhes desencadeia sentimentos de desagrado e perturbação, que os leva a agir num impulso de pacificação quase instintivo e imediato. O abandono da alimentação exclusivamente láctea, característica desta fase desenvolvimental do bebé, é outro tópico de preocupação materna. A instrução, oral ou escrita, recebida dos profissionais de saúde nem sempre é completa, clara e concisa, podendo deixar a mãe sem saber que intervalo respeitar entre a introdução de alimentos ou sem ter compreendido a informação profissional, experienciando dificuldades na diversificação alimentar:

*“eu percebi que a médica me explicou, que ela disse para dar frango o primeiro mês, certo?!, depois disse os legumes para ir introduzindo um cada semana,*

*o meu entendimento foi que era para dar frango logo da primeira vez (risos), não é?!, e os legumes e, portanto, fiz-lhe a sopa com um bocadinho de frango e com legume, com batata, ahm...” (Daniela).*

As rotinas do banho e da amamentação, como há muito se encontram estabelecidas, não constituem fontes de constrangimento ou de dificuldades neste estágio de prestação de cuidados. No que concerne aos cuidados de higiene genital, a fragilidade e a descoordenação motora do bebé, que tanto preocupava os progenitores durante o puerpério, está agora superada. Apenas um pai perpetua dificuldades na muda da fralda, quando a esta se associa a necessidade de alívio das cólicas.

Numa altura em que as mães estão mais confiantes e seguras no desempenho do papel maternal, agem com maior destreza e parecem começar a dar conta de todas as obrigações em tempo útil, o regresso ao mundo laboral vem perturbar este equilíbrio, sentindo um acréscimo de dificuldades em conciliar todas as tarefas. Confirmam que é complicado agilizar diferentes papéis, veem-se a chegar a casa sempre tarde e com pouco tempo para realizar tantas tarefas, *“não há tempo para nada, a... a mil mesmo! A mil! É muito trabalho, é...”* (Nádia), exigindo-lhes maior coordenação e ligeireza. Sílvia vê-se mesmo sem saber quando terá tempo para cuidar da roupa: *“eu tenho ali uma carga de roupa para passar e não sei o que é que vou... como é que vou fazer, (...), não sei quando é que eu vou para lá.”*

## 4 | DISCUSSÃO

Tornar-se pai ou mãe representa uma mudança avassaladora que tem início quando os progenitores se apercebem do impacto do nascimento do bebé nas suas vidas, o qual se associa ao reconhecimento de que é preciso cuidar dele. Estas duas condições parecem estar ligadas ao quanto os Pais não se sentem preparados para esta experiência. A falta de preparação abarca tanto aspetos práticos, quanto gerais, do cuidado ao bebé (WIKLUND et al., 2018).

Muitos Pais sentem-se “esmagados” quando se deparam com o exercício da parentalidade. Enfatizam que é difícil e trabalhoso pelo facto de gerar uma grande reviravolta na rotina familiar, maior compromisso e necessidade de modificar ou abdicar de certas rotinas. Cuidar do filho exige-lhes uma grande disponibilidade de tempo e traz repercussões no seu bem-estar e qualidade de vida.

O reconhecimento do impacto que um bebé tem na vida de uma pessoa encontra-se pouco documentado na literatura de enfermagem, mas tem sido amplamente destacado em investigações sociológicas e feministas. Destacamos as publicações clássicas de Oakley (1980), que relaciona os sentimentos de “choque” e “entorpecimento” das mulheres quando se tornam mães, confirmando um visível impacto na sua autoestima quando se deparam com uma realidade vivida diferente da que era esperada; assim como de Crouch

e Manderson (1993), rica em testemunhos de mulheres “derrotadas” e profundamente angustiadas com a “constatação do impacto do bebé nas suas vidas”. Cuidar de um filho foi, para estas mulheres, exigente e imprevisível, levando-as a sentir uma perda de controlo e de liberdade.

A falta de tempo, como corolário do comprometimento com a parentalidade, surgiu neste estudo como uma das queixas mais insistente por parte dos Pais, refletida quer a nível pessoal, quer conjugal. O “tempo” como recurso escasso e precioso foi também elencado numa investigação acerca da maternidade contemporânea, onde cerca de 70% das mulheres consideraram a experiência de ser mãe mais difícil do que tinham previsto (MONTEIRO, 2005).

A perceção de disparidade entre as expectativas e a realidade é um aspeto importante desta constatação. O “choque” desta constatação está, em parte, relacionado à falta de preparação para a parentalidade, especialmente porque se apercebem do quanto é necessário aprender. A maioria dos participantes do presente estudo reconheceu não ter tido experiências anteriores com crianças. A diminuição de famílias alargadas na sociedade atual tem vindo a fazer com que os progenitores vivam a sua primeira experiência de relação com uma criança quando são pais ou mães (AUSLOOS, 2003).

É de ressaltar que esta falta de preparação se fez sentir em progenitores que frequentaram o curso de preparação para o parto, o que nos leva a questionar se a modalidade desta intervenção foi ao encontro das reais necessidades do exercício da parentalidade. A este propósito, uma revisão realística adverte que o conteúdo educacional veiculado é, muitas vezes, pensado em função do que os profissionais de saúde consideram ser importante para os Pais e não do que estes sentem como prioridade, sem que se chegue a identificar as suas preocupações e necessidades e a avaliar o seu conhecimento prévio (GILMER et al., 2016), podendo resultar em efeitos não significativos no ajustamento à parentalidade.

O despreparo para o desempenho do papel parental encontrado é um achado consistente em outras investigações desenvolvidas sobre a transição para a maternidade (FINLAYSON et al., 2020; WILKINS, 2006), corroborando os nossos achados que salientam que a constatação e a falta de preparação estão intrinsecamente ligadas e aumentam os sentimentos de agitação/perturbação. Também os homens experimentam sentimentos negativos e medos relacionados com o não saber o que esperar dos seus papéis, deixando-os nervosos e despreparados (BALDWIN et al., 2018).

O confronto com o nascimento consciencializa os Pais para uma realidade nova e absorvente, em que se deparam com um bebé totalmente dependente dos seus cuidados e com a necessidade de adaptação à parentalidade. As dúvidas e dificuldades que apresentam no cuidar do bebé são muitas (HIDALGO; MENÉNDEZ, 2009). Centram-se especialmente ao nível dos cuidados de higiene, alimentação/amamentação e identificação das causas de choro/necessidades do bebé, sendo manifestadas por interrogações

recorrentes (“*Será que...?*”), consonantes com a opinião de Brazelton (2007, p.31) quando afirma que “*aprender a conhecer um novo bebé - a sua individualidade, dependência e reações próprias - leva tempo e faz despende energia*”. O filho é-lhes um ser misterioso, cujos aspetos e necessidades terão de descobrir.

Grande parte das mães sentem dúvidas relacionadas à amamentação (CARVALHO et al., 2017). A amamentação ineficaz é um dos problemas mais comuns na transição para a parentalidade (LIU, 2017). Quando não conseguem fornecer leite materno suficiente para os bebés, o sentimento materno é de frustração; sentimento que pode ser explicado por a amamentação ser amplamente considerada um componente central dos ideais culturais de ser uma “boa mãe” (TSAI; WANG, 2019).

O desconhecimento e a in experiência nos cuidados ao bebé e acerca do motivo do seu choro são também frequentemente enfatizados como fatores indutores de frustração e cansaço. As mães, em particular, chegam a sentirem-se oprimidas e tensas pelo choro dos filhos (TSAI; WANG, 2019).

O cansaço, as perturbações do sono, a sobrecarga de trabalho na realização de rotinas e conciliação de papéis, e o facto da vida passar a ser regrada pelos horários e necessidades do bebé, principalmente para a mãe, mas também para o pai, são situações geradoras de stress e perturbação emocional (MARTINS, 2019). Pese embora seja nas primeiras semanas pós-parto que os Pais enfrentam os maiores desafios de adaptação à parentalidade, as situações, muitas vezes imprevisíveis, que envolvem a relação Pai-filho, não se esgotam com o final do puerpério, pelo que a constatação permeia todo o primeiro semestre de exercício parental.

## 5 | CONCLUSÃO

Como conclusão podemos realçar que a parentalidade impõe ruturas, reestruturação e abdicação de rotinas diárias e de um relacionamento conjugal mais efetivo, ao dar lugar a uma interação triádica. Cuidar de um filho exige grande disponibilidade de tempo e traz repercussões no bem-estar e qualidade de vida dos progenitores, comprometendo a perceção de competência parental. Tudo muda, numa amplitude de difícil explicação e comparação. O nascimento apenas configura “a entrada” no papel parental, assinalando o início da vivência de um período de profundas modificações, cujo delimitador de término não conseguem vislumbrar. A perceção de disparidade entre as expectativas e a realidade é um aspeto importante desta constatação, e está intrinsecamente ligada à falta de preparação para a parentalidade, especialmente porque se apercebem do quanto é necessário aprender.

Os Pais nem sempre estão preparados para superar essa fase de profundas mudanças. Demonstam abalo na sua identidade e sentem muitas perdas antes dos benefícios se tornarem evidentes, demonstrando que a intervenção do enfermeiro é

necessária. Os enfermeiros, pela natureza dos cuidados que prestam, pelo trabalho de proximidade e pelas competências que possuem na abordagem ao indivíduo e à família, podem dar o contributo inestimável na promoção desta adaptação, o que implica centrar o foco da sua intervenção nas estratégias adaptativas parentais que podem ser adotadas para diminuir o impacto desta transição, numa perspetiva antecipatória.

## REFERÊNCIAS

AUSLOOS, G. (2003). **A competência das famílias**. Lisboa: Climepsi.

BALDWIN, S.; MALONE, M.; SANDALL, J.; BICK, D. Mental health and wellbeing during the transition to fatherhood: a systematic review of first time fathers' experiences. **JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, v. 16, n. 11, p. 2118-2191, 2018.

BRAZELTON, T. B. **O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. 10ª edição. Lisboa: Editorial Presença, 2007.

CARVALHO, N.; GASPAR, R, F.; CARDOSO, R. Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: initial difficulties. **Investigacion & Educacion en Enfermeria**, v. 35, p. 285-294, 2017.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory**. 4th edition. London: Sage Publications, 2014.

CROUCH, M.; MANDERSON, L. **New motherhood: cultural and personal transitions in the 1980s**. Melbourne: Gordon and Breach, 1993.

ENTSIEH, A.; HALLSTRÖM, I. k. First-time parents' prenatal needs for early parenthood preparation – a systematic review and meta-synthesis of qualitative literature. **Midwifery**, v. 39, p. 1-11, 2016.

FINLAYSON, K.; CROSSLAND, N.; BONET, M., DOWNE, S. What matters to women in the postnatal period: a meta-synthesis of qualitative studies. **PLoS One**, v. 15, n. 4, p. e0231415, 2020.

GILMER, C; BUCHAN, J. L.; LETOURNEAU, N.; BENNETT, C. T.; SHANKER, S. G.; FENWICK, A.; SMITH-CHANT, B. Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: a realist review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 59, p. 118-133, 2016.

HIDALGO, M. V.; MENÉNDEZ, S. Apoyo a las familias durante el proceso de transición a la maternidad y la paternidad. **Familia**, v. 38, p. 133-152, 2009.

LIU, Y. J. The nursing experience of assisting a primipara successful breastfeeding. **Changhua Nursing**, v. 24, p. 36-47, 2017.

MARTINS, C. A. Transição para a parentalidade: uma revisão sistemática da literatura. In: BARBIERI M. C. et al. (Eds.). **Da investigação à prática de enfermagem de família**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009. p. 115-127.

MARTINS, C. A. Transition to parenthood: consequences on health and well-being. A qualitative study. **Enfermeria Clínica**, v. 29, n. 4, p. 225-233, 2019.

MELEIS, A. H. **Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company, 2010.

MONTEIRO, R. **O que dizem as mães: mulheres trabalhadoras e suas experiências**. Coimbra: Quarteto, 2005.

NGAI, F.-W.; CHAN, S. C. Psychosocial factors and maternal wellbeing: An explanatory path analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 48, n. 6, p. 725-731, 2011.

NGAI, F.-W.; NGU, S.-F. Quality of life during the transition to parenthood in Hong Kong: a longitudinal study. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 34, n. 4, p. 157-162, 2013.

OAKLEY, A. **Women confined: towards a sociology of childbirth**. New York: Schocken Books, 1980.

OHASHI, Y.; ASANO, M. Transition to early parenthood, and family functioning relationships in Japan: a longitudinal study. **Nursing and Health Sciences**, v. 14, n. 2, p. 140-147, 2012.

POLOMENO, V. The teaching of conjugal vulnerability during the transition to parenthood. **International Journal of Child Birth Education**, v. 29, p. 78-85, 2014.

TSAI, S.-S.; WANG, H.-H. Role changes in primiparous women during 'doing the month' period. **Midwifery**, v. 74, p. 6-13, 2019.

WHITTLE, S.; SIMMONS, J. G.; DENNISON, M.; VIJAYAKUMAR, N.; SCHWARTZ, O.; YAP, M. B. H.; SHEEBER, L.; ALLEN, N. B. Positive parenting predicts the development of adolescent brain structure: a longitudinal study. **Developmental Cognitive Neuroscience**, v. 8, p. 7-17, 2014.

WIKLUND, I.; WIKLUND, J.; PETTERSSON, V.; BOSTRÖM, A.-M. New parents' experience of information and sense of security related to postnatal care: A systematic review. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 17, p. 35-42, 2018.

WILKINS, C. A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. **Midwifery**, v. 22, p. 169-180, 2006.



## O DESAFIO DE TORNAR-SE PAI OU MÃE: ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NO EXERCÍCIO DO PAPEL PARENTAL

*Data de aceite: 01/11/2021*

*Data de submissão: 05/08/2021*

### **Cristina Araújo Martins**

Universidade do Minho, Braga, Portugal,  
Unidade de Investigação em Ciências da  
Saúde: Enfermagem, Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra  
<https://orcid.org/0000-0003-2047-6607>

**RESUMO:** Enquadramento: A parentalidade assinala uma das maiores mudanças que o sistema familiar enfrenta e uma transição especialmente crítica, pelas repercussões que pode ter na saúde e bem-estar dos próprios pais e no saudável desenvolvimento das crianças. Objetivo: Este estudo procurou compreender os padrões de resposta dos pais no exercício da parentalidade durante os primeiros 6 meses de vida da criança. Métodos: Grounded Theory. Recolha de dados a partir de entrevistas semiestruturadas (total de 60 entrevistas), complementadas por observação (total de 37 visitas domiciliárias), realizadas nos primeiros dias, 1º, 4º e 6º mês de vida da criança. Participação de 5 pais e 5 mães (casais), com idades compreendidas entre 26 e 33 anos e com filho saudável, nascido de termo. Resultados: Desocultam as ações/interações adotadas pelos pais frente ao fenómeno parentalidade, as quais encerram componentes cognitivos (de aprendizagem, tomada de decisão), relacionais (suporte familiar) e operacionais (partilha de

tarefas, reorganização de rotinas, conciliação de papéis). Conclusões: Esta investigação constitui-se como ponto de reflexão e sensibilização para a mudança/inação dos contextos de prática clínica, realçando a ação moderadora e mediadora que os enfermeiros podem assumir no domínio da transição para a parentalidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Poder familiar; comportamento; enfermagem.

### THE CHALLENGE OF BECOMING A FATHER OR MOTHER: STRATEGIES USED IN THE PARENTAL ROLE EXERCISE

**ABSTRACT:** Background: Parenthood marks one of the greatest changes the family system faces and an especially critical transition, due to the repercussions it can have on the health and well-being of parents themselves and the healthy development of children. Aim: This study aimed to understand the response patterns of parents in the exercise of parenthood during the child's first 6 months of life. Methods: Grounded Theory. Data collection from semi-structured interviews (a total of 60 interviews), complemented with observation (a total of 37 home visits), which took place in the child's first days, and the 1st, 4th and 6th months. We had the participation of 5 fathers and 5 mothers (couples), with ages ranging from 26 to 33 years and one healthy child, born at full term. Results: They uncover the actions/interactions adopted by parents facing the parenthood phenomenon, which hold cognitive (learning, decision-making), relational (family support) and operational (division of labour, routine rearrangement, reconciliation of roles)

components. Conclusions: This investigation is constituted as a reflection and awareness point towards the change/innovation in the contexts of healthcare practice, highlighting the moderator and mediator action nurses can assume during the transition to parenthood.

**KEYWORDS:** Parenting; behavior; nursing.

## 1 | INTRODUÇÃO

A parentalidade, de um ponto de vista desenvolvimental, marca a passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar, envolvendo a complexificação no sistema familiar, com a conseqüente redefinição de papéis e tarefas. Representa uma das maiores mudanças que o sistema familiar enfrenta (NGAI; NGU, 2013; KATZ-WISE; PRIESS; HYDE, 2010), na qual os cônjuges se tornam progenitores de uma nova família.

Embora decorra frequentemente de uma opção, tornar-se pai ou mãe é uma transição especialmente crítica, pelo carácter irreversível do compromisso assumido e pelas repercussões que pode ter, não só na saúde dos próprios Pais, como, também, na saúde e desenvolvimento das crianças (BRAZELTON, 2007; HIDALGO; MENÉNDEZ, 2009; NGAI; CHAN, 2011). Não representa necessariamente uma crise incontornável, no entanto a sua relevância não deve ser menosprezada, devido às muitas alterações ocorridas e à possibilidade de, no decurso desta vivência transicional, estar alterada a capacidade de autodeterminação dos Pais, de gestão das suas necessidades e de construção de respostas adaptativas.

Pese embora se possa presumir que a parentalidade se desenvolve naturalmente no ser humano pelo facto de se ter sido membro de uma família, as famílias pequenas e nucleares da atualidade não oferecem as mesmas oportunidades de experiência com crianças mais novas como as famílias extensas de outrora (HIDALGO; MENÉNDEZ, 2009). Muitos novos Pais veem-se privados da oportunidade de lhes ser passado o legado geracional e experiencial de tudo o que envolve a parentalidade, produzindo-se a maior parte da sua aprendizagem por meio do ensaio e erro.

A aquisição de competências parentais, ou capacidade para cuidar dos filhos e responder adequadamente às suas necessidades, é uma tarefa complexa (SALLÉS, GER, 2011). Exige aptidões para criar e coordenar respostas (afeto, cognição, comunicação, comportamento) flexíveis e adaptativas, a curto e longo prazo, face às exigências associadas à realização das tarefas, e conceber estratégias para aproveitar as oportunidades que se lhes oferecem. Um adequado desempenho do papel de pai/mãe requer o desenvolvimento de competências parentais e de autonomia, e, ao mesmo tempo, a capacidade de diligenciar apoio social, tanto emocional como instrumental, para enfrentar com êxito as constantes exigências da parentalidade (HIDALGO; MENÉNDEZ, 2009; PONOMARTCHOUK; BOUCHARD, 2015).

Além de complexa, a transição para a parentalidade é também considerada

multidimensional, englobando aspetos pessoais, culturais, de díade e de dimensão social (GAUTHIER; MONTIGNY, 2013), com um corpo de conhecimento sobre o fenómeno relativamente escasso. Este estudo procura compreender os padrões de resposta dos Pais no exercício da parentalidade durante os primeiros 6 meses de vida da criança.

## 2 | METODOLOGIA

Estudo de Grounded Theory alicerçado nos pressupostos das abordagens qualitativas e da corrente teórica do interacionismo simbólico, que realça a mediação da interação humana pelo uso de símbolos e significados. Esta opção metodológica justifica-se por ser particularmente adequada em situações de natureza psicossocial, como é o caso da transição para a parentalidade, que carecem de teorização e desenvolvimento de conhecimento acerca do seu processo e estrutura; e pelo seu potencial para desocultar emaranhados detalhes dos fenómenos (sentimentos, processos de pensamento e emoções) difíceis de captar/compreender através de métodos de investigação mais convencionais (CORBIN; STRAUSS, 2014).

A recolha de dados decorreu no domicílio dos Pais, em diferentes momentos do processo de transição para o exercício da parentalidade: 1<sup>os</sup> dias, 1<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup> e 6<sup>o</sup> mês de vida da criança, acompanhando, parcialmente, as idades-chave de vigilância infantil recomendadas pela Direção-Geral da Saúde de Portugal. Os dados foram colhidos através de entrevistas semiestruturadas (total de 60 entrevistas), complementadas por observação das interações familiares e das práticas instrumentais de cuidados à criança, realizada em 37 visitas domiciliárias. Em cada momento de colheita de dados foi realizada entrevista em separado ao pai e à mãe sobre a experiência de parentalidade, seguida de uma breve entrevista em conjunto. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e subsequentemente transcritas, após obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes e assegurando a confidencialidade dos dados e o anonimato (recurso à utilização de nomes fictícios).

A amostra do estudo foi constituída por 5 pais e 5 mães (casais), 4 dos quais primíparos e 1 múltiparo, com idades compreendidas entre os 26 e 33 anos e com filho nascido de termo e saudável (4 do sexo masculino e 1 do sexo feminino). O número de participantes não foi pré-determinado, mas o resultado da saturação teórica definida pela análise de dados.

O tratamento e análise dos dados cumpriram as etapas de codificação do corpus – codificação aberta, axial e seletiva – até à formulação de proposições teóricas, resultantes da análise das relações entre categorias, tendo sido realizados com recurso ao programa NVivo. Os dados foram sistematicamente inspecionados e comparados. Os temas emergiram dos dados e, através de maiores comparações, juntaram-se em categorias ou conceitos, que puderam ser ligados numa teoria substantiva, em torno da categoria central

*ser pai, ser mãe: um processo em construção na interação.* A recolha, codificação e análise dos dados ocorreram de modo simultâneo e recursivo, num processo evolutivo constante.

### 3 | RESULTADOS

Como resultados, apresentamos as categorias “adotando estratégias de aprendiz na resolução de problemas”, “tomando decisões em situações-problema”, “partilhando ou assumindo diferentes tarefas”, “reorganizando rotinas e atividades a cumprir”, “recebendo suporte familiar”, “vivendo um dia de cada vez” e “procurando conciliar o papel parental com o de trabalhador”, que desocultam as ações/interações adotadas pelos Pais frente ao fenómeno parentalidade, utilizando o *Paradigm Model* (CORBIN; STRAUSS, 2014).

O exercício da parentalidade confronta os Pais com a falta de preparação e de experiência prévia na prestação de cuidados, e conduz a irem adotando estratégias de aprendiz na resolução de problemas. Uma estratégia fundamental que os Pais adotam neste processo parece ser a aprendizagem experiencial. Por um lado, sentem que precisam de ir *fazendo para aprender*, por outro, reconhecem que não são peritos e que precisam de ir *experimentando estratégias* para prestarem melhores cuidados, monitorizando a sua eficácia pelas reações do bebé. Em situações idênticas, no futuro, responderão de forma mais ágil e adequada aos problemas ou necessidades do filho.

*Observando outros a cuidar*, quer no contexto hospitalar quer em casa, *aprendendo com conselhos de familiares*, *discutindo os cuidados com o cônjuge* e *mobilizando conhecimentos* são outras das estratégias que os Pais adotam para fazer face aos problemas da prestação de cuidados:

*“uma das coisas que me deu à-vontade, por exemplo, para pegar nela foi ver as enfermeiras a pegar nela com muito à-vontade, portanto... e tudo o mais e tal..., a partir daí eu deixei de pegar num bibelô que ia partir e comecei a pegar (risos) na criança...”* (Ricardo).

A necessidade de informação acerca de questões gerais de saúde, do comportamento neonatal e dos cuidados a prestar ao bebé aparece como uma inquietação constante neste período, que leva os Pais a recorrer a ajuda externa para resolver as suas dúvidas/problemas, *questionando familiares e amigos* ou *questionando profissionais de saúde*. Em questões banais do quotidiano com a criança, o recurso mobilizado é a família, especialmente a avó materna, ou os amigos que já são Pais, buscando informação acerca da (a)normalidade da situação e sobre o que fazer, mas este recurso é substituído pelo profissional em questões de saúde ou de maior gravidade:

*“À minha mãe... é... ligo logo para a minha mãe, a perguntar como..., claro! Ela já sabe, não é?!, de resto..., ou à minha mãe ou então.... pessoas amigas, que já tiveram filhos, sei lá..., (...) eu sentia a mama dorida... e ele também não... não agarrava... e eu depois até liguei para a enfermeira Rita (...) a dizer o que, o que é que seria”* (Sofia).

Apronta acessibilidade dos familiares, aliada à detenção de conhecimentos científicos na área, faz com que a escolha recaia em profissionais de saúde que cumulativamente sejam membros da família alargada, como tias e primas enfermeiras, *questionando profissionais de saúde da família*, que outorgam maior credibilidade à informação obtida de um modo informal e fácil:

*“telefonei à minha tia, que é enfermeira, e foi ela que me... que me ajudou... e que me esclareceu essas dúvidas. E é a pessoa que eu acho que tem mais conhecimento no fundo, porque pronto, as nossas mães têm, mas é o conhecimento de...”* (Daniela).

Com 4/6 meses de experiência como prestadores de cuidados, os progenitores estão mais confiantes sobre como formular e agir sobre questões de cuidados infantis e de parentalidade, mas não completamente autónomos na resolução de problemas. Deixam de sentir a necessidade constante de buscar informação acerca da (a)normalidade da situação e sobre o que fazer em questões triviais do dia a dia infantil, *não sentindo necessidade de questionar*. Recorrem apenas a ajuda externa em situações atípicas e pontuais, recrutando, igualmente, fontes próximas ou profissionais. A competência que foram adquirindo ao longo do tempo permite-lhes, cada vez mais, avaliar as situações antes de atuarem e agirem por precaução. São capazes de detetar sinais clínicos de doença ou desconforto no bebé e de os monitorizar e minimizar sem serem dominados pelo stress e ansiedade que, antes, os faziam recorrer de imediato aos serviços de saúde.

tomando decisões em situações-problema evidencia que, no puerpério, a trilha da resolução é marcada por muitas indecisões e retrocessos, tomando decisões nem sempre assertivas e lineares. Por um lado, os progenitores sentem necessidade de recorrer aos serviços de saúde e a terapêutica medicamentosa para solucionarem problemas com os quais não conseguem lidar, por outro, nem sempre cumprem prescrições ou orientações clínicas, decidindo, autonomamente, a sua suspensão. O recurso a instituições públicas de saúde é uma decisão tomada depois de outras alternativas serem equacionadas e abandonadas por questões pragmáticas, alheias à vontade dos Pais, ou pelo dispêndio económico que teriam de suportar *“porque a clínica é cara!”* (Anselmo), *recorrendo ao hospital como último recurso*.

Porque a situação problemática aconteceu mais do que uma vez, nunca tinha acontecido antes, não havia melhorias, não era de resolver por telefone e parecia indicar que o bebé não podia estar bem, os Pais acabam *decidindo recorrer aos serviços de saúde*, opção que parecia ser a única solução para apaziguar o desconforto do recém-nascido e lhes proporcionar tranquilidade, quando se veem sem conseguir esperar mais *“só que depois de mais uma hora ela assim...”* (Daniela). A ajuda familiar não chega a ser ponderada porque não se quer incomodar ninguém à noite ou não é suficiente para se sentirem confiantes sem assistência profissional.

*Decidindo administrar terapêutica anticólicas* é uma solução encontrada por Pais

desesperados, que procuram na internet respostas sobre posologia e indicação terapêutica que auxilie a sua decisão. Além disso, nem tudo o que é prescrito e aconselhado pelos profissionais de saúde é cumprido pelos progenitores, que parecem ter uma palavra a dizer na resolução de situações-problemas que afetam a saúde e bem-estar do filho. A percepção de indicação terapêutica duvidosa, de má adesão do bebé, de indisposição e sufoco do bebé após a sua toma e de que a terapêutica decorria há tempo a mais, leva-os a ponderar decisões clínicas, *suspendendo terapêutica anticólicas prescrita. Não cumprindo orientações do ortopedista* é outra decisão autónoma que colide com o aconselhamento sobre o uso de dupla fralda num recém-nascido com suspeita de displasia da anca. Ancorando-se no facto de que ninguém deu a certeza do diagnóstico, nem o pediatra deu muita importância à situação clínica, a resposta dos Pais é descontínua, especialmente porque consideram causar incómodo ao bebé na época de verão:

*“oh, coitadinho do menino, com duas fraldas!, (...), quando está assim muito calor não meto. (...) Se as pessoas dissessem assim “eu acho que tem”, aí eu... claro, mas oh está tanto calor”* (Sofia).

Os meses que se seguem ao puerpério parecem não ser marcados por muitas situações-problema que exijam tomadas de decisão parental. Apenas a doença do filho continua a preocupar os Pais e justifica socorrerem-se dos serviços de saúde em busca de uma resolução. Uma mãe chega a recorrer três vezes ao pediatra porque, apesar de ser primípara e pela primeira vez confrontada com sinais clínicos pediátricos de doença, não se conforma com as medidas terapêuticas instituídas, que não promovem uma rápida regressão da sintomatologia apresentada.

Partilhando ou assumindo diferentes tarefas representa a organização muito própria que cada casal adota para fazer frente às tarefas e responsabilidades que se multiplicam após o nascimento do filho. Parece haver uma cooperação entre o casal quando atuam ao mesmo tempo e para o mesmo fim, *prestando cuidados em conjunto*, especialmente o banho. Esta congruência de esforços ou meios para atingir o mesmo fim, nomeadamente o descanso durante a noite ou a ingestão alimentar, leva os cônjuges a revezarem-se, *intersubstituindo-se nos cuidados*, ou a repartirem funções, *partilhando cuidados*. Não obstante, neste sistema de cooperação é à mãe que cabe a maior parte dos cuidados diretos ao neonato. O pai vai *assumindo outras tarefas*, como preparar a água do banho, ou ajuda a esposa quando solicitado, *auxiliando nos cuidados necessários*: *“se for preciso tomar conta dele tomo, se não toma ela..., (...) ajudo no... no que for preciso...”* (Vasco).

À noite, a colaboração paterna é pontual e acontece quando a situação de cuidado decorre de forma atípica, pelo comportamento ou temperamento do filho, *prestando cuidados à noite se necessário*. Por outro lado, a participação masculina é maior durante os primeiros dias pós-parto, pela debilidade/cansaço que a esposa apresenta para assumir os cuidados e as tarefas, *prestando cuidados enquanto a mãe está debilitada* ou *substituindo a mãe esgotada*. A permuta de tarefas também acontece por necessidade, porque a mãe

não pode, solicita ou a situação assim o exige, *substituindo a mãe quando necessário* ou *substituindo a mãe na ausência*. O “tomar conta” do bebê é a tarefa que o pai mais assume quando presente no lar, que permite à esposa dar conta das suas fainas e necessidades, onde se incluem as lidas da casa, confeção de refeições, higiene pessoal, ida ao cabeleireiro e compras:

*“quando o Vasco está em casa, se ele estiver a chorar, eu “Vasco, olha o menino!”, ele vem-no buscar e leva-o para a beira dele, para eu fazer as minhas coisas também...”* (Sofia).

Num extremo de não colaboração, o pai pode apenas estar presente na assistência ao bebê, *assistindo à prestação de cuidados*.

A plataforma de partilha, intersubstituição e prestação de cuidados em conjunto permanece implementada pelo casal com 4/6 meses de exercício parental, amenizando a sua vivência. Tal como no puerpério, o pai assume a configuração de prestador secundário de cuidados, substituindo a mãe na ausência ou quando necessário, assim como a de coadjuvante, auxiliando nos cuidados necessários. À noite, a sua participação continua a só ser efetiva se for indispensável. É na tarefa do “tomar conta” que o pai mais se envolve com o bebê, libertando a esposa para realizar outras tarefas, especialmente as lidas da casa, e esta é uma organização que se revela essencial para a mãe, agora também trabalhadora, que vê o seu tempo mais restrito. Nos homens/pais, encontramos testemunhos que confirmam o abandono de certas práticas de cuidar, como a muda da fralda, por dissipação natural da necessidade de o fazerem, *deixando de prestar certos cuidados*.

Com a chegada do bebê os Pais sentem necessidade de fazer ajustamentos, reorganizando rotinas e atividades a cumprir. *Vão aproveitando enquanto o bebê dorme* para realizarem aquilo que precisa ser cumprido e não se consegue com ele acordado, quer as tarefas domésticas, quer dormir ou descansar. Esta é a estratégia mais adotada no quotidiano. Além disso, as mães, quando estão sozinhas em casa, veem-se obrigadas a ir *realizando tarefas com o bebê ao colo*, para poderem cumprir os afazeres domésticos, ou a ir *interrompendo tarefas para atender o bebê* que chora:

*“às vezes o pai chega a casa e nem o almoço tem feito porque o “piolho” não deixa a mãe..., então tenho que andar com ele ao colo e a tentar fazer alguma coisa...”* (Sílvia).

*Vão gerindo o dia em função do bebê e ajustando os horários de prestação de cuidados* para tornar viável o cumprimento do papel parental em função das necessidades do filho. Aos 4/6 meses de transição, como a vigília infantil é cada vez maior, as mães veem-se, ainda, confrontadas com a necessidade de ir *realizando tarefas com o bebê por perto*.

No puerpério, o casal adota uma outra estratégia para superar os desafios da parentalidade, nomeadamente a perturbação do sono. *Dormindo em quartos separados para descansar* descreve as razões que levam o casal a tomar esta decisão, fundamentada

em benefícios para todos os membros da família, incluindo o filho, e mostra como esta estratégia alternativa se afigura como situação temporária e limitada, apenas necessária enquanto o bebê não dorme mais e durante a semana, quando o pai trabalha no turno da manhã e, por isso, acorda cedo. Esta é uma resolução de iniciativa feminina, mas apreciada e aceite pelo marido/pai que vê o seu descanso noturno assegurado. O regresso do pai ao leito conjugal acontece pouco tempo depois. Aos 4 meses de comunhão parental, os progenitores dão conta de estarem *dormindo de novo juntos*, dado que o bebê acorda menos de noite e a muda da fralda é menos necessária. A resolução inicial é, agora, vista como descabida e irrefletida, mesmo que tenha sido sustentada em argumentos que pareciam ser válidos:

*“não sei porque é que fomos decidir aquilo, mas prontos! Eu foi mais a pensar nele, não é?!, para ele também descansar, como agora o menino também aguenta mais tempo e dantes ele às vezes ficava..., prontos, ficava... chorava mais porque eu tinha... tinha que lhe mudar sempre a fralda porque ele fazia mais vezes, e agora não”* (Sofia).

Os Pais vão também recebendo suporte familiar, sobretudo no puerpério, mas também ao longo dos primeiros meses de exercício parental. Dos parentes diretos recebem suporte instrumental nas tarefas domésticas (lidas da casa, confeção de refeições, cuidados à roupa) e nos cuidados ao bebê (especialmente o “tomar conta” durante a refeição ou a ausência), suporte emocional ou suporte multifacetado, *recebendo suporte da família de origem*, especialmente da mãe, que é apontada como um apoio muito significativo.

A ajuda parece focalizar-se mais nas tarefas domésticas do que nos cuidados ao bebê, onde a prestação de cuidados é pontual, por vontade própria dos Pais, que parecem considerar não ser necessário nem aceitável solicitarem ajuda nas tarefas cuidativas:

*“as pessoas às vezes até querem ajudar, mas nós queremos fazer, não é?!, (...) porque a gente acha “ah, não tenho nada para fazer e não, se sou a mãe, eu tenho... eu quero fazer!”* (Daniela).

Além disso, a ajuda nos cuidados à casa que recebem da família ocorre sem que seja solicitada: *“não peço, se as pessoas poderem vir, se se oferecerem vêm, senão não... não quero incomodar ninguém (...), eu e o meu marido vamo-nos desenrascando...”* (Sílvia), parecendo indicar que a maioria das mulheres tenta ser autónoma e recorrer muito mais aos seus próprios recursos do que ao suporte familiar enquanto enfrenta a parentalidade.

Este suporte familiar nem sempre chega a ser necessário, mas é percebido como existente e disponível para ser ativado caso seja necessário, quer se a mãe não for capaz de prestar os cuidados ao bebê, quer se for necessário auxílio nas tarefas de casa. Aos 4/6 meses de transição, a ajuda familiar nos afazeres domésticos é cada vez mais descontínua e dispensável pelos Pais, embora continue a cobrir lidas da casa e cuidados à roupa do bebê, *“pronto, é aquela situação... roupa dela é sempre... sempre a sujar, não é?!, é muita coisa, e a minha mãe ofereceu-se para...”* (Daniela), sendo fornecida voluntariamente. Nos



momentos em que os progenitores estão com a família percebem-se apoiados, assim como contam com a sua colaboração para tomar conta do filho quando têm de ir *“a alguns sítios, se calhar, ao supermercado, pronto, esses sítios que é complicado”* (Daniela), ou têm de realizar outras tarefas. Nas mães, o impacto da maternidade é, ainda, atenuado porque *vão recebendo suporte dos maridos*, designadamente suporte instrumental ou uma ajuda nos cuidados ao bebé e nas lidas da casa, e suporte emocional e um conforto presente nos momentos difíceis, incluindo o parto. Este suporte conjugal prevalece percecionado aos 4/6 meses de maternidade, quer em termos instrumentais, quer emocionais.

Vivendo um dia de cada vez é um padrão de superação instituído como forma de lidar com o sofrimento, fragilidades e constrangimentos da parentalidade ao longo de todo o semestre de exercício parental. Deixando para trás memórias de dias e horas menos positivos, atribuindo um significado de normalidade aos comportamentos do bebé, que nem sempre está bem, apresenta cólicas, fica doente, chora e faz birras, e percecionando uma evolução favorável nas situações, os Pais trauteiam com alguma serenidade o caminho da parentalidade e vivem um dia de cada vez, *desvalorizando situações menos agradáveis*. *“Mas pronto...”* (Clara) são expressões comuns nos discursos dos participantes e revelam a existência de uma faceta da parentalidade que não se pretende valorizar, a da adversidade. As circunstâncias são reveladas com detalhes positivos, em comparação com aquilo que outros Pais vivem, *“comparando com outros bebés de amigos meus, não é... não é o piorio!”* (Manuel), ou pode vir a acontecer, dando-lhes algum alento.

*Fazendo um balanço positivo no presente* os Pais espelham o valor do que têm e conseguiram até ao momento, valorizam o aqui e o agora da experiência parental e tentam levar as suas vidas, deixando espaço para que o futuro aconteça. Ser uma experiência cada vez mais interessante e agradável evidencia como só o presente parece importar aos Pais, que, por outro lado, também não revelam resultados perturbadores ou negativos significativos, *“problemas de maior”* (Manuel) na sua vivência. O filho, ao permanecer saudável e com desenvolvimento normal até aos 4/6 meses de idade, faz com que a apreciação seja favorável, porque *“é o mais importante.”* (Sofia). Esta apreciação positiva é também fruto da constatação de que interage de forma diferente e mais cativante, fazendo com que o balanço, no término do primeiro semestre de parentalidade, seja de uma experiência cada vez mais enriquecedora, uma fase muito engraçada, igualmente marcada pelo fim da alimentação exclusivamente láctea.

Apesar deste balanço positivo do presente, os Pais vão também *esperando melhorias no futuro*, almejando uma experiência cada vez mais fácil, facultada por um bebé que não vai só mamar, vai crescer e vai promover a normalização da vida, vai dormir mais de noite ou a noite inteira e vai sendo mais capaz, facilitando a experiência. A expressão *“o tempo é tempo, e pronto, tudo há-de acontecer!”* (Ricardo) espelha claramente uma atitude expectante de reconquista, que ainda se mantém presente aos 4/6 meses de exercício parental, conservando-se a esperança de retomas no relacionamento conjugal e uma maior

abertura ao exterior, com saídas de casa.

No processo diário de vivência parental os Pais vão *sentindo uma adaptação progressiva* enquanto participam, vivem e interpretam a sua condição parental. O “tempo” assume uma dimensão determinante no amadurecimento e consciencialização dos Pais, sem o qual não conseguem prever a sua competência e o que o futuro lhes reserva. A trajetória parece acontecer *“assim, naturalmente.”* (Manuel), com tudo encarado com mais naturalidade e sendo tudo uma questão de adaptação, com a competência parental a ser desenvolvida dia a dia, no desempenho do próprio papel. Quando dão por si, os Pais sentem-se mais seguros a prestar cuidados e a lidar com o filho, sendo *“a experiência que o vai ditando”* (Clara).

Este caminho da parentalidade é também trilhado com uma forte componente motivacional. Na perseverança, determinação, força e persistência os Pais vão *encontrando motivação para superar* as dificuldades ou incómodos do dia a dia, o que significa que encontram motivos para a sua ação. Ser pai ou mãe supera tudo e faz renovar e encontrar motivação para continuar a dar o melhor de si na missão parental, suplantando perdas, cansaço e desgaste envolvidos na dedicação ao filho. Neste processo não há lugar a arrependimentos e as mães, em particular, estão determinadas a tornarem-se competentes, tal como outras o foram, *“se as outras pessoas conseguem eu também vou conseguir!”* (Sílvia), mesmo que isso leve algum tempo e *“possa haver qualquer coisa que falhe, que ninguém é perfeito...”* (Clara).

Procurando conciliar o papel parental com o de trabalhador evidencia estratégias e opções alternativas de cuidados, escolhidas para amenizar o futuro regresso da mãe ao trabalho, assim como para minorar a difícil convivência entre a realidade de ser pai/mãe e operário(a), quando se encontram no ativo. Esta é uma categoria que surge prematuramente, ainda em pleno período puerperal.

*Preparando com antecedência o regresso ao trabalho* mostra como as mães desde muito cedo tentam minimizar o impacto que este possa vir a ter em si e no bebé. Assim, planeiam o retorno ao ativo a meio tempo, pelo menos numa fase inicial, e experimentam trabalhar e deixar o bebé ao cuidado de outrem, com a intencionalidade de uma adaptação gradual de ambos; guardam leite para manter a amamentação e preveem alternativas alimentares para a suplementar durante a sua ausência. Com 4 meses de maternidade e o aproximar do dia em que reassumirá a responsabilidade profissional, a preparação desenvolvida parece ser cada vez mais intencional e definida, com detalhes que tentam operacionalizar como será possível conciliar os dois papéis, planeando a jornada diária. Ao arquitetar adiantar as lidas da casa de véspera, dar de mamar antes de sair de casa e à chegada, e dispensar tempo ao filho quando regressar do trabalho, a mãe procura readaptar-se e reelaborar o seu desempenho no papel de mãe, com ajuste de horários e tarefas a executar:

*“ai vou ter que começar a organizar tudo para no outro dia ir trabalhar, adiantar o comer, para depois fazer... fazer quando chegar a casa ou... ou o Vasco acabar..., (...) vou ter que ter mais essa preocupação, não é?!”* (Sofia).

Procura também envolver quem vai cuidar do bebê, de modo a poder sentir-se segura estando ausente. Para isso, demonstra a técnica do cuidar, ensinando, por exemplo, o pai a fazer a papa, e despende tempo com a pessoa que tomará conta do filho antes de o deixar aos seus cuidados, *“fui com ele à ama e tudo para ele não... não estranhar.”* (Sofia).

A quem deixar o filho quando a licença de parentalidade chegar ao fim é uma dúvida que paira sobre os casais que, *pensando em substitutos maternos para o bebê*, procuram equilibrar as suas possibilidades com a vontade de fazer o melhor por ele. Desde a gestação que o assunto preocupa as mães, conscientes do limitado leque de opções disponíveis e de que ninguém cuida como a mãe, e, por isso, a decisão apresenta-se difícil de ser adotada. Na eminência do regresso ao trabalho, cada solução de acolhimento é ponderada contrabalançando vantagens e inconvenientes. A opção de eleição recai sobre os serviços de acolhimento instituídos (infantários/creches) e a sua valorização encontra-se associada aos benefícios que proporcionam às crianças, nomeadamente maior estimulação do bebê e maior interação com outras crianças; ao valor que reconhecem nos profissionais, científica e tecnicamente formados sobre desenvolvimento infantil; e às melhores condições físicas que oferecem, comparativamente a outras alternativas. Não obstante, esta nem sempre é a opção adotada. Outros argumentos se impõem no momento da decisão, nomeadamente o esforço financeiro que implica.

Tendo a possibilidade efetiva dos avós poderem cuidar do filho, todas famílias optam por essa solução de acolhimento, deixando o infantário/creche adiado para mais tarde. Retardam esta opção até que este seja mais autónomo, mas sem criar excessivo vínculo aos avós, considerando que depois do ano de idade será uma boa altura. O único casal cuja avó materna se encontra em plena vida ativa, logo indisponível para cuidar do neto, vê-se obrigado a equacionar outras opções alternativas. O infantário/creche, sendo desejado, não se mostra adequado para coordenar horários de abertura e fecho compatíveis com o seu regime laboral “por turnos”, esquema que só um domínio particular pode viabilizar. Assim, descubrem que ficar aos cuidados de uma ama tem vantagens, quer para si, pela maior flexibilidade de horário, quer para o filho, pelo menor número de crianças inscritas e conseqüente menor transmissão de infeções.

Para os Pais que optam pela solução informal e familiar de acolhimento para o bebê, ficar aos cuidados de familiares tem vantagens. O cuidado por um parente assegura-lhes que o filho está num ambiente afetivo, onde há sempre mais mimo e atenção, tendo sido aconselhado pelo próprio pediatra em idades mais tenras. Oferece, ainda, vantagens em termos de segurança, confiança e tranquilidade, além de ser mais barato.

*Reorganizando de novo rotinas e atividades a cumprir* retrata estratégias que a mulher desenvolve para fazer face às exigências impostas pela nova condição de dupla

jornada, quando já se encontra no ativo. Ter um filho, cuidar da casa e dar conta do trabalho são tarefas árduas para a mãe que chega a casa ao final do dia. Para dar conta dos vários compromissos assumidos, precisa mobilizar todas as suas forças e organizar minuciosamente o seu tempo. Assim, passa a acordar mais cedo para ter tudo pronto antes de sair de casa, a deitar-se tarde para cumprir todas as tarefas ou a distribuir as lidas da casa por mais dias na semana, gerindo tempo e atividades para poder continuar a dedicar alguma atenção ao filho:

*“eu dantes começava à sexta, agora começo à quinta! (gargalhada), tem que ser, porque eu também quero estar com ele e assim eu... começo cedo que assim tenho tempo para estar com ele, faço um bocadinho por dia” (Sofia).*

Os homens também travam uma luta para tentar conciliar o papel parental e o de operário, *dividindo-se entre ser pai e trabalhador*. Mostram-se contentes com a sua nova condição e conscientes de que um filho requer presença e atenção da sua parte, mas não podem pôr de parte a profissão. Dependendo das exigências e condescendências do contexto de cada pai, tendem ora para um papel ora para outro, sentindo que são muitas as tarefas a que têm que dar resposta, que é necessário tentar conciliar bem as coisas, tentar dar resposta às necessidades do momento, não excluindo situações de acompanhamento da vigilância de saúde do filho, e tentar dar resposta à atividade laboral:

*“se a Clara precisar ou se o bebé precisar de ir a uma consulta e precisar de... acompanhamento, é uma manhã ou uma tarde, e então aí eu... tenho todo o gosto em acompanhar, agora fora disso... tenho que... tenho que tentar regressar à minha vida normal porque... muitas pessoas dependem de mim” (Manuel).*

Estas estratégias mantêm-se presentes aos 4/6 meses de exercício simultâneo do parental e de operário, refletindo uma nova conceção de paternidade, que exige maior presença e disponibilidade:

*“antigamente, prontos, um pai era aquele que trazia o dinheiro para casa, (...), hoje em dia, no tempo que estamos, ser pai é... ter disponibilidade para os filhos, é... ter momentos em família, é... é..., por isso mesmo que é... também torna-se complicado, (...), por um lado, os filhos exigem muita disponibilidade dos pais, mas... o ritmo do dia a dia não permite aos pais, por vezes, ter muita disponibilidade para os filhos, por mais que os pais às vezes queiram ter” (Lucas).*

## 4 | DISCUSSÃO

As dúvidas, as incertezas e o sentimento de falta de competências conduziram os progenitores a procurar ajuda e conselhos externos, ações que na transição para a parentalidade são consideradas esperadas e testemunhadas (HIDALGO; MENÉNDEZ, 2009). O recurso a pessoas com experiência parental afigurou-se como uma solução apropriada. Assuntos práticos e simples foram resolvidos com familiares e amigos com

mais experiência no cuidar de crianças, especialmente com a mãe, apontada também por outros autores como recurso prioritário (FIGUEIREDO et al., 2006). Assuntos e dúvidas de maior gravidade e responsabilidade foram esclarecidos e apaziguados com especialistas. Destacou-se o recurso ao questionamento de profissionais de saúde da família, cujo conhecimento especializado e atualizado, aliado ao grau de proximidade e afinidade, fez das enfermeiras tias e primas uma inestimável fonte de apoio informativo e emocional. Na opinião de Monteiro (2005), a preocupação e procura de orientações junto de peritos permitem a aproximação a uma avaliação positiva do desempenho parental.

As competências apresentadas no decurso da transição para a parentalidade foram algo de estudado, aprendido e desenvolvido na interação com a criança (PONOMARTCHOUK; BOUCHARD, 2015), tendo, porém, como referência modelos transmitidos por “outros”, reconhecidos como conselheiros nesta dinâmica. Especialmente as mães, tentam reproduzir as práticas e costumes de outras mulheres que se saíram bem em situações análogas ou procuram seguir as recomendações dos especialistas, ancorando-se, assim, em pessoas que viveram uma experiência similar à sua. O nosso estudo demonstrou, porém, que é falacioso pensar-se que os Pais são recetores passivos dos conselhos e indicações dos profissionais de saúde. O que se verificou, em algumas das situações-problema enfrentadas, foi a existência de um processo de adaptação dos conselhos e prescrições clínicas às suas próprias crenças e valores, e ao que a experiência com a criança lhes ia ensinando. O modo como muitos progenitores acabam por relativizar o valor, a aplicabilidade e a sistematicidade de conselhos técnicos recebidos é uma das revelações interessantes retiradas deste estudo; relativização que parece querer significar uma tentativa de preservar alguma da sua autonomia e autovalorização, não deixando, por isso, que elementos externos exerçam o total controlo das suas performances como Pais e invadam a sua esfera privada. Tem também a ver com a confirmação do carácter demasiado generalista e teórico desses conselhos, que não se adequam às suas necessidades práticas e imediatas. Análogo controlo da adequação dos conselhos profissionais à experiência concreta foi narrado por Monteiro (2005), na sua investigação. As mães, apesar de procurarem ajuda especializada, avaliam constantemente a sua eficácia e eficiência, por considerarem que aos peritos lhes falta o contacto próximo e individualizado com a criança.

Os resultados do presente estudo destacaram, por outro lado, vivências de pânico que conduziram a tomadas de decisão precipitadas e pouco assertivas. Em várias situações os receios e as dúvidas suplantaram as certezas parentais, instalando-se a desorientação e o caos, nomeadamente quando os Pais se veem com o bebé que chora ininterruptamente e não sabem o que devem fazer, exigindo socorrerem-se dos saberes e orientações dos técnicos de saúde. Ainda assim, ao longo da transição parental, foi sendo cada vez menos necessário o recurso aos serviços e profissionais de saúde. Esta não procura poderá estar associada à crescente autoperceção de competência parental (PONOMARTCHOUK; BOUCHARD, 2015).

Manter a proximidade com os familiares mostrou ser uma forma de garantir a transmissão de conhecimentos e experiência, mas também um meio de combater a falta de energia e de liberdade, assim como de obter suporte emocional num período de grande vulnerabilidade. Na literatura encontra-se bem documentado o papel decisivo que o suporte social desempenha na adaptação ao exercício da parentalidade, salientando os benefícios que proporciona em termos de saúde mental (NGAI; CHAN, 2011) e desenvolvimento da competência parental (NGAI; CHAN, 2011; NYSTRÖM; ÖHRLING, 2004; PONOMARTCHOUK; BOUCHARD, 2015). O suporte social é também valorizado na teoria das transições, por constituir-se num dos seus meios facilitadores (MELEIS, 2010). Na rede de suporte social, o marido apresentou-se como a uma figura de significativa relevância para as mães, corroborando o que a literatura vem apontando a esse respeito (FIGUEIREDO et al., 2006; NYSTRÖM; ÖHRLING, 2004; PONOMARTCHOUK; BOUCHARD, 2015).

A partilha de tarefas entre o casal foi frequente, ainda que tenha ocorrido muitas vezes a partir da solicitação das esposas/mães, permitindo vislumbrar algumas vivências de parentalidade que, ora se ancoram no modelo de pai tradicional, ora apontam numa perspectiva de um pai mais moderno, envolvido, presente e participativo, que responde prontamente ao apoio que a esposa necessita, mantendo, não obstante, o estatuto de “substituto” ou “auxiliar” quando o assumem (MARTINS; ABREU; FIGUEIREDO, 2014). A participação paterna nunca foi rotineira e declinou à medida que a recuperação funcional da mãe foi acontecendo e esta foi ficando mais ágil nos cuidados.

Neste contexto de agir cooperativo e de alinhamento de estratégias para lidar com a parentalidade, destacaram-se rearranjos e adaptações que foram necessários implementar no manejo da vida diária, uns mais visíveis que outros, como é o caso da rentabilização dos períodos de sono do bebé para suprir ações domésticas e profissionais, assim como para assegurar o seu próprio sono e descanso, que vão ao encontro de evidências já descritas na literatura a respeito da complexidade envolvida na apropriação de estratégias adaptativas à parentalidade (NYSTRÖM; ÖHRLING, 2004).

Este estudo também pôs em evidência que, se em termos operacionais, a relação entre a parentalidade e a dimensão profissional da vida dos Pais é uma realidade difícil, que implica opções difíceis, sacrifícios e esmero, em termos simbólicos e identitários, essa relação parece ser valorizada, pois impele-os, desde muito cedo, a desenvolverem estratégias de articulação e de gestão que lhes permitem abraçar compromissos igualmente desafiantes e opostos. Em comparação com os homens, as mulheres usaram um maior número de estratégias de conciliação, especialmente relativas à redistribuição de tarefas em casa, e experienciaram maior preocupação com o uso de estruturas de apoio familiar e profissional ao bebé, achados estreitamente relacionados aos papéis mais tradicionais de género que são assumidos após o nascimento dos filhos (KATZ-WISE; PRIESS; HYDE, 2010). Nos homens não se verificaram muitas cedências ou desinvestimento na

carreira profissional após serem pais, tal como Aboim (2010) garantiu ser consensual em Portugal, mas houve a consciencialização da necessidade de apoio emocional à família e de cumprimento de múltiplos papéis. O facto de os pais estarem preocupados com estas questões e assinalarem algum grau de stress devido à falta de tempo para a família poderão ser indicadores de que a conciliação de papéis e da parentalidade são cada vez mais uma preocupação paterna.

Os receios e apreensões relacionados ao ingresso do bebé em soluções alternativas de cuidados, que foram evidenciados pelos participantes, em geral, e pelas mães, de forma muito peculiar, corroboram o pensamento de Brazelton (2007) quando afirma que todos os progenitores apresentam uma ansiedade normal, a qual se pode expressar através de inúmeras dúvidas quanto aos cuidados que serão oferecidos ao filho. A mulher depara-se com a difícil tarefa de encontrar alguém que seja tão capaz quanto ela de cuidar do seu filho e, muitas vezes, martiriza-se por não acompanhar o seu crescimento e desenvolvimento, o que lhe provoca sofrimento (MARTINS; ABREU; FIGUEIREDO, 2015) e um sentimento de perda e preocupação com o bem-estar do bebé, que, no regresso ao trabalho, se materializa em tristeza, pânico, medo, mau humor, incerteza, culpa e falta de controlo sobre a situação (SPITERI; XUEREB, 2012).

## 5 | CONCLUSÃO

O confronto com o exercício do papel parental conduziu os Pais a um processo de superação, de conhecimento da criança, de aprender a cuidar dela e de organizar o quotidiano familiar com a presença do novo membro, recebendo também apoio de suporte. As estratégias utilizadas para lidar com a parentalidade encerram componentes cognitivos (de aprendizagem, tomada de decisão), relacionais (suporte familiar) e operacionais (partilha de tarefas, reorganização de rotinas, conciliação de papéis), que possibilitam a transformação de conceitos de vida, crenças, expectativas, formas de relacionamento interpessoal e rotinas de vida diária. Evidenciam o produto de uma linha de ação implementada pelos Pais, onde todas as situações do dia a dia comportam em si mesmo um potencial “educogénico”, o qual é materializado nos efeitos da sua ação e conduz à construção de um saber operatório pluridimensional.

Esta investigação, ao ter permitido compreender as dinâmicas desta transição, constitui-se como ponto de reflexão e sensibilização para a mudança/ inovação dos contextos de prática clínica, realçando a ação moderadora e mediadora que os enfermeiros podem ter neste domínio, em momentos promotores de aprendizagem formal e no atendimento clínico presencial e à distância, favorecedores da construção da confiança parental. Sugerimos que se valorizem os cuidados de enfermagem que são desenvolvidos após uma avaliação fundamentada num conhecimento alargado das necessidades dos Pais e como correspondência ao seu direito de serem ajudados a superar esta transição. Em

futuras investigações, seria importante replicar o estudo em contextos similares e estendê-lo a outros contextos geográficos, de modo a aprofundar e adicionar outras perspetivas explicativas ao modelo teórico. Seria, igualmente, importante avaliar intervenções de enfermagem específicas para promover o bem-estar das pessoas em transição no exercício da parentalidade.

## REFERÊNCIAS

- ABOIM, S. Género, família e mudança em Portugal. In: WALL, K.; ABOIM, S.; CUNHA, V. (Coords.). **A vida familiar no masculino: negociando velhas e novas masculinidades**. Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego, 2010, p. 39-66.
- BRAZELTON, T. B. **O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. 10ª edição. Lisboa: Editorial Presença, 2007.
- CORBIN, J.; STRAUSS, A. **Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory**. 4th edition. London: Sage Publications, 2014.
- FIGUEIREDO, B.; PACHECO, A.; COSTA, R.; MAGARINHO, R. Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. **Psicologia: Teoria, investigação e prática**, v. 1, p. 3-25, 2006.
- GAUTHIER, P. M.; MONTIGNY, F. Conceiving a first child: fathers' perceptions of contributing elements to their decision. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 31, n. 1, p. 274-284, 2013.
- HIDALGO, M. V.; MENÉNDEZ, S. Apoyo a las familias durante el proceso de transición a la maternidad y la paternidad. **Familia**, v. 38, p. 133-152, 2009.
- KATZ-WISE, S.; PRIESS, H.; HYDE, J. Gender-role attitudes and behaviour across the transition to parenthood. **Developmental Psychology**, v. 46, n. 1, p. 18-28, 2010.
- MARTINS, C.; ABREU, W. P.; FIGUEIREDO, M. O sofrimento do regresso ao trabalho após a licença parental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. Ed. Esp. 2, p. 69-77, 2015.
- MARTINS, C. A.; ABREU, W. J. C. P.; FIGUEIREDO, M. C. A. B. Torna-se pai e mãe: um papel socialmente construído. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 2, p. 121-131, 2014.
- MELEIS, A. H. **Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company, 2010.
- MONTEIRO, R. **O que dizem as mães: mulheres trabalhadoras e suas experiências**. Coimbra: Quarteto, 2005.
- NGAI, F.-W.; CHAN, S. C. Psychosocial factors and maternal wellbeing: An explanatory path analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 48, n. 6, p. 725-731, 2011.
- NGAI, F.-W.; NGU, S.-F. Quality of life during the transition to parenthood in Hong Kong: a longitudinal study. **Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology**, v. 34, n. 4, p. 157-162, 2013.



NYSTRÖM, K.; ÖHRLING, K. Parenthood experiences during the child's first year: literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 46, n. 3, p. 319-330, 2004.

PONOMARTCHOUK, D.; BOUCHARD, G. New mothers' sense of competence: predictors and outcomes. **Journal of Child and Family Studies**, v. 24, n. 7, p. 1977-1986, 2015.

SALLÉS, C.; GER, S. Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación. **Educación Social**, v. 49, p. 25-47, 2011.

SPITERI, G.; XUEREB, R. B. Going back to work after childbirth: women's lived experiences. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 30, n. 2, p. 201-216, 2012.

## **SOBRE O ORGANIZADOR**

**MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES** - Possui Pós-Doutorado em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica (PPGMAF) da Universidade Federal de Minas Gerais (2019). Enfermeiro (2009) e mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente (2013) pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Doutor em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pelo PPGMAF/UFMG (2015). Líder do Grupo de Pesquisa CNPq - Prática Baseada em Evidência e Segurança do Paciente. Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), lotado no colegiado de Enfermagem e Residência em Enfermagem em Cardiologia. Atua como orientador/coorientador de trabalhos de conclusão de curso, iniciação científica, mestrado e doutorado. Revisor de importantes periódicos nacionais e internacionais indexados. Desenvolve pesquisas nas áreas de Segurança do Paciente, Farmacovigilância, Anticoagulantes, Adaptação transcultural e validação de instrumentos em saúde, Teoria de Resposta ao Item e Prática Baseada em Evidências

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acidente Vascular Cerebral 36, 37, 38, 40, 43, 44, 45, 226

Acolhimento 3, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 90, 93, 94, 308

Aleitamento materno 93, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 114, 118, 153, 155, 157, 158, 160, 163, 164

Analgesia 172, 173, 174, 178, 181

Assistência de enfermagem 87, 139, 162, 249

Assistência integral à saúde 2, 108

Autocuidado 5, 39, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 111, 112, 114, 115

Avaliação 10, 25, 27, 34, 59, 84, 91, 98, 103, 121, 135, 165, 167, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 177, 178, 181, 189, 190, 198, 202, 203, 204, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 222, 225, 226, 227, 233, 267, 273, 274, 291, 310, 312

Avaliação nutricional 202, 203, 204, 208, 209, 211

### B

Brinquedo 118, 127, 141

### C

Comunidade rural 20, 49

Controle 1, 7, 11, 12, 13, 15, 21, 31, 33, 49, 100, 107, 196, 205, 226, 235, 255, 261, 262, 268

Crianças 12, 14, 16, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 74, 91, 104, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 132, 133, 136, 137, 138, 139, 140, 143, 154, 161, 162, 270, 289, 290, 294, 298, 299, 308, 310

Cuidados de enfermagem 37, 40, 118, 168, 169, 286, 312

### D

Desnutrição 143, 179, 202, 203, 204, 205, 206, 208, 209, 210, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223

Desnutrição infantil 143

Diabetes tipo 2 47, 48, 49, 56, 232

Dor 6, 37, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 104, 111, 114, 115, 122, 124, 125, 126, 137, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 194, 195, 291

### E

Educação em saúde 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 30, 35, 38, 39,

43, 111, 114, 117, 137, 161, 162, 265

Enfermagem 3, 5, 8, 12, 13, 22, 36, 37, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 49, 59, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 78, 80, 84, 85, 87, 92, 93, 94, 102, 104, 118, 124, 129, 130, 131, 133, 136, 137, 139, 140, 162, 164, 165, 168, 169, 171, 172, 173, 175, 181, 226, 233, 235, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 256, 257, 260, 263, 269, 271, 272, 273, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 286, 293, 296, 298, 312, 313

Enfermagem obstétrica 79, 80

Enfermagem pediátrica 35, 46, 118, 137

Enfermeiras 110, 131, 133, 135, 252, 272, 278, 301, 302, 310

Enfermeiros 16, 75, 83, 122, 123, 125, 128, 131, 133, 135, 136, 137, 138, 165, 167, 168, 170, 171, 172, 174, 180, 181, 213, 227, 259, 260, 265, 266, 271, 272, 273, 274, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 283, 284, 296, 298, 312

Equipe de enfermagem 46, 129, 131, 133, 136, 137, 140, 171, 235, 251, 253, 256

Estado de saúde 49, 59, 202, 210

Estado nutricional 57, 144, 145, 152, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 214, 215, 222, 223

Estudantes 2, 8, 9, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 59, 102, 252, 271, 275, 276, 277, 282

## **G**

Gestação na adolescência 86, 87, 89, 92

Gestantes 46, 71, 80, 88, 90, 91, 114, 153, 154, 155, 157, 158, 159, 161, 207

## **H**

Hipertireoidismo 183, 184, 185, 186

Hormônios tireóideos 184

Humanização 44, 45, 77, 79, 80, 82, 84, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 111, 112, 117, 118, 131, 132, 136, 139, 161, 162, 166

Humanização da assistência 93, 94, 118, 131

## **I**

Idoso 187, 188, 193, 195, 198, 203, 204, 205, 208, 209, 210, 211, 213, 221, 223

Incidência 3, 6, 7, 11, 20, 21, 90, 99, 143, 166, 169, 206, 221, 225, 226, 251

Infecção urinária 143

Insuficiência cardíaca 203, 209

## **J**

Jogos 12, 14, 15, 16, 20, 22, 118

## **M**

Medicamentos 7, 46, 52, 172, 177, 179, 183, 185, 187, 188, 189, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 205, 206, 208, 315

Mortalidade 1, 2, 3, 7, 25, 70, 80, 81, 112, 204, 206, 207, 211, 213, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 234

## **P**

PAISM 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 115, 117

Parteira 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 76, 77

Parto 63, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 109, 110, 113, 114, 115, 116, 153, 159, 294, 295, 303, 306

Pediatria 104, 119, 123, 126, 129, 131, 137

Perda de peso 160, 161, 183, 184, 185, 207, 208

Prevenção 3, 4, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 15, 18, 19, 21, 22, 23, 32, 34, 40, 41, 43, 45, 59, 75, 90, 93, 94, 95, 97, 99, 111, 114, 115, 161, 163, 187, 197, 198, 223, 226, 227, 233, 235, 250, 253, 255, 266

Primeiros socorros 24, 25, 31, 33, 34, 35

Prisões 153

Puerpério 70, 80, 86, 87, 88, 89, 91, 93, 96, 100, 109, 125, 288, 289, 290, 293, 295, 302, 303, 304, 305

## **R**

Relações familiares 37, 40

## **S**

Satisfação 80, 81, 82, 84, 91, 93, 94, 101, 102, 114, 122, 125, 139, 172, 173, 174, 175, 180, 181, 277, 280

Saúde da criança 25, 103, 118, 131, 163

Saúde da mulher 1, 2, 4, 10, 11, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 279

Sistema Único de Saúde 3, 42, 45, 67, 77, 84, 89, 90, 106, 107, 108, 109, 110, 115, 117, 211, 235, 258, 260, 262

Suporte básico de vida 25, 31

## **T**

Tecnologias 8, 37, 40, 42, 43, 73, 91, 266, 279

Teste de papanicolaou 2

Tireotoxicose 183, 184, 185, 186

## V

Vulnerabilidade social 13


# SABERES, ESTRATÉGIAS E IDEOLOGIAS DE ENFERMAGEM II



[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 


@atenaeditora 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 

# SABERES, ESTRATÉGIAS E IDEOLOGIAS DE ENFERMAGEM II



[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

@atenaeditora 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 