

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES

(Organizador)

ENFERMAGEM:

Investigação científica,
ensino e assistência



Atena
Editora
Ano 2022

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES

(Organizador)

ENFERMAGEM:

Investigação científica,
ensino e assistência



Atena
Editora
Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremona

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 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-Não-Derivativos 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**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

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

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

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



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
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 Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
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
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
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 Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
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 Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Enfermagem: investigação científica, ensino e assistência

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Marcus Fernando da Silva Praxedes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E56 Enfermagem: investigação científica, ensino e assistência /
Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. –
Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0294-7

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.947221207>

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
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 “ENFERMAGEM: INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA, ENSINO E ASSISTÊNCIA”. Os volumes dessa coletânea trazem variados estudos que reúnem evidências científicas que visam respaldar a importância de uma assistência de enfermagem pautada pela excelência e qualidade. A primeira obra aborda temas como o protagonismo da enfermagem no incentivo ao aleitamento materno; a assistência humanizada da equipe de enfermagem no parto, ao neonato e lactente; cuidados com pacientes pediátricos, a aplicação do escore pediátrico de alerta e o papel da enfermagem na oncologia pediátrica; acolhimento e classificação de risco obstétrico na pandemia COVID-19 e luto parental; cuidados com pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e a importância de intervenções educacionais para essa população; cuidados paliativos; repercussão da mastectomia na vida das mulheres; cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica e a carga de trabalho em serviços de medicina intensiva; assistência ao paciente em tratamento hemodialítico; e a letalidade dos acidentes de trânsito no Brasil.

A segunda obra discute temas como a auditoria em enfermagem e o planejamento na gestão em enfermagem; a simulação clínica para o ensino de enfermagem; a importância da lavagem das mãos na prevenção de infecções; a cultura de segurança do paciente; perspectiva histórica do ensino e avaliação dos cursos de enfermagem, o papel da preceptoria e concepções dos estudantes; uso de plantas medicinais e fitoterápicos na atenção primária; assistência de enfermagem na saúde mental do indivíduo e sua família; a infecção por COVID-19 em profissionais de enfermagem; vulnerabilidade da pessoa idosa e o uso de tecnologias no cuidado à essa população; tratamento de tuberculose latente em adolescente; doenças crônicas não transmissíveis e as condições de saúde da população brasileira; e as vantagens e desvantagens da toxina botulínica.

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

O PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NO INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL


Aclênia Maria Nascimento Ribeiro
Luzia Fernandes Dias
Francinalda Pinheiro Santos
Naiana Lustosa de Araújo Sousa
Rodrigo Marcondes de Pinho Pessoa
Stanlei Luiz Mendes de Almeida
Ana Lina Gomes dos Santos
Livia Reverdosa Castro Serra
Cyane Fabiele Silva Pinto
Águida da Silva Castelo Branco Oliveira
Dhenise Mikaelly Meneses de Araújo
Francisca Bianca Mendes Isidoro
Açucena Barbosa Nunes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9472212071>

CAPÍTULO 2..... 11

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO ESTADO DO PARANÁ EM UM CONTEXTO DE PANDEMIA


Rebeca Cruz de Oliveira
Larissa Carolina Segantini Felipin
Pâmela Patrícia Mariano
Viviane Cazetta de Lima Vieira
Flávia Cristina Vieira Frez
Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues
Ivi Ribeiro Back
Isabela Rosa dos Santos Silva
Fernanda Pereira dos Santos
Sarah Anna dos Santos Corrêa
Marjorie Fairuzy Stolarz
Roberta Tognollo Borotta Uema

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9472212072>

CAPÍTULO 3..... 22

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Alessandra de Cáritas Ribeiro Adams
Beatriz Maria Borges Marques
João Paulo Assunção Borges

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9472212073>


CAPÍTULO 4..... 43

FACTORES-CHAVE DO ALEITAMENTO MATERNO NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE

INFANTIL

Carlos Manuel Nieves Rodriguez

David Gómez Santos


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9472212074>

CAPÍTULO 5..... 52

UTI NEONATAL: A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO NEONATO E LACTENTE E A INICIATIVA DO MÉTODO CANGURU

Tatielly Ferreira Rodrigues

Iara Maria Pires Perez

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9472212075>

CAPÍTULO 6..... 62

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PARTO HUMANIZADO INTRA HOSPITALAR

Ivoneide Silva Gomes

Ana Carolina Donda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9472212076>

CAPÍTULO 7..... 72

IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DAS ATIVIDADES MULTIPROFISSIONAIS NA SALA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

Danessa Silva Araujo

Naruna Mesquita Freire

Suzana Portilho Amaral Dourado

Daniel Robert de Jesus Almeida Dourado

Silvana do Socorro Santos de Oliveira

Gabriela Ramos Miranda

Maria José de Sousa Medeiros

Maria Almira Bulcão Loureiro

Francisca Maria da Silva Freitas

Nubia Regina Pereira da Silva

Geraldo Viana Santos

Rosiane Costa Vale

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9472212077>

CAPÍTULO 8..... 78

APLICAÇÃO DO ESCORE PEDIÁTRICO DE ALERTA (EPA) PARA RECONHECIMENTO DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA: PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Micaela Santa Rosa da Silva

Juliana de Oliveira Freitas Miranda

Kleize Araújo de Oliveira Souza

Aisiane Cedraz Moraes

Rebeca Pinheiro Santana

Maricarla da Cruz Santos

Thaiane de Lima Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9472212078>

CAPÍTULO 9..... 92

O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA:RELATO DE EXPERIÊNCIA


Adriana Maria Alexandre Henriques
Débora Machado Nascimento do Espírito Santo
Cláudia Carina Conceição dos Santos
Elisa Justo Martins
Liege Segabinazzi Lunardi
Flávia Giendruczak da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9472212079>

CAPÍTULO 10..... 98

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS NA PRIMEIRA INFÂNCIA COM DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) QUE TRABALHAM EM PRONTO SOCORRO NO DISTRITO FEDERAL


Edneia Rodrigues Macedo
Ligia Canongia de Abreu Cardoso Duarte
Mikaela Pereira Lourenço
Roxissandra Alves Ferreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94722120710>

CAPÍTULO 11 110

ANTIBIOTICOTERAPIA EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS: SABERES E PRÁTICAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM


Juliane Aires Baena
Roberta Tognollo Borotta Uema
Larissa Carolina Segantini Felipin
Pâmela Patrícia Mariano
Viviane Cazetta de Lima Vieira
Flávia Cristina Vieira Frez
Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues
Isabela Rosa dos Santos Silva
Fernanda Pereira dos Santos
Jennifer Martins Pereira
Marjorie Fairuzy Stolarz
Ieda Harumi Higarashi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94722120711>

CAPÍTULO 12..... 122

TESTE DO CORAÇÃOZINHO VIVENCIADO NA DISCIPLINA DO ESTÁGIO SAÚDE DA MULHER. UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DA UNISUAM

Vanusa Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94722120712>

CAPÍTULO 13..... 124

PREVENÇÃO E CORREÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (IUE) DURANTE A GRAVIDEZ E PÓS-PARTO: CONTRIBUIÇÕES DA ASSISTÊNCIA DE

ENFERMAGEM

Roxissandra Alves Ferreira
Ligia Canongia de Abreu Cardoso Duarte
Edineia Rodrigues Macedo
Marcone Ferreira Souto
Mikaela Pereira Lourenço

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94722120713>

CAPÍTULO 14..... 134

DESAFIOS DA ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO NA PANDEMIA COVID-19

Amanda Silva de Oliveira
Emanuella Pereira Lacerda
Fabiano Rossi Soares Ribeiro
Joseneide Teixeira Câmara
Jocilene da Cruz Silva
Bianca Vieira da Silva
Polyanna Freitas Albuquerque Castro
Priscilla Fernanda Dominici Tercas
Danessa Silva Araújo Gomes
Luciana Cortez Almeida Navia
Suzana Portilho Amaral Dourado
Michael Jakson Silva dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94722120714>

CAPÍTULO 15..... 142

LUTO PARENTAL: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA AOS PAIS QUE PERDERAM FILHOS AINDA NA GESTAÇÃO E INFÂNCIA


Mikaela Pereira Lourenço
Roxisandra Alves Ferreira
Ednéia Rodrigues Macedo
Samuel da Silva Pontes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94722120715>

CAPÍTULO 16..... 150

COMPREENSÃO DOS PROFESSORES FRENTE ÀS NECESSIDADES DE ALUNOS COM *DIABETES* TIPO 1 NAS ESCOLAS

Karina Líbia Mendes da Silva
Solange Baraldi
Pedro Sadi Monteiro
Ana Paula Franco Pacheco


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94722120716>

CAPÍTULO 17..... 165

ESTILOS DE VIDA DE PACIENTES APÓS DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ariane Gomes Silva

Samuel Pontes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94722120717>

CAPÍTULO 18..... 177

VALIDAÇÃO DE ELEMENTOS PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM A USUÁRIOS (AS) COM DIABETES MELLITUS: ESTUDO DE TENDÊNCIA

Bárbara Belmonte Bedin

Laís Mara Caetano da Silva Corcini

Maria Denise Schimith

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94722120718>

CAPÍTULO 19..... 186


A INTERVENÇÃO EDUCACIONAL DE ENFERMAGEM NA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Luciana Isabel dos Santos Correia

Sandra Maria Sousa Silva Marques

Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira

João Filipe Fernandes Lindo Simões

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94722120719>

CAPÍTULO 20..... 199

SIGNIFICADO DEL CUIDADO DESDE LA VIVENCIA DE PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN CON ASISTENCIA PALIATIVA

Rocío López Manríquez

Luis Silva Burgos

Lorena Parra López

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94722120720>

CAPÍTULO 21..... 209

AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM ESTUDO CASO


Catarina Afonso

Dora Domingues

Rita Alves

Paula Carvalho

Lídia Moutinho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94722120721>

CAPÍTULO 22..... 224


REPERCUSSÃO DA MASTECTOMIA NA VIDA DAS MULHERES: REVISÃO INTEGRATIVA

Hêmily Filippi

Deise Berta

Maria Eduarda de Almeida

Graciela de Brum Palmeiras

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94722120722>

CAPÍTULO 23.....238

CUIDADOS DE ENFERMAGEM E A CARGA DE TRABALHO EM SERVIÇOS DE MEDICINA INTENSIVA


João Filipe Fernandes Lindo Simões
Matilde Delmina da Silva Martins
Carlos Pires Magalhães
Pedro Miguel Garcez Sardo
Alexandre Marques Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94722120723>

CAPÍTULO 24.....252

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO E DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM SERVIÇOS DE MEDICINA INTENSIVA


João Filipe Fernandes Lindo Simões
Matilde Delmina da Silva Martins
Carlos Pires Magalhães
Pedro Miguel Garcez Sardo
Alexandre Marques Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94722120724>

CAPÍTULO 25.....264

O CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM O PACIENTE EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO


Ingrid Bená
Guilherme Ricardo Moreira
Heloiza Maria de Melo Queiroz
Mariana Sgarbossa Martins
Wellington Santos Oliveira
Tatiane Angélica Phelipini Borges

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94722120725>

CAPÍTULO 26.....267

INTERNAÇÕES E ÓBITOS POR TRAUMA DECORRENTES DE ACIDENTES DE TRANSPORTE NO BRASIL NO ANO DE 2018


Mariana dos Santos Serqueira
Karina Mara Brandão Teles Barbosa Andrade
Landra Grasielle Silva Saldanha
Samylla Maira Costa Siqueira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94722120726>

CAPÍTULO 27.....269

A LETALIDADE DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO NO ESTADO DE GOIÁS NO ANO DE 2021

Thaís Moreira Lemos
Aline Alves de Amorim
Lorena Timoteo Baptista
Benigno Alberto de Moraes da Rocha

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.94722120727>

SOBRE O ORGANIZADOR.....	277
ÍNDICE REMISSIVO.....	278

CAPÍTULO 1

O PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NO INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Data de aceite: 04/07/2022

Data de submissão: 15/06/2022

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina - PI
<https://orcid.org/0000-0002-5582-9663>

Luzia Fernandes Dias

Centro Universitário Maurício de Nassau
Teresina - PI
<https://orcid.org/0000-0003-4770-2782>

Francinalda Pinheiro Santos

Instituto de Ensino Superior Múltiplo – IESM
Timon - MA
<http://lattes.cnpq.br/5196050041298486>

Naiana Lustosa de Araújo Sousa

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Piauí–HU/UFPI
Teresina - PI
<https://orcid.org/0000-0001-9444-6457>

Rodrigo Marcondes de Pinho Pessôa

Universidade Estadual do Piauí - UESPI
Parnaíba - PI
<http://lattes.cnpq.br/4626240388851768>

Stanlei Luiz Mendes de Almeida

Universidade de Brasília – UNB
Brasília - DF
<http://lattes.cnpq.br/2278325121446296>

Ana Lina Gomes dos Santos

Associação de Ensino Superior do Piauí –
AESPI
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/1319808351475667>

Lívia Reverdosa Castro Serra

Hospital Universitário da Universidade Federal
do Piauí – HU/UFPI
<http://lattes.cnpq.br/6015493130568061>

Cyane Fabiele Silva Pinto

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

Águida da Silva Castelo Branco Oliveira

Universidade Estadual do Piauí – UESPI
Teresina – PI
<http://lattes.cnpq.br/9046992481063795>

Dhenise Mikaelly Meneses de Araújo

Universidade do Vale do Paraíba, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-2123-3829>

Francisca Bianca Mendes Isidoro

Universidade Federal do Piauí - UFPI
Teresina – PI
<https://orcid.org/0000-0001-6351-5560>

Açucena Barbosa Nunes

Universidade Federal do Piauí – UFPI
Teresina - PI
<http://lattes.cnpq.br/8708583536100327>

RESUMO: **Objetivo:** Discorrer acerca do protagonismo da enfermagem no incentivo ao aleitamento materno no ciclo gravídico-puerperal. **Metodologia:** Trata-se uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados eletrônicas: *National Library of Medicine* (MEDLINE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e

Banco de Dados de Enfermagem (BDENF). Para a definição dos critérios de inclusão foram selecionados artigos originais completos, disponíveis online gratuitamente nos idiomas português, inglês e espanhol e publicados nos últimos 10 anos. Quanto aos critérios de exclusão definiu-se: estudos duplicados, artigos de revisão, monografias, teses, editoriais e aqueles que não respondam à questão norteadora do estudo. Dessa forma, o estudo obteve uma amostra total de 09 artigos. **Resultados:** O estudo discorreu sobre o protagonismo da enfermagem no incentivo ao aleitamento materno em todo o ciclo gravídico-puerperal da mulher, o que evidenciou a relevância do papel desses profissionais no contexto da saúde pública, uma vez que a literatura já tem demonstrado que o aleitamento materno é um ato de múltiplos benefícios para o binômio mãe/bebê. **Conclusão:** A enfermagem desempenha papel primordial no processo da amamentação, necessitando portanto, ser valorizada. Assim acredita-se que há necessidade de investimento na promoção de capacitação desses profissionais, visando melhor qualidade da assistência às mulheres no contexto do aleitamento materno.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Aleitamento materno; Gestação; Puerpério.

THE PROTAGONISM OF NURSING IN ENCOURAGING BREASTFEEDING IN THE PREGNANCY-PUERPERAL CYCLE

ABSTRACT: Objective: To discuss the role of nursing in encouraging breastfeeding in the pregnancy-puerperal cycle. **Methodology:** This is an integrative literature review carried out in the following electronic databases: National Library of Medicine (MEDLINE), Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Database Nursing Data (BDENF). To define the inclusion criteria, complete original articles were selected, freely available online in Portuguese, English and Spanish and published in the last 10 years. As for the exclusion criteria, we defined: duplicate studies, review articles, monographs, theses, editorials and those that do not answer the guiding question of the study. Thus, the study obtained a total sample of 09 articles. **Results:** The study discussed the role of nursing in encouraging breastfeeding throughout the woman's pregnancy-puerperal cycle, which highlighted the relevance of the role of these professionals in the context of public health, since the literature has already shown that the Breastfeeding is an act of multiple benefits for the mother/baby binomial. **Conclusion:** Nursing plays a key role in the breastfeeding process, and therefore needs to be valued. Thus, it is believed that there is a need to invest in promoting the training of these professionals, aiming at better quality of care for women in the context of breastfeeding.

KEYWORDS: Nursing; Breastfeeding; Gestation; puerperium.

1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, diversas políticas e programas de promoção e apoio ao aleitamento materno (AM) surgiram com a finalidade de fortalecer esta prática e sugerir novas estratégias visando a conscientização e melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil, no entanto, apesar dessas iniciativas, ainda há diminuição nas taxas de

adesão, especialmente, relacionado ao aleitamento materno exclusivo (AME), o qual tem a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para ser ofertado às crianças até os 6 meses de idade (BOCCOLINI *et al.*, 2017).

Considerando os países de baixa e média renda, apenas 37% das crianças menores de 6 meses, são amamentadas de maneira exclusiva (VICTORA *et al.* 2016). Nesse cenário, levando-se em conta as capitais brasileiras, a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) é de 41%, observando-se índices ainda menores, no Norte (45,9%) e no Nordeste do país (BRASIL. 2009).

No Brasil, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) foi instituído em 1981, contribuindo para a agregação de políticas públicas de incentivo à prática do AM. Nesse sentido, convém destacar os vários benefícios do AME. Pesquisas apontam que o leite materno ajuda no crescimento e desenvolvimento da criança, fornecendo várias vantagens imunológicas, cognitivas e nutricionais. Além disso, desempenha forte contribuição na prevenção e redução de doenças na infância, em especial, as infecciosas, como a diarreia e as infecções do trato respiratório (BRASIL, 2017; LUSTOSA; LIMA, 2020; SILVA *et al.*, 2020).

Anualmente, segundo a OMS, a taxa de mortalidade infantil poderia reduzida em aproximadamente um milhão e meio por meio da adesão da prática do AM. As recomendações são para o AME nos primeiros seis meses de vida e seu seguimento pelo menos até os dois anos de idade, associado de alimentos complementares (BRASIL, 2015; WHO, 2017).

Nesse contexto, Tenório *et al.* (2021), ressaltam a importância do papel do profissional enfermeiro no contexto da amamentação, uma vez que esse profissional presta assistência à mulher no decorrer de todo o seu ciclo gravídico-puerperal, lidando com as demandas do aleitamento. É importante destacar, que por meio de suas ações e orientações, o aleitamento pode ser estimulado, melhorando dessa forma, os índices de aleitamento materno, e conseqüentemente, os índices de morbimortalidade infantil.

Nessa perspectiva, considerando a baixa adesão do AM no Brasil e, sabendo da importância do papel da enfermagem nesta prática, este estudo tem como objetivo discorrer acerca do protagonismo da enfermagem no incentivo ao aleitamento materno no ciclo gravídico-puerperal.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que, segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), é um método que visa agrupar e sintetizar resultados de estudos acerca de uma delimitada temática ou questão de forma sistemática e ordenada, obedecendo as seguintes etapas: elaboração da questão de pesquisa; busca e seleção dos estudos; extração de dados dos estudos; avaliação crítica dos estudos incluídos na revisão; síntese

dos resultados da revisão e apresentação da revisão.

Para a orientação do estudo foi formulada a seguinte pergunta norteadora: Como se dá o protagonismo da enfermagem no incentivo ao aleitamento materno no ciclo gravídico-puerperal? Para a formulação da questão de pesquisa foi utilizada a estratégia PICO como base, no qual o P corresponde aos participantes/população, I corresponde ao fenômeno de interesse, e Co ao contexto do estudo (KARINO; FELLI, 2012).

Os descritores controlados foram sintetizados conforme a estratégia PICO (Quadro 1) e suas combinações foram usadas para construir as estratégias de busca para pesquisa. Para a escolha dos descritores controlados foi realizada uma busca no *Medical Subject Headings* (MESH) e nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs). Sabendo-se que cada base de dados possui critérios de pesquisa diferentes, a busca dos artigos será adaptada a cada uma de acordo com seus respectivos critérios, com a utilização dos operadores booleanos “AND” e “OR” na busca dos artigos.

DESCRIÇÃO	COMPONENTES	TIPO	DESCRITOR CONTROLADO	DESCRITOR NÃO CONTROLADO
Participantes (P)	Profissionais de enfermagem	DeCs	Profissionais de enfermagem	Enfermeiras de Cabeceira Enfermeiros de Cabeceira
		MeSH	Nurse Practitioners	Bedside nurses Bedside nurses
Fenômeno de Interesse (I)	Aleitamento materno	DeCs	Aleitamento materno	Aleitamento Alimentação ao Peito Amamentação Amamentação com Ama-de-Leite Compartilhamento de Leite
		MeSH	Breast Feeding	Lactation Breast Feeding Breast-feeding Breastfeeding with Wet Nurse Milk sharing
Contexto do estudo (Co)	Ciclo gravídico-puerperal	DeCs	Gravidez; Período Pós-Parto	Gestação; Puerperio
		MeSH	Pregnancy; Postpartum Period	Gestation; Puerperium

Quadro 1 – Estratificação da pergunta de pesquisa seguindo a estratégia PICO e descritores controlados. Teresina, Piauí, Brasil, 2022.

Fonte: os autores

Dessa maneira, o levantamento dos estudos ocorreu no meses de abril e maio de 2022 por meio da busca nas base de dados eletrônica *National Library of Medicine* (MEDLINE)- acesso via *PubMed*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Banco de Dados de

Enfermagem (BDENF).

Os estudos foram selecionados segundo os seguintes critérios de inclusão: artigos originais completos, disponíveis online gratuitamente nos idiomas português, inglês e espanhol e publicados nos últimos 10 anos. Quanto aos critérios de exclusão definiu-se: estudos duplicados, artigos de revisão, monografias, teses, editoriais e aqueles que não respondiam à questão norteadora do estudo.

A avaliação e a interpretação dos dados foi feita por meio de análise textual, e os resultados foram expostos em quadros e discutidos com base na literatura existente sobre a temática.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na etapa de seleção dos estudos primários, foi realizada a leitura dos títulos das 248 publicações encontradas. Sendo excluídos 105 artigos por não abordarem a temática do estudo nos títulos e não responderem à questão norteadora. Dos 143 selecionados para aplicação dos critérios de elegibilidade, excluíram-se 128 por não se adequarem aos critérios estabelecidos. Das 15 publicações submetidas à leitura dos resumos, 06 foram excluídas por estarem duplicadas. Dessa forma, restaram 09 publicações para análise e discussão (Quadro 2).

Nº	Autor	Ano	Delineamento	Objetivo
1	PORTO, S. L., <i>et al.</i>	2013	Estudo exploratório	Identificar os conhecimentos e dificuldades das puérperas frente ao processo da amamentação.
2	PEREIRA, G. G. <i>et al.</i>	2014	Estudo observacional	Avaliar a atuação do enfermeiro na consulta de pré-natal quanto às orientações sobre aleitamento materno.
3	AZEVEDO, A. R. R. <i>et al.</i>	2015	Estudo exploratório	Discutir o saber do enfermeiro no manejo clínico da amamentação, visando os benefícios do aleitamento materno na saúde da mulher e da criança.
4	VASQUEZ, J.; DUMITH, S. C.; SUSIN, L. R	2015	Estudo transversal	Avaliar e comparar o conhecimento e a qualidade do manejo do aleitamento materno entre profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família e nas unidades básicas de saúde com modelo assistencial tradicional.
5	VIEIRA, G. M. <i>et al.</i>	2017	Estudo descritivo	Elaborar um protocolo para a assistência à mulher em processo de lactação contendo diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.
6	FERREIRA, H. L. O. C. <i>et al.</i>	2018	Estudo transversal	Verificar a associação entre variáveis maternas e aleitamento materno exclusivo em um ambulatório especializado do estado do Ceará, Brasil.

7	CAMPOS, P. M. <i>et al.</i>	2020	Estudo transversal	Determinar a prevalência do contato pele a pele e do estímulo ao aleitamento materno e motivos da não realização dessas práticas; identificar se as mulheres receberam informações sobre essas práticas no pré-natal.
8	ROCHA, E. M. A., <i>et al.</i>	2020	Relato de experiência	Relatar a experiência de ações educativas de extensão sobre aleitamento materno realizadas em uma Maternidade.
9	SILVA, L. S. <i>et al.</i>	2020	Estudo exploratório	Analisar a contribuição do enfermeiro para o aleitamento materno na atenção básica.

Quadro 2- Caracterização dos estudos segundo autor, ano, delineamento e objetivo. Teresina, Piauí, Brasil, 2022.

Fonte: os autores

A literatura evidencia que o profissional de saúde, especialmente, o enfermeiro, desenvolve um importante papel junto à amamentação, já que ele é quem mais se relaciona com as nutrizes. É possível observar que por intermédio de suas ações e estratégias, a amamentação pode ser motivada e incentivada. Somado a isso, é possível fornecer apoio às mães, ajudando-as a adquirir autoconfiança em sua capacidade de amamentar. Dessa forma, convém enfatizar a importante função que esse profissional exerce junto aos programas de educação em saúde (AMORIM; ANDRADE, 2009).

Para Rocha et al, (2020) as práticas de educação em saúde são essenciais, pois contribui para que as dificuldades e necessidades detectadas durante a amamentação sejam sanadas por meio de estratégias de intervenção, além disso facilita medidas de planejamento para superação dessas dificuldades.

Assim, ressalta-se que as consultas realizadas por enfermeiros, em um contexto geral, envolvem uma assistência holística à mulher, incentivando e destacando o protagonismo da mulher no seu ciclo gravídico-puerperal. O enfermeiro é habilitado e capacitado para desempenhar a função de cuidador e educador, sendo que a educação em saúde é fundamental para o exercício do cuidado clínico de enfermagem (CAMPOS et al., 2020).

Dessa forma, convém enfatizar que as ações do profissional de enfermagem devem ser eficazes, integrais e contextualizadas, valorizando o saber de cada mulher e ajudando-a a superar seus medos, dificuldades e inseguranças. Destaca-se nesse contexto, a relevância dos cursos e palestras destinados às gestantes, vistos como espaços importantes para o esclarecimento de dúvidas, por meio de discussões e informações voltadas ao pré-natal, parto, amamentação, incluindo ainda, os cuidados com as mamas e os benefícios do AM para o recém-nascido (PORTO et al., 2013).

Lustosa e Lima (2020) inferem que o AME é fundamental para a saúde do bebê, pois oferta tudo o que é necessário para o bom crescimento e desenvolvimento deste. Assim, considerando os aspectos mencionados, a promoção do AME deve fazer parte das

ações prioritárias da saúde do binômio mãe e bebê, pois esta prática é considerada a mais efetiva estratégia de estabelecer o vínculo afetivo entre mãe e filho, além de ser o melhor alimento para nutrição do lactente, contribuindo para a redução da morbimortalidade infantil, refletindo em um impacto na saúde integral da dupla mãe e filho ao longo de toda a vida (BRASIL, 2015; MESQUITA et al., 2016).

Ferreira et al. (2018), ressaltam que o enfermeiro tem o importante papel de promover e apoiar o AM. Nesse sentido, é indispensável que esse profissional tenha domínio e habilidades relacionados à lactação, o que inclui os aspectos técnicos, olhar atento e abrangente, sem deixar de considerar os aspectos emocionais e as redes familiar e social que dão apoio à mulher.

Diante do exposto, é válido enfatizar ainda, que o enfermeiro necessita ter conhecimento sobre a anatomia e fisiologia da lactação e da sucção, dos fatores emocionais e psíquicos que possam interferir de maneira negativa na amamentação, bem como a orientação sobre o posicionamento do bebê e a pega adequada e as técnicas de comunicação, visando não somente uma troca de informação eficaz, mas também empatia e confiança entre o profissional e a nutriz. (AZEVEDO et al, 2015).

Nesse contexto, o manejo clínico adequado da amamentação por parte dos profissionais da saúde é um fator essencial e decisivo que favorece o aumento da prevalência do AME, uma vez que auxilia as nutrizes na tomada de decisões (VASQUEZ; DUMITH; SUSIN, 2015).

Vieira e colaboradores (2017) citam algumas intervenções que o enfermeiro pode dispor para sanar ou reduzir os desafios relatados pelas mães no ato de amamentar, como: aconselhar a família a apoiar a mãe na amamentação; aconselhar a mãe a ofertar o AME até os seis meses de vida do bebê; avaliar a lactação e a interação entre mãe e recém-nascido, bem como o posicionamento da mãe e do recém-nascido durante a amamentação; avaliar as mamas e os mamilos da mãe, observando o esvaziamento das mamas, e demonstrando a maneira correta de massagear as mamas, explicando a importância dos horários de amamentar e os sinais de fome e saciedade da criança.

Sendo assim, Pereira et al. (2014) acreditam que a orientação sobre o AM deve ser reforçada pelos enfermeiros e demais profissionais que atuam no, âmbito da atenção primária, principalmente no decorrer do pré-natal, puerpério e durante as visitas domiciliares, garantindo o acesso de informações relevantes e necessárias às mulheres, relacionadas à manutenção da amamentação.

Nessa perspectiva, é imprescindível citar o achado do estudo de Silva e colaboradores (2020), em que as mulheres consideraram o enfermeiro como um profissional que contribuiu de forma significativa para que as mesmas aderissem à prática do AM, por meio de orientações prestadas durante as consultas de pré-natal, as quais contemplavam, principalmente, os aspectos relacionados aos benefícios da amamentação para o binômio

mãe-filho.

4 | CONCLUSÃO

O estudo discorreu sobre o protagonismo da enfermagem no incentivo ao aleitamento materno em todo o ciclo gravídico-puerperal da mulher, o que evidenciou a relevância do papel desses profissionais no contexto da saúde pública, uma vez que a literatura já tem demonstrado que o aleitamento materno é um ato de múltiplos benefícios para o binômio mãe e bebê.

Em vista disso, conclui-se que a enfermagem desempenha papel primordial no processo da amamentação, necessitando portanto, ser valorizada. Assim acredita-se que há necessidade de investimento na promoção de capacitação desses profissionais, visando melhor qualidade da assistência às mulheres no contexto do aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. M.; ANDRADE, E. R. Atuação do enfermeiro no PSF sobre aleitamento materno. **Perspectiva on line**. v. 3, n. 9, p. 93-110. 2009. Disponível em: https://ojs3.perspectivasonline.com.br/revista_antiga/article/view/349. Acesso em: 17 abr. de 2022.

AZEVEDO, A. R. R. *et al.* O manejo clínico da amamentação: saberes dos enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/BsFg7cnYsXZrxBHsV7cd7qD/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 mai. de 2022.

BOCCOLINI, C. S. *et al.* Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Rev Saúde Pública**. v. 51, n. 108, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jjBjBwy3Rm6sJfZBfNgRQqD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 abr. 2022.

CAMPOS, P. M. *et al.* Contato pele a pele e aleitamento materno de recém-nascidos em um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 41 (esp), e20190154, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/d9ZGSyPWYzSWvDv3r8fPHfp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mai. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 25 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 24 abr. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 24 abr. 2022.

FERREIRA, H. L. O. C. *et al.* Fatores associados à adesão ao aleitamento materno exclusivo. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n.3, p. 683-690, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n3/683-690/pt>. Acesso em: 17 mai. de 2022.

KARINO, M. E.; FELLI, V. E. Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, p. 11-15, 2012. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17048/pdf>. Acesso em: 01 jun. 2022.

LUSTOSA, E.; LIMA, R. N. Importância da enfermagem frente à assistência primária ao aleitamento materno exclusivo na atenção básica. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 2, n. 2, p. 93-97, 2020. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/96/89>. Acesso em: 25 abr. 2022.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-507765>. Acesso em: 24 abr. 2022.

MESQUITA, A. L. *et al.* Atribuições de enfermeiros na orientação de lactantes acerca do aleitamento materno. **Revista Científica Sena Aires**, v. 5, n. 2, p. 158-170, 2016. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/267/140>. Acesso em: 02 mai. de 2022.

PEREIRA, G. G. *et al.* Orientações sobre aleitamento materno em consultas de pré-natal. **Enferm. Foco**, v. 5, n. 3, p. 57-60, 2014. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/561/243>. Acesso em: 17 abr. de 2022.

PORTO, S. L. *et al.* O apoio da enfermagem nos conhecimentos e nas dificuldades do processo da amamentação. **Revista Iberoamericana de Educacion e Investigacion en Enfermeria**, v. 3, n. 3, p. 21-28, 2013. Disponível em: <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/77/>. Acesso em: 17 mai. de 2022.

ROCHA, E. M. A. *et al.* Aleitamento materno, amamentação tranquila e prazerosa: um relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-8, e155974006, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341261774_Aleitamento_materno_amame. Acesso em: 17 abr. de 2022.

SILVA, L. S. *et al.* Contribuição do enfermeiro ao aleitamento materno na atenção básica. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J. Online)*, p. 774-778, 2020. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7180/pdf_1. Acesso em: 17 mai. de 2022.

SILVA, D. I. S. *et al.* A importância do aleitamento materno na imunidade do recém-nascido. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e664974629, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342141975_A_importancia_do_aleitamento_materno_na_imunidade_do_recem-nascido. Acesso em: 24 abr. 2022.

TENÓRIO, T. P. *et al.* Atuação da equipe de enfermagem no processo de amamentação frente a prevenção ao desmame precoce. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e4110111456, 2021. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11456>. Acesso em: 24 abr. 2022.

VASQUEZ, J.; DUMITH, S. C.; SUSIN, L. R. O. Aleitamento materno: estudo comparativo sobre o conhecimento e o manejo dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Modelo Tradicional. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v. 15, n. 2, p. 181-192, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/spmVZtycQ45PYz5jsSGYWDt/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 17 abr. de 2022.

VICTORA, C, G. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **Lancet.** v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26869575/>. Acesso em: 24 abr. 2022.

VIEIRA, G. M. *et al.* Protocolo de enfermagem para assistência à mulher em processo de lactação. J. res.: fundam. care. online. v. 9, n. 4, p. 1040-1047, 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5768/pdf>. Acesso em: 17 mai. de 2022.

WHO. World Health Organization. **Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services.** Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2022.

CAPÍTULO 2

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO ESTADO DO PARANÁ EM UM CONTEXTO DE PANDEMIA

Data de aceite: 04/07/2022

Data de submissão: 07/06/2022

Rebeca Cruz de Oliveira

Enfermeira. Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
<https://orcid.org/0000-0002-5345-1417>

Larissa Carolina Segantini Felipin

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Universidade Estadual de Maringá
Maringá – PR
<https://orcid.org/0000-0002-1490-7194>

Pâmela Patrícia Mariano

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente
na Faculdade de Medicina Integrado
ORCID: 0000-0002-7673-7581

Viviane Cazetta de Lima Vieira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Docente no Departamento de Enfermagem da
Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
<https://orcid.org/0000-0003-3029-361X>

Flávia Cristina Vieira Frez

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Docente no Departamento de Enfermagem da
Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
<https://orcid.org/0000-0002-4579-7127>

Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Docente no Departamento de Enfermagem da
Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
<https://orcid.org/0000-0001-7942-4989>

Ivi Ribeiro Back

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Docente no Departamento de Enfermagem da
Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
<https://orcid.org/0000-0002-7867-8343>

Isabela Rosa dos Santos Silva

Discente do curso de graduação em
Enfermagem. Universidade Estadual de
Maringá
Maringá-PR
<https://orcid.org/0000-0002-6228-3953>

Fernanda Pereira dos Santos

Discente do curso de graduação em
Enfermagem. Universidade Estadual de
Maringá
Maringá-PR
<https://orcid.org/0000-0001-7564-8002>

Sarah Anna dos Santos Corrêa

Discente do curso de graduação em
Enfermagem. Universidade Estadual de
Maringá
Maringá-PR
<https://orcid.org/0000-0002-6298-1583>

Marjorie Fairuzy Stolarz

Enfermeira Residente em Urgência e
Emergência na Universidade Estadual de
Maringá
ORCID: 0000.0002.8545.9866

Roberta Tognollo Borotta Uema

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Docente no Departamento de Enfermagem da
Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
<https://orcid.org/0000-0002-8755-334X>

RESUMO: **Objetivo:** analisar dados referentes ao aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses no estado do Paraná nos anos de 2019 e 2020. **Método:** estudo descritivo, transversal, retrospectivo e de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio de um relatório gerado no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional referente ao consumo alimentar dos menores de seis meses no estado do Paraná nos anos de 2019 e 2020, no período de setembro a novembro de 2021. A análise de dados foi realizada de forma estatística e descritiva. Por se tratar de dados de domínio público, o trabalho dispensou autorização do comitê de ética em pesquisa. **Resultados:** o total de crianças menores de seis meses acompanhadas e que permaneceram em aleitamento materno exclusivo no ano de 2020 foi relativamente inferior quando comparado a 2019. As taxas de aleitamento materno exclusivo chegam a 38% no mês de dezembro de 2020. Quando se comparam os meses de dezembro de 2019 e dezembro de 2020, os valores apresentados demonstram uma redução de quase 50% nas taxas de aleitamento. **Conclusão:** os resultados encontrados refletiram uma diminuição nos índices de aleitamento materno exclusivo nos menores de seis meses no ano de 2020 quando comparado a 2019 e tal ocorrência pode estar atribuída à pandemia de COVID-19.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno; Leite Humano; Lactação; Enfermagem Materno-Infantil; COVID-19; Pandemias.

EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN THE STATE OF PARANÁ IN A PANDEMIC CONTEXT

ABSTRACT: **Objective:** to analyze data regarding exclusive breastfeeding in children under six months of age in the state of Paraná in the years 2019 and 2020. **Method:** descriptive, cross-sectional, retrospective study with a quantitative approach. Data were collected through a report generated in the Food and Nutrition Surveillance System regarding food consumption of children under six months of age in the state of Paraná in the years 2019 and 2020, from September to November 2021. Data analysis was performed in a statistical and descriptive manner. As data in the public domain, the work did not require authorization from the research ethics committee. **Results:** the total number of children under six months of age who were monitored and who remained exclusively breastfed in 2020 was relatively lower when compared to 2019. Exclusive breastfeeding rates reached 38% in December 2020. When they compare the months of December 2019 and December 2020, the values presented show a reduction of almost 50% in breastfeeding rates. **Conclusion:** the results found reflected a decrease in the rates of exclusive breastfeeding in children under six months of age in 2020 when compared to 2019, and this occurrence can be attributed to the COVID-19 pandemic.

KEYWORDS: Breastfeeding; Human Milk; Lactation; Maternal and Child Nursing; COVID-19; Pandemics.

1 | INTRODUÇÃO

O aleitamento materno consiste em ofertar o leite produzido pelo organismo feminino e que pode ser entregue ao neonato/criança diretamente pela própria mãe por meio de sucção da mama, ou ainda por meio da doação de leite materno aos bancos

de leite humano. Quanto as demais classificações, o aleitamento ainda se subdivide em: aleitamento materno exclusivo (AME), aleitamento materno predominante (AMP), aleitamento materno (AM), aleitamento materno complementado e aleitamento materno misto ou parcial (BRASIL, 2015).

O AM ocorre independente de a criança receber ou não outros tipos de líquidos e/ou alimentos (BRASIL, 2015). Tal aleitamento é recomendado até os dois anos de vida ou mais. Dentro desse período de 24 meses existe a proposição do AME, no qual o leite materno é ofertado de forma exclusiva, até os seis meses de idade do bebê. Nessa fase, não existe a necessidade de complementação nutricional, ou seja, não se ofertam água, sucos, chás, fórmula infantil e demais alimentos pastosos uma vez que o leite materno supre todas as necessidades do bebê (BRASIL, 2019).

Há também o AMP, o qual é definido como a oferta de outros líquidos como água, chás e sucos juntamente com o leite materno. Como o nome sugere, ocorre a complementação com alimentos sólidos ou semissólidos e a oferta de leite materno permanece acontecendo, não sendo caracterizada como uma substituição. E por fim, quando o leite materno é ofertado juntamente com outros tipos de leite, como a fórmula infantil, tem-se a configuração de aleitamento misto ou parcial (BRASIL, 2015).

Dentre os benefícios do leite materno, encontram-se à prevenção de agravos à saúde, estabelecimento de questões afetivas, benefícios à saúde materna e ainda relacionados ao âmbito financeiro e de praticidade na oferta, uma vez que na maioria dos casos, não existe a necessidade de preparo e armazenamento. Para o bebê, o leite materno auxilia na prevenção de problemas gastrintestinais, infecções respiratórias, previne contra alergias e demais condições crônicas como hipertensão e diabetes mellitus, além de diminuir os índices relacionados à obesidade infantil. Auxilia também no desenvolvimento cognitivo e contribui para formação de cavidade oral (BRASIL, 2015).

Dessa forma, além de não existirem evidências de que seja vantajoso iniciar ingestão de alimentos complementares antes dos seis meses de vida, há comprovação em relação a possibilidade de surgimento de prejuízos à saúde da criança, os quais se manifestam em diversos sistemas e tornam a criança mais suscetível a infecções respiratórias, problemas digestivos e renais, provavelmente em virtude da própria imaturidade do bebê (BRASIL, 2019; SANTOS, SILVA, RODRIGUES, et al; 2019).

Apesar dos benefícios acima descritos, evidenciaram-se durante a pandemia de COVID-19 diversas informações distintas e que de certa forma modificaram o curso da amamentação em diversos países. A pandemia teve início em 31 de dezembro de 2019, sendo esta a data que marca os primeiros casos confirmados na cidade de Wuhan, China, onde o vírus foi então identificado pela primeira vez (OPAS, 2020). Em curto período a doença extrapolou continentes e no Brasil, tem-se que o primeiro caso ocorreu na data de 25 de fevereiro (AQUINO, MONTEIRO; 2020).

Devido ao fato de sua transmissão ocorrer por via respiratória, o vírus denominado

SARS-CoV-2 passou a causar inúmeras mortes, e alterou a dinâmica de vida da população a nível mundial, levando a inseguranças em questões que já se encontravam previamente estabelecidas, como a amamentação. Sendo assim, muitas dúvidas e incertezas permearam o pensamento de gestantes e puérperas quanto a continuar ou a suspender a oferta de leite materno, visto que no início da pandemia, a transmissão do vírus pelo leite, ainda era pouco conhecida (CHAVES, LAMOUNIER, SANTIAGO; 2020).

Atualmente, cerca de quase 24 meses após o primeiro caso brasileiro, sabe-se que não existem restrições quanto à amamentação mesmo que a mãe ou a criança estejam com a doença. Soma-se a isso o fato de que com a chegada da vacina contra o vírus, muitos bebês e crianças amamentadas estão recebendo anticorpos contra a doença pelo fato de receberem leite materno (SANTOS; 2021).

Diante das diversas situações advindas com a pandemia e devido às dúvidas que permearam as lactantes no que tange à manutenção da amamentação, delimitou-se como questão norteadora deste estudo: “Quais os dados referentes ao AME nos menores de seis meses durante a pandemia de COVID-19 no estado do Paraná?”. A fim de responder tal questão, o presente trabalho apresentou como objetivo analisar os dados referentes à ocorrência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses no estado do Paraná nos anos de 2019 e 2020.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, retrospectivo e de abordagem quantitativa, realizado com auxílio do banco de dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) definido pelo Ministério da Saúde (MS) como um banco de dados para registros referentes à avaliação antropométrica e marcadores de consumo alimentar das pessoas que são atendidas nos serviços de Atenção Primária à Saúde, chamado de SISVAN WEB (BRASIL; 2008).

O SISVAN foi um sistema preconizado ainda na década de 70 e no Brasil seu uso foi recomendado a partir de 1977, tendo como objetivo organizar o sistema de informação para vigilância do estado nutricional e da situação alimentar da população brasileira. Em 1990, o mesmo foi regulamentado pela portaria nº 080 e a partir de então, sua existência dentro dos municípios foi essencial e considerada como pré-requisito para o repasse de recursos federais para ações de combate à desnutrição (BRASIL, 2008).

A pesquisa do tipo descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis, possibilitando o detalhamento das informações abordadas em determinado período, espaço, marco de idade e outros pontos estabelecidos pelo autor (POLIT, BECK; 2018). No estudo em questão, tem-se como fenômeno a ser descrito, a suspensão ou continuidade do AME em menores de seis meses.

Os estudos transversais têm foco nas populações bem definidas e tudo aquilo que se observa é mensurado uma única vez. Geralmente abrangem a população em geral e utilizam dados de fontes primárias. Os dados podem ser coletados via sujeitos de pesquisa ou então por meio de relatos de bancos de dados retrospectivos (FLECHER, FLECHER, FLECHER; 2014).

A busca foi realizada diretamente na plataforma SISVAN WEB, no período de setembro a novembro de 2021, por meio de um relatório gerado pelo sistema referente ao consumo alimentar, de crianças que se enquadram na faixa etária dos menores de seis meses no estado do Paraná nos anos de 2019 e 2020, adicionando-se o filtro para separar os resultados mês a mês. O módulo gerador foi acessado pelo site: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvanV2/relatoriopublico/index>.

A atualização dos dados do sistema é realizada semanalmente e o módulo é composto por três opções: estado nutricional, consumo alimentar e acompanhamento nutricional (ANDI). No estudo em questão foi utilizado o relatório referente ao consumo alimentar. Os resultados coletados foram organizados em uma planilha específica utilizando o programa Microsoft Excel para este fim e posteriormente analisados com auxílio da estatística descritiva.

Por se tratar de um estudo realizado com fontes de dados armazenadas em bancos de domínio público, o mesmo dispensou a necessidade de submissão para aprovação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

3 | RESULTADOS

Observou-se nos resultados encontrados uma diferença grande no número de total de crianças menores de seis meses que foram acompanhadas em 2019 e em 2020. O valor total de crianças separadas mês a mês pode ser observado na tabela abaixo:

Mês	< de seis meses acompanhados em 2019 Nº	< de seis meses acompanhados em 2020 Nº
Janeiro	606	818
Fevereiro	713	429
Março	656	364
Abril	796	142
Maiο	658	183
Junho	702	320
Julho	710	265
Agosto	671	315

Setembro	705	452
Outubro	490	370
Novembro	490	324
Dezembro	434	222

Legenda: N°: número

Tabela 01 – Crianças menores de seis meses acompanhados nos anos de 2019 e 2020, Paraná, Brasil.

Fonte: SISVAN WEB (2021).

A tabela 1 demonstra que o ano de 2019 manteve certo padrão mensal de crianças acompanhadas, sendo possível visualizar redução significativa nos meses de outubro, novembro e dezembro, apresentando média anual de 635,91 crianças. Quanto ao ano de 2020, janeiro foi o único mês em que mais crianças foram acompanhadas, ultrapassando o ano de 2019. Os demais meses de 2020 apresentaram grande diminuição, exibindo uma média anual de 350,33.

Os dados referentes à Frequência Relativa (FR) não foram apresentados, pois não foi possível obter o número total de crianças nascidas por mês a fim de comparar com o total de crianças acompanhadas pelo SISVAN. Soma-se a isso, o fato de os nascimentos referentes ao ano de 2020, não se encontrarem disponíveis no sistema de informação DataSUS.

Na tabela 2 observam-se os valores referentes ao AME nos menores de seis meses entre os anos de 2019 e 2020, antes e durante a pandemia de COVID-19 de acordo com os meses do ano:

Mês	AME em < de seis meses em 2019		AME em < de seis meses em 2020	
	N°	%	N°	%
Janeiro	365	60%	409	50%
Fevereiro	441	62%	251	59%
Março	402	61%	210	58%
Abril	457	57%	98	69%
Maio	416	63%	126	69%
Junho	392	56%	161	50%
Julho	416	59%	109	41%
Agosto	412	61%	138	44%
Setembro	411	58%	191	42%
Outubro	297	61%	170	46%
Novembro	276	56%	146	45%
Dezembro	260	60%	85	38%

Legenda: N°: número/ %: frequência relativa.

Tabela 02: Crianças menores de seis meses, em AME nos anos de 2019 e 2020, Paraná, Brasil.

Fonte: SISVAN WEB (2021).

Segundo a tabela 2, o ano de 2019 apresentou oscilações referentes às taxas de AME, porém em grande parte dos meses os valores permanecerem acima de 50%. Já no ano de 2020, nota-se que a partir de julho, as taxas começaram a diminuir, chegando a 38% no final do ano. A média de AME encontrada nos menores de seis meses no ano de 2019 foi de 378,75 enquanto que para 2020 foi de 174,5.

Quando se compararam os meses de dezembro de 2019 e dezembro de 2020, os valores apresentados demonstram uma redução de quase 50% nas taxas de AME nos menores de seis meses. Em relação à média anual, encontrou-se que em 2019, esta foi de 59,5% e em 2020 foi de 51%.

4 | DISCUSSÃO

Observou-se nos resultados que no ano de 2020 a quantidade de crianças menores de seis meses, que estavam em AME e foram acompanhadas pelo SISVAN no estado do Paraná foi menor do que no ano de 2019. Este decréscimo pode estar relacionado a pandemia da COVID-19 que teve início no ano de 2020, uma vez que o novo vírus SARS-CoV-2 gerou a necessidade imediata de reorganização dos atendimentos de saúde para combate e também provocou mudanças no comportamento individual das pessoas.

Num primeiro momento, houve uma reorganização dos serviços de saúde, com a suspensão de serviços denominados “secundários” como os realizados na Atenção Primária a Saúde (APS), incluindo as consultas de puericultura, fato que levou a diminuição dos acompanhamentos de crianças em período de lactação, podendo então, ser uma das justificativas para a diminuição dos valores encontrados na plataforma em 2020 (FIOCRUZ, 2020; OLIVEIRA, ALENCAR, NASCIMENTO, et al; 2020).

Outro fator contribuinte para o decréscimo das taxas de AME foi a necessidade de se realizar atendimento remoto, sendo este um dos motivos levantados por enfermeiros atuantes na APS durante a pandemia do coronavírus o qual dizem acreditar que a ausência de contato presencial com as mães é um fator contribuinte para o abandono precoce do AME, já que o acompanhamento remoto não supre a necessidade da mãe, pois não existem dificuldades para que o profissional mostre a pega correta e posicione a criança, e tal isso pode ter corroborado com a desistência da lactação precocemente (OLIVEIRA, ALENCAR, NASCIMENTO, et al; 2020). No entanto, é encontrado na literatura estudo que afirma haver bons resultados com o uso de tecnologias durante o período de pandemia (LODI, GOMES, RVEN, et al; 2020).

Outro fator elencado foi o próprio medo da doença, pois, mulheres em período gravídico puerperal evitaram contato com hospitais, ambulatórios e unidades básicas de saúde (UBS) devido ao grande número de casos. Tal situação pode ser vista em pesquisa comparativa realizada nos anos de 2019 e 2020 na qual as gestantes se negaram a comparecer a UBS para consulta, sendo necessário realização de visita domiciliar para

possível acompanhamento, exigindo também grande esforço dos profissionais para encorajar as gestantes quanto a segurança durante a permanência no serviço de saúde (RAIMUNDO; 2021).

Estudos realizados logo no início da pandemia apontaram a situação, visto que num primeiro momento trouxeram dúvidas em relação a continuidade da amamentação por considerarem a possibilidade de transmissão via lactação em casos suspeitos ou já confirmados de COVID-19 e logo após afirmaram que iniciar/continuar a ofertar o leite materno seria benéfico. Essa rápida mudança de informações, somado à dúvida intrínseca da própria população, pode ter contribuído para a suspensão da lactação em um primeiro momento (SANTOS, 2021; BRASIL, 2020).

No mês de março de 2020, conteúdos sobre essa temática foram publicados afirmando que a lactante com teste positivo para COVID-19 poderia iniciar ou dar seguimento ao processo de aleitamento, uma vez que, a transmissão do vírus não acontecia via de leite materno e que os proveitos advindos da lactação eram maiores comparados ao risco de transmissão, concluindo então, que a lactação era segura, sendo que neste processo, as medidas de segurança respiratória deveriam ser respeitadas: lavagem das mãos por minimamente 20 segundos antes de dar-se início a amamentação ou a ordenha, uso de máscara por todo o período de amamentação além de troca em cada oferta de leite e em caso de espirro e/ou tosse (BRASIL, 2020; GALVÃO, SILVA; 2020).

Apesar de este conteúdo estar disponível ainda no início de 2020, acredita-se que pelo fato deste ter levado certo tempo para ser difundido à população, tal situação acabou por provocar desistência por parte das mães que contraíram a COVID-19, que se encontravam expostas ao vírus em local de trabalho, por exemplo, ou, simplesmente, lactantes que tinham medo de estarem contaminadas, ainda que de forma assintomática, passando a doença para seu bebê, embora na literatura, encontremos estudos que demonstrem a decisão das lactantes em manter a amamentação (LIMA, CHAVES, OLIVEIRA, et al; 2020). Em nosso estudo, encontramos diminuição das taxas de aleitamento, sinalizando que o conhecimento acerca da segurança no processo de lactação pode não ter chegado às lactantes mães das crianças acompanhadas em tempo hábil.

Outro fator que pode ter sido um dos aliados para a baixa taxa de AME foi a ausência de vacina disponível logo no início da pandemia. A presença de vacina e estudos comprobatórios quanto a passagem de anticorpos pelo leite materno possibilitaria visualizar rapidamente e com maior segurança os benefícios ao bebê, porém a divulgação das mesmas ocorreu mundialmente somente ao final de dezembro de 2020, chegando ao Brasil em janeiro de 2021. Posterior à aplicação das primeiras doses, diversos estudos trouxeram a comprovação da passagem de anticorpos para o leite materno (SANTOS; 2021).

Vê-se em nosso estudo que o mês de janeiro de 2020 não apresentou registro de casos de COVID-19 no Brasil e isso justifica o maior número de crianças acompanhadas, assim como os que permaneceram em AME. Do final de fevereiro até novembro de 2020,

período considerado como a primeira onda de casos de COVID-19 no Brasil, percebeu-se a diminuição dos registros referentes ao AME e pode-se associar que neste momento a atenção e preocupação das autoridades sanitárias, dos profissionais de saúde e da população em geral estivessem voltadas a questões hospitalares e determinação do tratamento adequado para a doença, fazendo com que as questões primárias, como amamentação e acompanhamentos em APS, fossem colocados em um segundo plano, justificando talvez a diminuição de quase 50% de um ano para o outro no mês de dezembro, período que já é compreendido como segunda onda (MOURA, SILVA, SANCHES, et al; 2021).

Diante das constatações levantadas, destaca-se que ainda há possibilidade de que estes bebês, mesmo não sendo devidamente acompanhados pela APS devido período pandêmico, tenham permanecido em AME até completarem seis meses e tal informação não foi registrada no sistema, somado ao fato de que a própria pandemia em si deixou os profissionais de saúde, independentemente do nível de atenção, sobrecarregados e com foco específico na COVID-19 contribuindo também com possíveis ocorrências de subnotificação (DIAS, CARREIRO; 2020).

Entende-se que este pode ser considerado um viés do estudo, porém ressalta-se que a pesquisa contribui de forma a trazer a questão relacionada à subnotificação à tona, somado ao fato de ao menos trazer uma base de como foi a amamentação e o acompanhamento dessas crianças em um contexto pré e pós pandemia.

5 | CONCLUSÃO

Os dados encontrados refletiram uma diminuição nos índices de AME em menores de seis meses no ano de 2020 quando comparado a 2019 e tal ocorrência pode estar atribuída à pandemia de COVID-19. Sabe-se que os dados não podem ser generalizados e que o estudo apresenta limitações, em especial por se tratarem de informações contidas em banco de dados secundários com preenchimento manual, fato que permite erros nos registros e de digitação. Soma-se a isso a ausência de dados mensais e anuais do ano de 2020 em relação aos nascidos vivos na plataforma DataSUS não permitindo aprofundamento de comparativos estatísticos.

Apesar das dificuldades descritas, constatou-se que o estudo apresenta importante valor, uma vez que pode contribuir para a visualização do estado geral do AME nos menores de seis meses no estado do Paraná, podendo levantar um novo olhar das necessidades de saúde dessa população e dessa forma, traçar estratégias que auxiliem a diminuir as lacunas encontradas tanto no desenvolvimento do trabalho, como também nas próprias crianças acompanhadas.

REFERÊNCIAS

1. Aquino V, Monteiro N. Brasil confirma primeiro caso da doença. [Internet]. Governo federal: 26 fev. 2020; [atualizado em 27 fev. 2020; citado em 26 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>
2. BRASIL. Recomendação técnica nº 01/20.170320. Covid-19 e Amamentação. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz e Rede brasileira de bancos de leite humano, 2020. Disponível em: https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/rblh_recomendacao_01020_170320.pdf
3. Chaves RG, Lamounier JA, Santiago LB. Aleitamento materno e terapêutica para a doença coronavírus 2019 (COVID-19). Residência Pediátrica [Internet]. 2020 [citado em 11 set. 2021];10(2):1-6. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/aop_323.pdf
4. Dias CN, Carreiro MA. Perfil das notificações de incidentes em saúde em um hospital universitário. Revista de Enfermagem da UERJ [Internet]. 2020 [citado em 03 jan. 2021]; 28. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/43213/35198>.
5. Flecher RH, Flecher SW, Flecher GS. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2014.
6. Fiocruz. Fora prioridade: pandemia de COVID-19 agrava desassistência de doenças já consideradas invisibilizadas. Revista RADIS [Internet]. 2020 nov. [citado 27 dez. 2021]; (218): 20-25. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis218_web.pdf
7. Galvão DM, Silva E. Amamentação e covid-19: contributos para práticas seguras. Ciências da vida e da saúde. [Internet]. 2020 mai. [citado em 28 dez. 2021];2(5):161-168. Disponível em: https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/6339/1/Artigo%20Millenium_A%20amamenta%c3%a7%c3%a3o%20e%20COVID_19.pdf
8. Lodi JC, Gomez MS, Rven FGC, Possodon RF. Planejamento e gestão estratégica de um grupo de incentivo ao aleitamento materno em tempos de Covid-19. Revista Internacional de Extensão da Unicamp [Internet]. 2020 [citado em 03 jan. 2022]; 1(1):44-52. Disponível em: <http://143.106.227.105/bitstream/REPOSIP/364718/1/B66FA6A7-6DB8.pdf>
9. Lima ACMACC, Chaves AFL, Oliveira MG, Lima SAFCC, Machado MMT, Oriá MOB. Consultoria em amamentação durante a pandemia COVID-19: relato de experiência. Esc Anna Nery [Internet]. 2020 [citado em 03 jan. 2022]; 24(spe):1-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/ean/a/9b3D3KPPj93kmFTy7XvTnMH/?format=pdf&lang=pt>
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_sisvan.pdf

13. Moura EC, Silva EM, Sanchez MN, Cavalcante FV, Oliveira LG, Oliveira A, et al. [Internet]. 2021 mai. [citado em 28 dez. 2021];1-18. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2316/3905>
14. Oliveira BVS, Alencar Neta RL, Nascimento IMG, Oliveira GS, Medeiros RLSFM, Feitosa ANA. Impacto da pandemia do COVID-19 sob o cuidado na atenção primária à saúde: percepção de enfermeiro. Rev. Saúde coletiva [Internet]. 2021 [citado em 27 dez. 2021]; (11):7057-7072. Disponível em: <http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1550/2038>
15. Organização pan-americana de saúde. Folha informativa sobre COVID-19: Histórico da pandemia de COVID-19 [Internet]. 2020 [citado em 26 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>
16. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2018.
17. Raimundo VK. Saúde reprodutiva na pandemia covid-19: os desafios e respostas na atenção ao pré-natal em franco da rocha. [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo: Instituto de Saúde, Curso de especialização em saúde coletiva; 2021. 58 p. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1151752/tcc-vitoria-karen.pdf>
18. Santos EM, Silva LS, Rodrigues FS, Amorim TMAX, Silva CS, Borba JMC, et al. Avaliação do aleitamento materno em crianças até dois anos assistidas na atenção básica do Recife, Pernambuco, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2019 [citado em 26 ago. 2021];24(3):1211-1222. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CgDTSrHddp4vG4z3xhRT6FJ/?lang=pt&format=pdf>
19. Santos RG. Amamentação: o que aconteceu em tempos de covid-19. Sociedade de pediatria de são paulo [Internet]. 2021 Ago [citado em 28 dez. 2021];1-6. Disponível em <https://www.spsp.org.br/PDF/SPSP-DC%20Aleit.%20Mat.-Panorama%20Covid-25.08.2021.pdf>

CAPÍTULO 3

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 04/07/2022

Alessandra de Cáritas Ribeiro Adams

Centro Universitário IMEPAC
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/8191508260215501>

Beatriz Maria Borges Marques

Centro Universitário IMEPAC
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9152964274081774>

João Paulo Assunção Borges

Centro Universitário IMEPAC
Araguari – Minas Gerais
<http://lattes.cnpq.br/9871773467879870>

RESUMO: O Aleitamento Materno (AM) é uma das principais estratégias de promoção da saúde da criança e prevenção de doenças na infância em todo o mundo. Para os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, a amamentação é uma prática de grande relevância e importância para o binômio mãe-filho, pois proporciona benefícios para a saúde de ambos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e com o Ministério da Saúde (MS), o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é a forma mais adequada, ideal e necessária para a alimentação do bebê até o sexto mês de vida. Em meio a esse contexto, a utilização dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) é de fundamental importância, permitindo a padronização de problemas associados ao AM e, por conseguinte, a elaboração de Intervenções de Enfermagem (IE) direcionadas para as principais dificuldades

e problemas relatados pelas mães, contribuindo para a melhoria do cuidado prestado, proteção, promoção e apoio ao AM. Objetivou-se sintetizar o conhecimento sobre os DE relacionados ao AME na Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) desenvolvida no período de agosto a dezembro de 2021. Foram incluídos artigos que abordam o tema, publicados no período de 2010 até 2021, em português, e que possuem arquivo completo disponível, dispostos em forma de tabela, e excluídos todos os demais artigos que não atenderam a estes critérios. Foi feita uma análise descritiva dos DE mais recorrentes e determinado os principais diagnósticos relacionados ao AME. Os artigos encontrados, estudados e seus resultados foram expostos. Como resultado, os principais e mais prevalentes DE relacionados ao AM apresentados foram: Amamentação eficaz, Amamentação ineficaz, Amamentação interrompida e Risco de amamentação ineficaz. Conclui-se que os objetivos do presente estudo foram alcançados, posto que a proposta consistia mais especificamente em identificar os principais DE relacionados ao AME na APS.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno; diagnósticos de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

NURSING DIAGNOSES RELATED TO EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN PRIMARY HEALTH CARE: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Breastfeeding is one of the main strategies for promoting child health and

preventing childhood diseases worldwide. For health professionals, especially nurses, breastfeeding is a practice of great relevance and importance for the mother-child binomial, as it provides benefits for the health of both. According to the World Health Organization (WHO) and the Ministry of Health, Exclusive Breastfeeding is the most adequate, ideal and necessary way to feed the baby up to the sixth month of life. In the midst of this context, the use of Nursing Diagnoses is of fundamental importance, allowing the standardization of problems associated with Breastfeeding and, therefore, the elaboration of Nursing Interventions directed to the main difficulties and problems reported by the mothers, contributing to the improvement of the care provided, protection, promotion and support for Breastfeeding. The objective was to synthesize the knowledge about Nursing Diagnoses related to Breastfeeding in Primary Health Care (PHC). This is an Integrative Review developed from August to December 2021. Articles that address the topic, published from 2010 to 2021, in Portuguese, and which have a complete file available, arranged in the form of a table, and all other articles that did not meet these criteria were excluded. A descriptive analysis of the most recurrent Nursing Diagnoses was performed and the main diagnoses related to Exclusive Breastfeeding were determined. The articles found, studied and their results were exposed. As a result, the main and most prevalent Nursing Diagnoses related to breastfeeding presented were: Effective breastfeeding, Ineffective breastfeeding, Interrupted breastfeeding and Risk of ineffective breastfeeding. It is concluded that the objectives of the present study were achieved, since the proposal consisted more specifically in identifying the main Nursing Diagnoses related to Exclusive Breastfeeding in PHC.

KEYWORDS: Breastfeeding; Nursing diagnoses; Primary Health Care.

1 | INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO

O Aleitamento Materno (AM) é uma das principais estratégias de promoção da saúde da criança e prevenção de doenças na infância em todo o mundo. Para os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, a amamentação é uma prática de grande relevância e importância para o binômio mãe-filho, pois proporciona benefícios para a saúde de ambos (ROCHA *et al.*, 2018).

Para a mãe, os benefícios do AM incluem a promoção da involução genital pós-parto, diminuição do risco de câncer de ovário, útero e mama, redução de gastos com compra de alimentos industrializados para a criança e com tratamentos de saúde para possíveis doenças. Já para o bebê, o AM previne a morbidade e mortalidade infantil, além de favorecer o correto desenvolvimento da face, fonação, deglutição e respiração. O AM também está associado a um maior desenvolvimento intelectual, níveis de escolaridade melhores e por conseguinte, uma renda superior e mais favorável na fase adulta (ROCHA *et al.*, 2018).

Segundo Lima, Nascimento e Martins (2018), “o crescimento e o desenvolvimento dos lactentes dependem significativamente das propriedades nutricionais e imunológicas que somente o leite materno oferece”. Também afirmam que há diversos benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê, no que diz respeito à diminuição de adoecimento, ao

aumento de vínculo entre ambos, à redução da morbimortalidade materna e infantil, de internações hospitalares, de riscos de doenças crônicas e de gastos, sendo o leite materno a forma mais saudável e econômica de alimentação do bebê (LIMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2018).

Desta forma, o ato de amamentar está muito além de nutrir a criança, pois consiste em um processo de interação profunda entre o bebê e sua mãe, que repercute no estado nutricional, na habilidade de se defender de infecções, na fisiologia e no desenvolvimento emocional e cognitivo da criança, havendo, também, implicações na saúde psíquica e física da mãe (BRASIL, 2009).

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é recomendado pelas organizações nacionais e internacionais de saúde durante os primeiros seis meses de vida da criança e complementado até os dois anos ou mais. De acordo com Brasil (2009), AME pode ser definido “quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos”.

A adesão da mãe à amamentação exclusiva juntamente com o contato precoce trazem diversos benefícios para o binômio mãe-filho, para a família, para a sociedade e para a equipe prestadora do cuidado, e as vantagens do AME incluem a economia com alimentação do bebê, consultas médicas, hospitalizações, exames laboratoriais; redução de gastos com fórmulas, bicos, frascos e medicações; diminuição da produção de lixo inorgânico; e otimização da equipe profissional (CARVALHO; TAMEZ, 2005; FEBRASGO, 2006).

Iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses de vida pode causar prejuízos à saúde da criança, não havendo, assim, vantagens nesta ação. A introdução precoce de outros alimentos nesse período, segundo Brasil (2009), está associada a:

um maior número de episódios de diarreia; maior número de hospitalizações por doença respiratória; risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno, como, por exemplo, quando os alimentos são muito diluídos; menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco; menor eficácia da lactação como método anticoncepcional; menor duração do aleitamento materno.

Desse modo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e com o Ministério da Saúde (MS), o AME é a forma mais adequada, ideal e necessária para a alimentação do bebê até o sexto mês de vida, isto é, sem água, outros líquidos e alimentos até os seis meses de idade. Após esse período, pode-se complementar com outros líquidos e alimentos sólidos, mantendo a amamentação até os dois anos de idade ou mais (LIMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2018; ROCHA *et al.*, 2018).

Apesar de todas as vantagens, benefícios e da importância do AME, grande parte

das mães abandonam ou complementam esta prática logo no início, após as primeiras semanas de amamentação exclusiva. Os fatores que colaboram para o desmame precoce são vários, como: mamilos planos ou invertidos e/ou doloridos, produção insuficiente de leite e dificuldade na sucção dos seios pelo bebê. É possível citar, também, a questão emocional da mãe, a condição socioeconômica, o nível de escolaridade, o apoio e incentivo da família, a rede de apoio, a verdadeira intenção de amamentar e o conhecimento insuficiente da mãe ou gestante sobre o assunto (ROCHA *et al.*, 2018).

Lima, Nascimento e Martins (2018) corroboram que a interrupção do AME ocorre devido a diversos fatores que impedem essa prática. A falta de conhecimento e incentivo da equipe de saúde durante o pré-natal, parto e puerpério, além da influência cultural e negativa da família ao afirmar que o leite é insuficiente acabam ocasionando o desmame precoce. Outro fator como o nível de escolaridade também influencia a lactante no modo de como deve nutrir seu filho: quanto menor a escolarização, menor será o tempo de amamentação. Além disso, os fatores emocionais da família, a situação financeira e a oferta de fórmulas infantis em grande demanda também colaboram para o desmame antes do previsto (LIMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2018).

É importante ressaltar que o período inicial da amamentação pode ser influenciado por condições patológicas e clínicas que afetam de modo negativo o sucesso e o estabelecimento do AM. Os problemas mais comuns que acometem as nutrizes são: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes *Mellitus* (DM) pré-gestacional e gestacional, Obesidade, mamoplastia, cesarianas, consumo de medicamentos e Transtornos Mentais como a Ansiedade e a Depressão (CARVALHO; GOMES, 2017).

As cirurgias de mamoplastia no geral, tanto a de aumento quanto a de redução, sejam feitas anterior ou posteriormente ao nascimento da criança, podem causar problemas no processo de amamentação devido às incisões no tecido mamário, as quais podem provocar lesões na área dos seios lactíferos e ductos mamários, prejudicando a prática do AM, em especial a do AME. Entretanto, algumas mulheres conseguem amamentar normalmente, sem dificuldades ou maiores problemas, mesmo após a mamoplastia (CAMARGO *et al.*, 2018).

A mamoplastia de redução ou de aumento interferem nas condições da amamentação, trazendo consequências a respeito da tomada de decisão da mãe para escolher iniciar a prática do AM e até mesmo para determinar a duração desta prática. Os efeitos da cirurgia daquelas submetidas à mamoplastia podem gerar condições essencialmente distintas em relação às mulheres que não foram expostas a esse tipo de procedimento (CAMARGO *et al.*, 2018).

Carvalho e Gomes (2017) também apontam que os principais eventos que ocasionam a falha no processo de amamentação estão diretamente relacionados com às alterações anatômicas da mama ou hormonais, à diminuição da produção de leite, à prematuridade do recém-nascido (RN), aos efeitos colaterais de substâncias usadas pelas mães e à

incapacidade destas exercerem os devidos cuidados com o bebê.

Filho, Neto e Martins (2011) complementam que:

A má técnica de amamentação, mamadas infrequentes e em horários pré-determinados, constituem importantes fatores que podem predispor o aparecimento de complicações da lactação, tais como: ingurgitamento mamário, traumas mamilares e baixa produção de leite, uma vez que se constituem em condições que levam a um esvaziamento mamário inadequado.

Nos últimos 30 anos, inúmeras ações de apoio, incentivo e promoção da amamentação vêm sendo desenvolvidas no Brasil. Em hospitais e unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) são implementados programas e campanhas com o intuito de aumentar os índices de amamentação. São exemplos de ações realizadas pelo governo em prol da amamentação: a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a Rede Amamenta Brasil, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e o Programa Nacional de Melhora do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2014), hoje conhecido como Previne Brasil.

A atuação do enfermeiro e da equipe multiprofissional é de extrema importância no processo de promoção ao AM, visto que a assistência conjunta dos profissionais da área da saúde gera um cuidado integral e holístico à nutriz, considerando que a amamentação também precisa de equilíbrio nos quesitos afetivos e emocionais, além do aspecto biológico, para que se possa obter uma prática eficaz (SANTOS; MEIRELES, 2021).

A competência e papel fundamental do profissional enfermeiro consiste em promover, proteger e apoiar a prática do AM no Brasil e no mundo, assim como incentivar e orientar as nutrizes e a família para que não ocorra o desmame precoce (LIMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2018).

Nesse contexto, há o Processo de Enfermagem (PE), definido por Castilho, Ribeiro e Chirelli (2009):

O Processo de Enfermagem (PE) é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, que viabiliza a organização da assistência de Enfermagem. Representa uma abordagem de Enfermagem ética e humanizada, dirigida à resolução de problemas, atendendo às necessidades de cuidados de saúde e de Enfermagem de uma pessoa. No Brasil é uma atividade regulamentada pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, constituindo, portanto, uma ferramenta de trabalho do enfermeiro.

Por meio do PE o profissional enfermeiro consegue identificar as necessidades dos que estão sob seus cuidados, estabelecendo uma comunicação entre enfermeiro e cliente, bem como entre todos os outros atuantes na unidade. A utilização deste processo favorece o desenvolvimento científico da Enfermagem, a melhora da qualidade do cuidado prestado, o julgamento clínico e, também, a observação de modo mais sistematizado, com o princípio de elaborar Diagnósticos de Enfermagem (DE) focados na assistência integralizada e nas necessidades do cliente, assim como no levantamento das Intervenções de Enfermagem

(IE) necessárias para uma assistência eficaz. Sendo assim, o foco da Enfermagem é voltado para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde da pessoa, família e comunidade, amparadas pelo PE e pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (MOSER *et al.*, 2018).

Segundo Alfaro-LeFevre (2014), o PE é dividido em cinco etapas operacionais: Investigação, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação. Através delas é possível tornar a assistência holística e de qualidade, de modo a respaldar todos os cuidados realizados e promover a segurança integral do cliente. Dessa forma, o enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, faz uso do PE para sistematizar todos os cuidados a serem prestados ao cliente.

Com o intuito de efetivar esse processo, o profissional enfermeiro deve utilizar alguma classificação que padronize a linguagem dos DE, como a utilizada mundialmente Taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I). Através desta taxonomia os DE são classificados e, dentre esses, encontram-se os diagnósticos relacionados ao AM e sua prática. A identificação de problemas reais e fatores de risco é possível através da utilização desses diagnósticos, havendo necessidade de intervenções focalizadas no problema e em contextos em que reafirmar os benefícios da amamentação torna-se uma ação suficiente (NANDA, 2015).

Em meio a esse contexto, a utilização dos DE é de fundamental importância, uma vez que permite a padronização de problemas associados ao AM e, por conseguinte, a elaboração de IE direcionadas para as principais dificuldades e problemas relatados pelas mães, contribuindo para a melhoria do cuidado prestado, proteção, promoção e apoio ao AM. É mediante os DE que os enfermeiros conseguem interpretar as respostas, o processo de vida e os problemas de saúde de seus clientes, famílias e comunidades (PATINE; FURLAN, 2006).

O DE é um julgamento clínico realizado pelo enfermeiro com as informações coletadas sobre o indivíduo. Apresenta-se como uma etapa dinâmica, complexa e sistemática do PE, englobando a tomada de decisão e a avaliação crítica. Esta etapa propicia o direcionamento das ações e a articulação, de modo a contribuir para a qualidade do cuidado da pessoa como ser biopsicossocial, bem como para o exercício do julgamento clínico e raciocínio do enfermeiro (NANDA, 2013).

A importância dos DE está relacionada ao processo de agrupamento dos dados de saúde do cliente e de interpretação, em que esta irá nortear o enfermeiro na tomada de decisão dos cuidados que serão prestados aos clientes, ou seja, os diagnósticos são a base para a seleção das IE ou cuidados com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados (MOSER *et al.*, 2018; PATINE; FURLAN, 2006).

Somariva *et al.* (2019) reforça que:

A resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009 regulamenta a Sistematização da Assistência de Enfermagem para a

organização do trabalho, o método, instrumento e pessoal, estabelecendo o modo de operacionalização sistematizado ao processo de Enfermagem fundamentado em um modelo teórico, norteador para aplicação das suas cinco etapas operacionais [...]. Desta forma a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) permite ao enfermeiro planejar e tomar decisões conjuntas com a equipe de Enfermagem identificando as necessidades de diversas ordens, por parte dos serviços, da própria equipe e dos usuários, contribuindo para a melhoria efetiva da resolução das problemáticas da prática diária.

Sendo assim, para desempenhar esse papel tão essencial, o enfermeiro necessita ter uma visão mais abrangente e atenta, e levar sempre os aspectos culturais, familiares, emocionais e a rede de apoio à mulher e à criança em consideração, além de habilidades e conhecimentos relacionados a aspectos técnicos da lactação. Ressalta-se, também, a importância de utilizar os DE para a identificação das necessidades do binômio mãe-bebê, sistematização do cuidado de Enfermagem e promoção de uma assistência qualificada, de forma a traçar maneiras de influenciar positivamente a prática do AM (FASSARELLA *et al.*, 2018; LIMA; NASCIMENTO; MARTINS, 2018).

O presente estudo justifica-se pela necessidade de identificar, reunir, comparar e sintetizar a grande gama de informações importantes disponibilizadas por meio da literatura científica a respeito dos DE relacionados ao AME na APS, de modo a facilitar o estudo e o entendimento sobre este assunto, além de reforçar a importância do PE e do próprio enfermeiro no manejo do AM.

A partir desta explanação, esta pesquisa levanta o seguinte problema: Quais são os principais DE relacionados ao AME na APS trazidos pelas literaturas? Em relação a estes questionamentos, acreditamos que os principais e mais comuns DE que encontraremos na literatura científica a respeito do AME sejam voltados para a amamentação em si e para as dificuldades, complicações, riscos e disposições melhoradas do binômio mãe-filho.

Diante do exposto, este estudo objetivou sintetizar o conhecimento disponível a respeito dos DE relacionados ao AME na APS. Especificamente, identificou-se os principais DE relacionados ao AME na APS.

2 | MÉTODOS

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) da literatura, com estudo sobre Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao AME na APS. A RI consiste em um método científico empregado na Prática Baseada em Evidências (PBE) (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A busca constante de conhecimento científico é um desafio para o enfermeiro, sobretudo para promover a melhoria do cuidado aos seus clientes. Estimular o uso de resultados de pesquisa na assistência à saúde prestada nos diversos níveis de atenção, ressalta a importância da pesquisa para a prática clínica, operacionalizando a PBE.

A RI envolve diversas etapas, entre elas a definição de um problema, a busca e

seleção e a avaliação crítica das evidências disponíveis para empregá-las na prática e a avaliação dos resultados obtidos. Os revisores determinam o objetivo específico, formulam os questionamentos a serem respondidos ou hipóteses a serem testadas e realizam a busca para identificar e coletar o máximo de pesquisas primárias relevantes dentro dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Foram incluídos artigos que abordam o tema DE relacionados ao AME na APS, artigos estes publicados desde janeiro de 2010 até outubro de 2021, em português e com arquivo completo disponível.

As buscas por artigos foram realizadas em três bases de dados distintas, sendo estas o Google Acadêmico, a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os termos descritores utilizados na busca dos estudos primários, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), são: amamentação, aleitamento, aleitamento materno e diagnósticos de Enfermagem. Foram excluídos artigos que não possuem referências bibliográficas, que não estão em português, nas bases de dados mencionadas e nem no período estipulado, e que não atendem ao tema supracitado.

Realizou-se a busca inicial pelos artigos nas bases de dados já citadas, onde foram verificados os títulos, resumos e/ou o texto completo dos artigos encontrados. Após esta busca, foram escolhidos os artigos mais pertinentes, fundamentando nosso estudo de modo a alcançar nossos objetivos. Os estudos que não atenderam aos critérios de elegibilidade foram desconsiderados e descartados da pesquisa. Este estudo foi desenvolvido no período de agosto a dezembro de 2021.

A partir desta pesquisa e fundamentação teórica, realizou-se uma análise descritiva e disposição de todos os artigos incluídos no estudo em forma de tabela, sendo esta composta por: base de dados, autor-ano, título, método de estudo, objetivo e resultados. Logo após, procedeu-se uma análise dos DE mais recorrentes em meio aos artigos utilizados, determinando os principais e mais frequentes diagnósticos relacionados ao AME. Foi exposto o total de artigos encontrados nas bases de dados (eliminados e selecionados), o total de artigos estudados e seus resultados mediante aos diagnósticos.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através do levantamento de dados foram identificados 709 artigos, sendo 676 no Google Acadêmico, 23 na BVS e 10 na SciELO. Após a leitura dos títulos e resumos e remoção das duplicatas, foram eliminados 669 artigos, restando apenas 40, os quais foram lidos na íntegra. Destes, apenas oito corresponderam à questão norteadora e definiram a amostra final da pesquisa (Figura 1). Desse modo, a revisão foi realizada através de oito artigos publicados entre os anos de 2010 e 2021 que abordaram a temática sobre DE relacionados ao AM e AME.

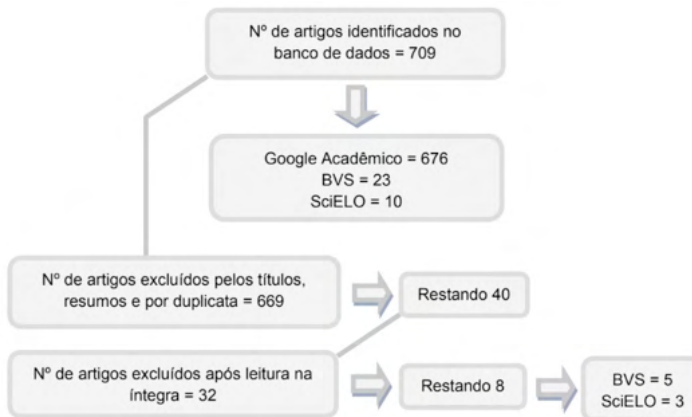


Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos incluídos na revisão.

Fonte: Elaborada pelos autores (2021).

A análise dos diferentes artigos científicos, incluídos nesta revisão de literatura, constou-se do seu método de estudo, objetivo e resultados (Tabela 1).

BASES DE DADOS	AUTOR-ANO	TÍTULO	MÉTODO DE ESTUDO	OBJETIVO	RESULTADOS
SciELO	SILVA <i>et al.</i> , (2013).	Diagnósticos de Enfermagem relacionados à amamentação em unidade de alojamento conjunto.	Exploratório, descritivo, quantitativo.	Identificar, em uma unidade de Alojamento Conjunto, diagnósticos de Enfermagem relacionados ao fenômeno da Amamentação de acordo com a taxonomia II da NANDA-I.	O diagnóstico de Enfermagem prevalente foi Amamentação eficaz, identificado em 65 (78,3%) dos casos, seguidos de Amamentação ineficaz com 11 (13,3%) e Amamentação interrompida com sete (8,4%) dos casos.

SciELO	VIEIRA <i>et al.</i> , (2010).	Diagnósticos de Enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio.	Descritivo, quantitativo.	Analisar a ocorrência de 22 diagnósticos de Enfermagem de interesse no puerpério imediato e tardio	Entre os diagnósticos identificados, destacaram-se: Conhecimento deficiente; Risco para infecção; Integridade tissular prejudicada; Amamentação eficaz; Ansiedade; Nutrição desequilibrada, menos do que as necessidades corporais; Disposição para processos familiares melhorados; Risco de integridade da pele prejudicada; e Insônia. Foram encontrados indícios de novos diagnósticos: Risco de amamentação interrompida, Risco de amamentação ineficaz.
SciELO	INÁCIO <i>et al.</i> , (2010).	Diagnósticos de Enfermagem em unidades de alojamento conjunto.	Exploratório, descritivo, quantitativo.	Identificar os Diagnósticos de Enfermagem (DE), segundo a Taxonomia NANDA II 2007/2008, em recém-nascidos, e descrever os fatores relacionados e os fatores de risco.	Os diagnósticos mais frequentes foram Amamentação eficaz, Amamentação ineficaz, Risco para infecção e Integridade da pele prejudicada.
BVS	RODRIGUES <i>et al.</i> , (2019).	Diagnósticos de Enfermagem relacionados à amamentação em nutrízes acompanhadas na Atenção Primária à Saúde.	Descritivo, quantitativo.	Identificar os diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I relacionados à amamentação em nutrízes acompanhadas na Atenção Primária à Saúde.	Os diagnósticos de Enfermagem identificados foram: Disposição para amamentação melhorada, Amamentação ineficaz, Leite materno insuficiente, Amamentação interrompida, Risco de vínculo prejudicado e Padrão ineficaz de alimentação do lactente.

BVS	CARVALHO <i>et al.</i> , (2014).	Prevalência dos diagnósticos de Enfermagem de amamentação no binômio mãe-filho em Unidade Básica de Saúde.	Transversal, quantitativo.	Identificar os diagnósticos de Enfermagem de amamentação, sua frequência de ocorrência, suas características definidoras e o valor da confiança materna com base na escala de autoeficácia em amamentação.	Dentre os diagnósticos de amamentação o que apresentou maior frequência foi Amamentação eficaz, apresentado por 50% dos binômios avaliados. Apenas sete binômios apresentaram o diagnóstico de Enfermagem Amamentação ineficaz (25%) e oito apresentaram Amamentação interrompida (28,6%).
BVS	GASPARIN <i>et al.</i> , (2018).	Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao aleitamento materno: uma revisão integrativa.	Revisão de literatura.	Identificar na literatura científica os diagnósticos de Enfermagem que se relacionam diretamente com o aleitamento materno, bem como elencar os mais utilizados nessa prática.	Amamentação ineficaz foi o diagnóstico mais abordado, relatado em 81,8% (9) dos estudos, seguido do diagnóstico Amamentação eficaz presente em 36,3% (4). O diagnóstico Amamentação interrompida esteve presente em 18,1% (2) dos estudos selecionados, e “risco para amamentação ineficaz” em 27,2% (3).
BVS	PRIMO <i>et al.</i> , (2013).	Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao fenômeno amamentação exclusiva.	Descritivo, exploratório.	Construir afirmativas de diagnósticos / resultados para o fenômeno Amamentação exclusiva, tendo como base as diretrizes do Conselho Internacional de Enfermeiras e os termos do Modelo de Sete Eixos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) Versão 1.0, complementados com os da literatura da área.	As combinações de termos resultaram em seis diagnósticos/ resultados de Enfermagem: Amamentação exclusiva eficaz, Amamentação exclusiva ineficaz, Potencial para aumento da amamentação exclusiva, Amamentação exclusiva interrompida, Risco para amamentação exclusiva ineficaz e Risco para amamentação exclusiva interrompida. Sete artigos utilizavam a NANDA e identificaram-se os seguintes diagnósticos: Amamentação eficaz; Amamentação ineficaz; Amamentação interrompida; Padrão ineficaz de alimentação do lactente.

BVS	VIEIRA <i>et al.</i> , (2011).	Diagnósticos de Enfermagem relacionados à amamentação no puerpério imediato.	Descritivo, quantitativo, transversal.	Avaliar a ocorrência dos diagnósticos de Enfermagem relacionados à amamentação no contexto da comunidade.	O diagnóstico de maior prevalência foi o de Amamentação eficaz (60,0%), seguido por Amamentação ineficaz (26,6%) e Risco para amamentação ineficaz (13,4%). Nenhuma das puérperas apresentou o diagnóstico de Amamentação interrompida e Risco para amamentação interrompida.
-----	--------------------------------	--	--	---	---

Tabela 1. Compilação e apresentação dos artigos para o embasamento teórico da RI.

Fonte: Elaborada pelos autores (2021).

De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, os DE encontrados são: Amamentação eficaz, Amamentação ineficaz, Amamentação interrompida, Conhecimento deficiente, Ansiedade, Insônia, Leite materno insuficiente, Padrão ineficaz de alimentação do lactente, Integridade tissular prejudicada, Nutrição desequilibrada, menos do que as necessidades corporais, Disposição para amamentação melhorada, Disposição para processos familiares melhorados, Risco de amamentação interrompida, Risco de amamentação ineficaz, Risco de infecção, Risco de integridade da pele prejudicada e Risco de vínculo prejudicado, totalizando 17 DE.

Em relação aos DE reais, no sentido decrescente, temos Amamentação eficaz e Amamentação ineficaz presentes em sete artigos (87,5%), Amamentação interrompida presente em cinco (62,5%), Integridade tissular prejudicada e Padrão ineficaz de alimentação do lactente presentes em dois (25%), e Conhecimento deficiente, Ansiedade, Insônia, Leite materno insuficiente e Nutrição desequilibrada, menos do que as necessidades corporais presentes em um artigo (12,5%).

Em se tratando dos DE de risco, temos, no sentido decrescente, Risco de amamentação ineficaz presente em três artigos (37,5%), Risco de Infecção presente em dois (25%), e Risco de amamentação interrompida, Risco de vínculo prejudicado e Risco de integridade da pele prejudicada presentes em um artigo (12,5%).

Já os DE de bem-estar (ou promoção da saúde), temos Disposição para amamentação melhorada e Disposição para processos familiares melhorados presentes em apenas um artigo (12,5%).

A partir desta análise de dados, é possível constatar que os principais e mais prevalentes DE relacionados ao AM apresentados são: Amamentação eficaz, Amamentação ineficaz, Amamentação interrompida e Risco de amamentação ineficaz.

Através deste estudo, identificou-se a escassez de artigos voltados apenas para DE relacionados ao AME, e uma grande gama de artigos relacionados ao AM e seus diagnósticos. Entretanto, ao avaliar estes estudos, percebeu-se que os DE encontrados

se encaixam tanto no AM quanto no AME, visto que este se diferencia por ser totalmente exclusivo até os seis meses de vida, sem deixar de ser o AM propriamente dito. Tendo esta perspectiva, continuou-se a discussão dos principais DE encontrados apesar de serem em sua maioria sobre o AM, contudo, sem deixar os aspectos do AME à margem.

Um dos fatores indispensáveis para a promoção da saúde da criança é a amamentação, a qual proporciona desenvolvimento e crescimento apropriados. Logo após o nascimento, a alimentação saudável do RN deve ser iniciada, sendo o leite materno o alimento completo e ideal para a nutrição do bebê até os primeiros seis meses de vida, ou seja, o AM deve ocorrer de forma totalmente exclusiva até que se complete seis meses, e complementado até os dois anos de idade ou mais (GASPARIN *et al.*, 2018; PEREIRA; REINALDO, 2018).

O estudo a respeito dos DE é essencial, visto que são a base para a elaboração adequada das IE e para o alcance de resultados positivos através da assistência de Enfermagem ao binômio mãe-filho (GASPARIN *et al.*, 2018).

A presente pesquisa resultou em quatro principais DE relacionados à prática do AM, sendo: Amamentação eficaz, Amamentação ineficaz, Amamentação interrompida e Risco de amamentação ineficaz.

O DE Amamentação eficaz foi o mais prevalente, visto que sua nomenclatura foi modificada para Disposição para amamentação melhorada, apresentando-se, ao unir as duas nomenclaturas, nos oito artigos estudados (100%).

O sistema de classificação utilizado costuma passar regularmente por estudos e atualizações e, dessa forma, percebeu-se a mudança da nomenclatura do DE “Amamentação eficaz” para “Disposição para amamentação melhorada”, apresentada pelas versões mais atuais da NANDA-I (NANDA, 2013; NANDA, 2015).

O DE Disposição para amamentação melhorada é definido por “padrão de oferecimento de leite a um lactente ou criança pequena diretamente das mamas que pode ser melhorado”. As características definidoras para esse DE consistem na mãe expressar o desejo de melhorar a capacidade de amamentar com exclusividade e/ou de oferecer o leite materno às necessidades nutricionais da criança (NANDA, 2015).

Sua prática favorece o fortalecimento de vínculo afetivo entre mãe e filho de modo a refletir nas relações familiares e na qualidade de vida, além de promover inúmeros benefícios para ambos, como por exemplo a redução de hospitalizações, a diminuição da mortalidade infantil e menores custos financeiros (GASPARIN *et al.*, 2018; VIEIRA *et al.*, 2011).

A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam que, para que as mães consigam amamentar de forma eficaz e exclusiva até os seis meses de idade, é necessário dar início à amamentação nas primeiras horas de vida do RN, fornecer apenas o leite materno, sem nenhum outro líquido ou alimento, amamentar sob livre demanda e não disponibilizar o uso de chupetas nem mamadeiras à criança (PRIMO

et al., 2013).

Ainda, para estabelecer uma amamentação exclusiva eficaz, deve-se oferecer uma mama por vez para promover o completo esvaziamento da glândula e permitir que a criança receba o leite mais nutritivo rico em gorduras, que é obtido ao fim da mamada. Deve-se oferecer a mama que não foi ofertada anteriormente ao iniciar uma nova mamada, ou seja, dar sempre preferência a mama que não foi oferecida por último. É importante ressaltar que a duração de cada mamada varia, visto que o intervalo entre elas dependerá da fome do bebê, sendo recomendado deixá-lo sob livre demanda para satisfazer suas necessidades. O local apropriado para amamentar precisa ser confortável, calmo e seguro, de preferência escolhido pela mãe. O uso de sutiã também é recomendado, com o intuito de manter as mamas elevadas e prevenir possíveis alterações nos ductos, devendo sua troca ocorrer diariamente. Deve-se sempre utilizar o próprio leite para lubrificar a região mamilo-areolar e realizar banho de sol nas mamas e mamilos, a fim de tornar esta região mais resistente (PRIMO *et al.*, 2013).

Tanto os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, quanto a mulher devem estar capacitados ao manejo das técnicas de amamentação, tendo estas como base a pega, a sucção e a deglutição corretas, bem como a posição adequada do binômio mãe-bebê (PRIMO *et al.*, 2013).

Mediante a pega correta, o bebê é capaz de retirar o leite em quantidade suficiente, sem lesionar o tecido da região mamilo-areolar apreendida. A boca do lactente deve estar aberta o bastante para abocanhar toda ou quase toda esta região. Posteriormente, tanto o nariz quanto o mento da criança devem estar encostados na mama, com os lábios inferior e superior voltados para fora. Por meio da sucção da mama se mantém o estímulo adequado para produzir e ejetar o leite, de modo a esvaziar as mamas e, por conseguinte, promover o deleite da criança relacionado as suas necessidades, tanto afetivas quanto nutricionais. Dessa forma, a apreensão da região mamilo-areolar, sucção e deglutição corretas são fundamentais para a amamentação eficaz. Em relação as posições do binômio, a posição da mãe para amamentar irá depender de fatores como o tipo de parto e o dia de puerpério em que se encontram, sendo essencial que a mulher esteja relaxada e confortável em qualquer posição. Já para o posicionamento do bebê, deve-se considerar que o corpo da mãe sempre se mantenha em um eixo único, independentemente da posição apresentada pela criança. Assim, o posicionamento também é um dos determinantes essenciais para uma amamentação eficaz (PRIMO *et al.*, 2013).

A amamentação possui importância vital e, por isso, tanto os binômios que a realizam de maneira eficaz quanto ineficaz precisam receber orientações e assistência adequada diante as dificuldades e dúvidas, ações estas fundamentais para a continuidade efetiva da prática AM (GASPARIN *et al.*, 2018).

O DE Amamentação ineficaz foi o segundo mais prevalente, constando em sete dos artigos analisados (87,5%). Este DE é definido como “dificuldade para oferecer o leite a um

lactente ou criança pequena diretamente das mamas, o que pode comprometer o estado nutricional do lactente/criança” (NANDA, 2015).

As características definidoras para Amamentação ineficaz são várias: ausência de ganho de peso do lactente e de resposta do lactente a outras medidas de conforto; esvaziamento insuficiente de cada mama por amamentação; fezes inadequadas do lactente; incapacidade do lactente de apreender a região areolar-mamilar corretamente; lactente chora ao ser posto na mama ou na primeira hora após a amamentação; lactente exhibe agitação na primeira hora após a amamentação; perda de peso do lactente sustentada; persistência de mamilos doloridos após a primeira semana de amamentação; resistência do lactente em apreender a região areolar-mamilar; sucção na mama não sustentada e suprimento de leite inadequado percebido (NANDA, 2015).

Os fatores relacionados para esse DE também são diversos: alimentações suplementares com bico artificial; ambivalência, dor, fadiga, ansiedade e obesidade materna; anomalia da mama; apoio familiar insuficiente; cirurgia prévia da mama; conhecimento insuficiente dos pais sobre a importância da amamentação e sobre técnicas de amamentação; defeito orofaríngeo; história anterior de insucesso na amamentação; interrupção na amamentação; licença maternidade curta; oportunidade insuficiente para sugar a mama; prematuridade; reflexo de sucção do lactente insatisfatório; retardo da lactogênese II; suprimento de leite inadequado e uso da chupeta (NANDA, 2015).

O sucesso da amamentação consiste no apoio profissional e familiar integral. Saber escutar, ouvir verdadeiramente a mulher sobre suas crenças, dúvidas, medos e anseios, e investigar a respeito das experiências anteriores fazem parte de todo o processo de aprendizagem da amamentação. Fornecer direcionamento e suporte aos sentimentos maternos com apoio total auxilia no aumento da autoconfiança materna para amamentar, sendo imprescindível a presença de toda a equipe multiprofissional e da família nesta prática. Deve-se colaborar para que a mãe se sinta apta e disposta a amamentar de maneira tranquila e eficaz, ofertando as orientações pertinentes e necessárias para alcançar o êxito materno. Desse modo, conhecer os aspectos relacionados ao AM e sua prática é indispensável (CARVALHO *et al.*, 2014; PRIMO *et al.*, 2013).

Embora haja um crescente aumento da prática do AM no país reconhecido através dos variados esforços de instituições nacionais e internacionais, dados da II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal realizada em 2008 apontam que apenas 9,3% das crianças amamentam exclusivamente aos 6 meses. Destaca-se a carência de orientação profissional às mulheres sobre as práticas apropriadas para o AM, dentre as diversas causas responsáveis por esse fenômeno (CARVALHO *et al.*, 2014).

Em estudo realizado com 181 mães, em um Hospital Amigo da Criança na cidade de Quixadá-CE, foi encontrado uma prevalência de 55,3% de amamentação exclusiva aos 4 meses, e aos 6 meses, uma prevalência de 46,2%. Mesmo com o apoio ao AM em

suas várias etapas nesta instituição de saúde, as prevalências se apresentaram baixas (CARVALHO *et al.*, 2014; PINHEIRO *et al.*, 2010).

Contudo, reconhece-se que a promoção da amamentação precisa ser amparada mais efetivamente, devendo esta fazer parte da rotina de atendimento das unidades de saúde. Dessa maneira, compete ao profissional enfermeiro acompanhar as mães em todos os momentos e até mesmo após a alta, para orientar e explicar as vantagens do AME e as desvantagens de introduzir outros alimentos precocemente na dieta da criança, de modo a alertar os problemas e dificuldades que poderão surgir e ensinar estratégias para superá-las caso apareçam (CARVALHO *et al.*, 2014).

Vários estudos apresentaram resultados semelhantes a esta pesquisa, ao ressaltar que DE mais prevalente foi o Amamentação eficaz. Entretanto, as taxas de AME até os seis meses de idade da criança ainda são consideradas abaixo do esperado, o que demonstra uma maior necessidade de atenção e conhecimento em relação aos valores e crenças maternas ao incentivar o aleitamento exclusivo. O papel do enfermeiro, neste contexto, torna-se de extrema importância, em especial para reduzir o desmame precoce ao adotar intervenções de efeito positivo, valorizando os fatores que podem favorecer para a continuidade da amamentação, através de aconselhamentos embasados no conhecimento científico, do meio social e da fisiologia da amamentação, bem como visitas domiciliares (CARVALHO *et al.*, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2019).

O DE Risco de amamentação ineficaz também foi apontado em três artigos (37,5%), sendo o quarto mais aparente. Em uma das modalidades dos DE trazidos pela NANDA há os diagnósticos de risco. Estes têm como premissa um “juízo clínico a respeito da vulnerabilidade de indivíduo, família, grupo ou comunidade para o desenvolvimento de uma resposta humana indesejável a condições de saúde/processos de vida” (NANDA, 2015). Portanto, costumam ser aplicados em situações em que, neste caso, as particularidades encontradas da mãe e/ou do bebê dão abertura para que hajam dúvidas sobre a prática efetiva da amamentação, sendo, desta forma, um diagnóstico que faz intermédio entre a amamentação eficaz e amamentação ineficaz (GASPARIN *et al.*, 2018).

Os diagnósticos de risco salientam a utilização do PE no manejo de riscos que podem influenciar negativamente no desenvolvimento do binômio mãe-bebê, reforçando a importância de ações que estejam voltadas para a prevenção e promoção da saúde das puérperas, com a finalidade de impedir que esses riscos se tornem em problemas reais. Ou seja, a identificação de fatores de risco para a não amamentação deve ser realizada o mais precocemente possível, a fim de que o diagnóstico de risco não evolua para o DE real Amamentação ineficaz (GASPARIN *et al.*, 2018; VIEIRA *et al.*, 2011).

O Risco para amamentação ineficaz é influenciado por diversos fatores, sendo estes biopsicossociais, econômicos e culturais. As mães salientam a ausência de apoio apropriado e evidenciam a insegurança e dificuldades na prática da amamentação, problemas que contribuem fortemente para o desmame precoce. Puérperas que deram à luz em Hospital

Amigo da Criança, mesmo assim, desmamaram de forma precoce seus bebês. Dito isto, as ações, programas e estratégias voltadas para o incentivo ao AM devem se unir, de forma a somar suas ações, pois estas isoladas não são o suficiente para apoiar e sustentar as puérperas no aleitamento, em especial no AME (VIEIRA *et al.*, 2011).

De acordo com o descrito, existe uma grande quantidade de problemas os quais são enfrentados pelas nutrizes durante o AM e que, caso não sejam identificados precocemente e solucionados, podem se tornar importantes fatores para os DE Risco para amamentação ineficaz e Risco para amamentação interrompida. Assim, os profissionais da saúde possuem papel fundamental na prevenção e manejo das dificuldades apresentadas pelo binômio, provendo o apoio necessário à mãe nestes primeiros momentos com o bebê. A avaliação da mamada é uma atividade essencial de apoio ao processo de amamentação, sendo o momento que possibilita a correção de possíveis erros de pega e postura, e a prevenção de problemas nas mamas e região areolar-mamilar (PRIMO *et al.*, 2013).

O DE Amamentação interrompida foi o terceiro com maior frequência, aparecendo em cinco artigos (62,5%). É definido por “quebra na continuidade do oferecimento de leite a um lactente ou criança pequena, direto das mamas, que pode comprometer o sucesso da amamentação e/ou o estado nutricional do lactente/criança”. Possui como característica definidora a amamentação não exclusiva e como fatores relacionados contraindicações à amamentação, doença da mãe e/ou do lactente, emprego materno, hospitalização da criança, necessidade de desmamar abruptamente o lactente, prematuridade e separação mãe-lactente (NANDA, 2015).

Este DE possui relação com a prematuridade, a baixa escolaridade, a volta da mãe ao mercado de trabalho, uso de mamadeira ou chupeta, e também com a introdução de alimentação suplementar precoce, devido à falta de conhecimento das mães sobre todo o processo de amamentação, em especial as mães jovens e primíparas, e também ausência de apoio familiar e do companheiro (GASPARIN *et al.*, 2018; SANTOS; MEIRELES, 2021).

Como citado anteriormente, a Amamentação interrompida é relacionada muitas vezes com a volta das nutrizes ao trabalho, visto que a licença maternidade raramente contempla os seis meses completos para que haja uma amamentação exclusiva. Estudos de uma pesquisa apontam que 28,6% das nutrizes manifestaram este DE (CARVALHO *et al.*, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2019).

Em outro estudo, a característica definidora amamentação não exclusiva foi observada em todos os binômios que apresentaram o DE Amamentação interrompida, estando este diagnóstico presente em 8,1% das nutrizes. Apesar de ser um número menor, faz-se necessário uma intervenção por parte de toda a equipe de saúde para impedir que o AM seja interrompido abruptamente, visto que a não continuidade da amamentação, principalmente a exclusiva, gera prejuízos à nutrição da criança (RODRIGUES *et al.*, 2019).

A amamentação exclusiva interrompida ocorre quando é definitivamente descontinuado o processo de alimentar a criança exclusivamente com o leite materno

nos primeiros seis meses de vida. Esta situação pode ocorrer quando os aspectos da amamentação exclusiva ineficaz progridem, como nos casos de fissura mamilar, ingurgitamento mamário, abscesso, mastite, e também em algumas doenças ou fármacos inconciliáveis com o AM (PRIMO *et al.*, 2013).

Em relação às doenças, deve-se destacar as infectocontagiosas, que podem afetar tanto a mãe quanto o bebê. Geralmente, quando a nutriz demonstra sintomas de uma doença infectocontagiosa, muitas vezes já ocorreu a exposição do filho ao agente etiológico e, por tanto, deve-se manter a amamentação sob avaliação e supervisão como modo de proteger a criança. Nos casos de infecções provocadas por retrovírus, como o vírus da imunodeficiência humana, os vírus T-linfotrópico humano tipo 1 e T-linfotrópico humano tipo 2, deve-se contraindicar a amamentação devido à provável transmissão do vírus através do leite humano (PRIMO *et al.*, 2013).

Já quanto aos fármacos incompatíveis com a amamentação, os radiofármacos e antineoplásicos são contraindicados de forma absoluta ou relativa ao AM. É recomendado que essas questões sejam consultadas previamente à prescrição de medicamentos às nutrizes, pois informações como essas sofrem atualizações frequentemente (PRIMO *et al.*, 2013).

4 | CONCLUSÃO

Conclui-se que os objetivos do presente estudo foram alcançados, visto que a proposta consistia em sintetizar o conhecimento disponível a respeito dos DE relacionados ao AME na APS, mais especificamente identificando os principais DE relacionados ao AME.

A partir do pressuposto de que os DE encontrados se encaixam tanto no AM quanto no AME, identificou-se que os quatro principais e mais prevalentes DE relacionados a esta prática foram: Amamentação eficaz, Amamentação ineficaz, Amamentação interrompida e Risco de amamentação ineficaz.

Os DE Amamentação eficaz e Amamentação ineficaz são a percepção do sucesso ou do insucesso do processo de AM, e apesar de serem opostos, há uma fácil e rápida ocorrência de transição de um para o outro. Já o DE Amamentação interrompida pode ocorrer quando os aspectos da Amamentação ineficaz apresentam piora. Assim, faz-se necessário o acompanhamento do binômio e a prestação de orientações pelos profissionais, em especial os enfermeiros, além do apoio institucional e familiar, para que a prática do AM seja incentivada, executada e alcance o êxito.

Ao se deparar com o DE Risco de amamentação ineficaz, o profissional enfermeiro deve traçar e colocar em prática todo o planejamento de cuidados e atividades a serem realizados ao binômio mãe-bebê, a fim de evitar a potencialização desse risco para que não se torne o DE Amamentação ineficaz.

Para um melhor entendimento e elaboração de cuidados para os DE que possuem

relação com o processo de AM, conhecer as características definidoras e os fatores relacionados é essencial, posto que ambos individualizam e norteiam a assistência de acordo com cada caso em particular, de modo a atender as necessidades da mãe e seu filho integralmente. Através desse conhecimento, as chances para que a conduta sugerida atinja o sucesso da ação aumentam, buscando, assim, cada vez mais alcançar o atual DE Disposição para amamentação melhorada. Para tal, estudos que contemplem as características definidoras e os fatores relacionados dos DE que envolvem a prática do AM são sugeridos.

Neste cenário, o papel do profissional de Enfermagem é protagonista e totalmente indispensável, pois o enfermeiro trabalha constantemente na prevenção de agravos que possam comprometer o desenvolvimento da prática do AM, através do acompanhamento, elaboração de cuidados e orientações a respeito dos possíveis problemas que tanto a mãe quanto a criança estão sujeitas.

Destarte, a realização de outros estudos em locais que prestem assistência direcionada ao AM e ao AME é necessária, visto que podem contribuir de forma significativa para observações e discussões aprofundadas a respeito dos DE identificados, concebendo variadas perspectivas para debates futuros.

Com esta pesquisa, espera-se contribuir com todas as áreas da saúde, em especial a da Enfermagem, para que os enfermeiros tenham um maior conhecimento a respeito dos DE relacionados ao AM e AME na APS, de modo a reforçar a importância do processo de amamentação e sua complexidade, e colaborar para a construção de novos estudos sobre esta temática, visando promover a saúde do binômio mãe-filho, família e comunidade.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do Processo de Enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** [Internet]. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf. Acesso em: 19 de abril 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. **Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação** [Internet]. 1. ed.; 1. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. 28 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aleitamento_materno_distribuicao_leite.pdf. Acesso em: 01 de out. 2021.

CAMARGO, J. DE F. *et al.* Experiência de amamentação de mulheres após mamoplastia. **Rev. Esc. Enferm. USP** [Online], v. 52, n. e03350, p. 1–9, 2018.

- CARVALHO M. R., GOMES C. F. **Amamentação: bases científicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- CARVALHO, M. R., TAMEZ R. N. **Amamentação: bases científicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- CARVALHO, O. M. C. *et al.* Prevalência dos diagnósticos de Enfermagem de amamentação no binômio mãe-filho em Unidade Básica de Saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** [Online], v. 15, n. 1, p. 99–107, 2014.
- CASTILHO, N. C.; RIBEIRO, P. C.; CHIRELLI, M. Q. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto & Contexto-Enfermagem** [Online], v. 18, n. 2, p. 280-289, 2009.
- FASSARELLA, B. P. A. *et al.* Percepção da equipe de Enfermagem frente ao aleitamento materno: do conhecimento à implementação. **Revista Nursing** [Online], v. 21, n. 246, p. 2489–2493, 2018.
- FILHO, M. D. DE S.; NETO, P. N. T. G.; MARTINS, M. DO C. DE C. E. Avaliação dos problemas relacionados ao aleitamento materno a partir do olhar da Enfermagem. **Cogitare Enfermagem** [Online], v. 16, n. 1, p. 70–75, 2011.
- GASPARIN, V. A. *et al.* Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. Atenção Saúde** [Online], v. 7, n. 1, p. 234–246, 2018.
- INÁCIO, C. C. N. *et al.* Diagnósticos de Enfermagem em unidades de alojamento conjunto. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Online], v. 63, n. 6, p. 894–899, 2010.
- LIMA, A. P. C.; NASCIMENTO, D. DA S.; MARTINS, M. M. F. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. **Journal of Health & Biological Sciences** [Online], v. 6, n. 2, p. 189–196, 2018.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem** [Online], v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.
- MOSER, D. C. *et al.* Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental** [Online], v. 10, n. 4, p. 998–1007, 2018.
- North American Nursing Diagnoses Association (NANDA)*. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- North American Nursing Diagnoses Association (NANDA)*. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017**. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- PATINE, F. S.; FURLAN, M. DE F. F. M. Diagnósticos de Enfermagem no atendimento a puérperas e recém-nascidos internados em alojamento conjunto. **Arq. ciênc. saúde** [Online], v. 13, n. 4, p. 202–208, 2006.

PEREIRA, N. N. B.; REINALDO, A. M. DOS S. Não adesão ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista de APS [Online]**, v. 21, n. 2, p. 300–319, 2018.

PINHEIRO, P. M. *et al.* Prevalência de aleitamento materno em mulheres egressas de um hospital amigo da criança em Quixadá-CE. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [Online]**, v. 11, n. 2, p. 94–102, 2010.

PRIMO, C. C. *et al.* Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao fenômeno amamentação exclusiva. **Cogitare Enfermagem [Online]**, v. 18, n. 2, p. 215–221, 2013.

ROCHA, I. S. *et al.* Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática. **Ciência & Saude Coletiva [Online]**, v. 23, n. 11, p. 3609–3619, 2018.

RODRIGUES, L. DO N. *et al.* Diagnósticos de Enfermagem relacionados à amamentação em nutrizes acompanhadas na Atenção Primária à Saúde. **Enferm. Foco [Online]**, v. 10, n. 6, p. 125–130, 2019.

SANTOS, A. C. DOS; MEIRELES, C. P. A importância da amamentação exclusiva nos seis primeiros meses de vida e o papel da Enfermagem. **Revista Coleta Científica [Online]**, v. 5, n. 9, p. 58–69, 2021.

SILVA, E. P. DA *et al.* Diagnósticos de Enfermagem relacionados à amamentação em unidade de alojamento conjunto. **Revista Brasileira de Enfermagem [Online]**, v. 66, n. 2, p. 190–195, 2013.

SOMARIVA, V. C. A. *et al.* Percepções das equipes de Enfermagem na Atenção Básica frente à Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Enferm. Foco [Online]**, v. 10, n. 4, p. 142–147, 2019.

VIEIRA, F. *et al.* Diagnósticos de Enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem [Online]**, v. 14, n. 1, p. 83–89, 2010.

VIEIRA, F. *et al.* Diagnósticos de Enfermagem relacionados à amamentação no puerpério imediato. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste [Online]**, v. 12, n. 3, p. 462–470, 2011.

FACTORES-CHAVE DO ALEITAMENTO MATERNO NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL

Data de aceite: 04/07/2022

Data de submissão: 10/05/2022

Carlos Manuel Nieves Rodriguez

Enfermeiro y professor de Enfermagem na
Universidade das Ilhas Baleares
Palma de Mallorca-Espanha
<https://orcid.org/0000-0001-5062-1989>

David Gómez Santos

Técnico cuidados auxiliares de Enfermagem.
Hospital Universitário Son LLàtzer. (Palma de
Mallorca)
Palma de Mallorca-Espanha

RESUMO: Introdução: O excesso de peso e a obesidade infantil têm vindo a aumentar vertiginosamente nas últimas décadas. O aleitamento materno exclusivo foi identificado como um dos factores de protecção. Por conseguinte, é necessário agir de forma interdisciplinar e precoce para promover a iniciação, exclusividade e continuidade do aleitamento materno. **Objectivo:** Determinar se o aleitamento materno exclusivo reduz directamente o risco de excesso de peso/obesidade na vida posterior. **Método:** Revisão da literatura que investiga a relação entre o aleitamento materno exclusivo e o risco de excesso de peso ou obesidade em idades futuras. Foram pesquisadas as seguintes bases de dados: Pubmed, Cochrane, MEDLINE e Dialnet. **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:** Filtragem por texto integral, datas de publicação entre 2016-2021

e espécies humanas. Artigos publicados em espanhol, inglês e português. Artigos com acesso a todo o documento. **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:** excluimos todas as opiniões de peritos, casos individuais, resumos de conferências, TFG/TFM, revisões de literatura que não são sistemáticas e incluímos qualquer língua, qualquer população pediátrica e qualquer etnia. Após o processo de pesquisa, foram obtidas 1.084 publicações, das quais 6 foram eliminadas devido à duplicação. Após uma leitura preliminar por título e resumo, foram eliminados 1.041 artigos. Após uma leitura exaustiva, 18 foram eliminados porque não cumpriam os critérios de inclusão ou não respondiam aos objectivos. No final, foram obtidos 19 artigos para análise qualitativa da literatura. **Resultados:** A amamentação demonstrou ser um factor de protecção contra a probabilidade de obesidade na idade adulta. Também promove o equilíbrio nutricional e melhora os níveis de saciedade. Por outro lado, a literatura advoga a aplicação de instrumentos de medição com o objectivo de obter uma visão sobre o tipo de comportamentos alimentares do recém-nascido e/ou do bebé. **Conclusões:** A prevenção da obesidade infantil necessita de uma estratégia que seja implementada numa idade precoce, mesmo antes do nascimento. Como profissionais de saúde, devemos ser conhecedores, a fim de informar e educar as figuras parentais em tudo o que lhe diz respeito. É portanto necessário trabalhar no campo da promoção e encorajar o aleitamento materno pelas suas inúmeras vantagens nutricionais, imunológicas e psicológicas, sem negligenciar o valor que as decisões individuais representam.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento materno; Prevenção; Obesidade infantil; Cuidados de enfermagem.

KEY FACTORS OF BREASTFEEDING IN THE PREVENTION OF CHILDHOOD OBESITY

ABSTRACT: Introduction: Childhood overweight and obesity have been on a steep rise in recent decades. Exclusive breastfeeding has been identified as one of the protective factors. Therefore, it is necessary to act in an interdisciplinary and early manner to promote the initiation, exclusivity and continuity of BF. **Objective:** To determine whether exclusive breastfeeding directly reduces the risk of overweight/obesity in later life. **Methods:** Literature review investigating the relationship of exclusive breastfeeding with the risk of being overweight or obese at future ages. The following databases were searched: PubMed, Cochrane, MEDLINE and Dialnet. **INCLUSION CRITERIA:** Filtering by full text, publication dates between 2016-2021 and human species. Articles published in Spanish, English and Portuguese. Articles with access to the whole document. **EXCLUSION CRITERIA:** we excluded all expert opinions, single cases, conference abstracts, TFG/TFM, literature reviews that are not systematic and we included any language, any paediatric population, and any ethnicity. After the search process, 1,084 publications were obtained, of which 6 were eliminated due to duplication. After a preliminary reading by title and abstract, 1,041 articles were eliminated. After an exhaustive reading, 18 were eliminated because they did not meet the inclusion criteria or did not respond to the objectives. In the end, 19 articles were obtained for qualitative analysis of the literature. **Results:** Breastfeeding has been shown to be a protective factor against the probability of obesity in adulthood. It also promotes nutritional balance and improves satiety levels. On the other hand, the literature advocates applying measurement instruments with the aim of gaining insight into the type of feeding behaviours of the new born and/or infant. **Conclusions:** The prevention of childhood obesity needs a strategy that is implemented at an early age, even before birth. As health professionals we must be knowledgeable to inform and educate parental figures in everything related to it. It is therefore necessary to work in the field of promotion and to encourage BF for its innumerable nutritional, immunological and psychological advantages, without neglecting the value that individual decisions represent. **KEYWORDS:** Breastfeeding; Prevention; Childhood obesity; Nursing care.

INTRODUÇÃO

A amamentação é o ato natural pelo qual a mãe alimenta seu filho recém-nascido através dos seios, que secretam leite materno imediatamente após o parto.

Existem três tipos de amamentação: amamentação exclusiva, amamentação artificial (com leite de fórmula) ou amamentação mista (mistura dos dois anteriores).

A amamentação exclusiva é indicada durante os primeiros seis meses de vida, a partir desta data, eles receberão alimentos complementares nutricionalmente adequados, embora o ideal seja que o bebê continuasse a tomar a amamentação até dois anos.

Iniciar e manter a amamentação exclusiva, que e o UNICEF recomendam os

seguintes critérios para uma criança recém-nascida e saudável.

Essa amamentação começa na primeira hora da vida.

Que o bebê recebe apenas leite materno, qualquer outro tipo de comida ou bebida, nem mesmo água.

Essa amamentação é feita sob demanda, ou seja, com a frequência que a criança deseja, dia e noite.

Que garrafas, tetinas ou chupetas não são usadas.

A amamentação tem muitos benefícios, afeta a sobrevivência, a saúde, a nutrição e o desenvolvimento infantil. Ele fornece todos os nutrientes, vitaminas e minerais necessários para o crescimento nos primeiros 6 meses de vida. Possui anticorpos da mãe, que ajudam o bebê a lutar contra doenças.

A amamentação favorece a criação do vínculo mãe-filho, afetando positivamente a estimulação, o comportamento, a fala, o sentimento de bem-estar e segurança.

Também reduz a possibilidade de doenças em idades próximas, como obesidade, colesterol alto, pressão alta, diabetes, asma infantil, leucemias infantis, etc.

Que define a obesidade e excesso de peso como um acúmulo anormal e excessivo de gordura que pode ser prejudicial à saúde e se manifesta pelo excesso de peso e volume corporal.

A obesidade infantil é um dos problemas de saúde pública mais grave do século XXI.

A prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes é definida de acordo com os padrões de crescimento da OMS para crianças e adolescentes da escola.

É descrito que há excesso de peso quando o IMC para a idade e o sexo do garoto ou da menina, ele tem mais do que um desvio padrão acima da mediana estabelecida nos padrões de crescimento infantil da WWK.

Por outro lado, é descrito que há obesidade quando o IMC para a idade e o sexo do menino ou da menina tem mais de dois desvios típicos acima da mediana estabelecida nos padrões de crescimento infantil da WWN.

A prevenção da obesidade infantil precisa de uma estratégia lançada em tenra idade. Os profissionais de enfermagem devem conhecer todos os fatores etiológicos modificáveis nos quais trabalhar com a comunidade. Dessa forma, será possível realizar uma educação em saúde eficaz.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Determinar se a amamentação exclusiva reduz diretamente o risco de sobrepeso/obesidade em idades futuras.

Objetivos específicos:

Estabelecer se existe um relacionamento na duração do período exclusivo de

amamentação e o risco de obesidade infantil.

Conhecer as características do leite materno que influenciam o risco de sobrepeso/obesidade em idades futuras.

Comparar como o leite materno e o leite da fórmula exclusiva influenciam o risco de obesidade.

MÉTODO

O presente trabalho foi realizado por meio de revisão bibliográfica que investiga a relação da amamentação exclusiva com o risco de sobrepeso ou obesidade em idades futuras.

As pesquisas foram feitas nos seguintes bancos de dados: PubMed, Cochrane, Medline e Dialnet.

Critérios de inclusão: preenchidos por texto completo, datas de publicações entre 2016-2021 e as espécies humanas. Artigos publicados em espanhol, inglês e português. Artigos com acesso a todo o documento.

Critérios de exclusão: excluímos todas as opiniões de especialistas, casos únicos, resumos do Congresso, TFG/TFM, revisões bibliográficas que não são sistemáticas e incluem qualquer idioma, qualquer população pediátrica e qualquer etnia.

Após o processo de busca, foram obtidas 1.084 publicações, das quais 6 foram eliminadas em duplicidade.

Após uma leitura preliminar por título e resumo, 1.041 artigos foram eliminados.

Após uma leitura exaustiva, 18 foram eliminados para não cumprir critérios de inclusão ou não responder aos objetivos. No final, 19 artigos para a análise qualitativa da literatura.

RESULTADOS

Determinar se a amamentação exclusiva reduz diretamente o risco de sobrepeso/obesidade em idades futuras

- Todos os artigos incluídos neste estudo (100%) respondem a esse objetivo.
- Oyarzún et al. Determina uma prevalência de 15,9% de obesidade em bebês que amamentam contra 18,6% nos quais não receberam.
- Aguilar et al. , por meio de uma revisão bibliográfica com 113 documentos, eles determinam que a amamentação tem um fator de proteção contra a obesidade em idades futuras.
- Huiquan et al. Eles não encontram efeito estatisticamente significativo entre a amamentação exclusiva e a obesidade infantil.

Estabelecer se existe um relacionamento na duração do período exclusivo de amamentação e o risco de obesidade infantil

- De todos os artigos encontrados, oito (42%) respondem a esse objetivo.
- Modrek et al. Eles descobriram que, para cada semana extra de amamentação, a probabilidade de sofrer obesidade aos 2 anos diminuiu 0,82%.
- Com o estudo de Zheng et al. Foi demonstrado que as crianças que amamentam por um período mais longo têm uma possibilidade menor de obesidade.

Conhecer as características do leite materno que influenciam a redução do risco de sobrepeso/obesidade em idades futuras e comparação, como leite materno exclusivo e leite de fórmula, influenciam o risco de obesidade

- Ambos os objetivos respondem com os mesmos três artigos (16%).
- Todos coincidem na alta quantidade de proteína no leite de fórmula contra o leite materno como a característica principal.
- Lee et al. Em um estudo com um grande número de amostra (38.049), eles determinam que o leite materno tem uma série de características que o leite de fórmula não possui.
- Holbrook et al. Eles descobriram que os bebês expostos a níveis mais altos de cortisol no leite por 3 meses tinham menos chance de ganhar peso em comparação com os expostos a níveis mais baixos de cortisol no leite.

Como pode ser visto, a maioria dos estudos é longitudinal, transversal ou coorte, uma vez que o objeto de estudo não pôde ser analisado por meio de um ensaio clínico, pois não seria moralmente ético intervir na forma de escolha da mãe para alimentar seu recém-nascido.

Na Espanha, no ano passado, Iguacel et al. Eles avaliaram as associações entre o tipo de amamentação e as trajetórias de crescimento. Concluiu-se que a amamentação protegia a obesidade contra o leite da fórmula, pois com o último a criança recebe uma quantidade maior de alimentos porque leva mais tempo para se satisfazer.

Outro estudo na China por Yan et al. Ele disse que a amamentação tem um efeito protetor contra a obesidade, mas não indicou nada sobre se é exclusivo ou misto. Uumer et al. Também não diferenciou o tipo de amamentação, simplesmente indica que ele encontra uma associação significativa, embora pequena, que reduz a obesidade infantil.

No entanto, um estudo longitudinal prospectivo contínuo conduzido por Huiquan et al. Ele não encontrou um relacionamento significativo de que a amamentação exclusiva reduz a obesidade, mesmo observou que quanto mais ele se prolonga no tempo, está relacionado a um IMC mais alto em crianças. Este estudo pode ter obtido esses resultados porque a maioria de seus sujeitos selecionados apresentou um alto peso ao nascer.

Francesca et al. Eles investigaram como a duração da amamentação afeta a

probabilidade de sobrepeso/obesidade, concluindo que a duração da amamentação, exclusiva ou não, pode estar associada a um menor risco de obesidade na primeira infância.

Em 2015, na Croácia Turic et al. Eles concluíram que a amamentação exclusiva, pelo menos até 3 meses, tem um fator de proteção e, se aumentar para 6 meses, o fator de proteção aumentará.

Um estudo de coortes com 1.234 indivíduos conduzidos por Wang et al. Em 2017, ele afirma que a amamentação por pelo menos 6 meses reduz o risco de obesidade. As políticas de saúde devem apoiar as mulheres para que a amamentação exclusiva tenha duração superior a 6 meses.

A maioria das investigações consultadas, tanto aquelas que descrevem uma associação entre amamentação e o menor risco de sobrepeso, e pesquisas que não apenas encontram esse relacionamento, concordam com a necessidade de aumentar o seguinte a longo prazo -de crianças que elas foram amamentado. Assim, grandes benefícios podem ser gerados, não apenas para o bebê e sua mãe, mas para toda a sociedade, por isso deve ser uma prioridade para a saúde pública.

Woo et al., Em uma metanálise em 2016, eles explicam que a redução da obesidade devido à amamentação exclusiva pode ser focada em três vias biológicas: obesidade materna, a composição do leite materno e a composição da microbiota.

CONCLUSÕES

A amamentação reduz significativamente o risco de sobrepeso ou obesidade em idades futuras. É determinado que um período de amamentação maior que entre 3 e 6 meses ajuda a reduzir o risco de obesidade na infância. Embora, levando em consideração que não há conformidade nesse sentido, é necessário continuar conduzindo estudos sobre essa linha de pesquisa.

O leite materno reduz o risco de sobrepeso/obesidade porque contém cortisol nele e baixos níveis de leptina e glicerina; Todos eles influenciam a trajetória do IMC.

O leite de fórmula tem um maior teor de proteína, afetando assim o bebê para ganhar peso muito mais rápido e alterar seu metabolismo em comparação com o menor teor de proteína apresentado pelo leite materno.

Quanto aos benefícios na prevenção da obesidade com sobrepeso e infância, de acordo com a bibliografia, a amamentação inicial está relacionada aos alimentos. Dessa maneira, os bebês que foram amamentados eram mais propensos a tocar nos estímulos não alimentares em comparação com a não residência.

Na mesma linha, os bebês que foram amamentados por períodos de 3 a 12 meses apresentaram menos probabilidade de excesso de peso. Da mesma forma, alterações na interpretação dos sinais em resposta a alimentos e saciedade estão relacionadas à obesidade infantil.

De acordo com diretrizes e recomendações, a literatura científica apóia que a aplicação do comportamento alimentar do bebê (CEBQ) poderia ajudar a abordagem terapêutica de um programa focado em uma alimentação saudável. Por outro lado, o modelo “TrifectaApproach” combina a saúde do amamentado e da criança, juntamente com o treinamento para o LM. Além disso, um psicólogo avalia o risco de depressão pós-parto e discute o padrão e os papéis paternos da família, a fim de melhorar a saúde e bem-estar que todos os membros percebem em relação à modalidade de abordagem, é considerado apropriado intervir em sistemas familiares Para melhorar a eficácia na redução da obesidade com sobrepeso ou infância, propondo modalidades bastante orientadas para conselhos e psicoeducação, onde a abordagem é dada pelos profissionais de saúde à comunidade.

A evidência indica que apenas o ato cognitivo de planejar para amamentar funciona como preditor do comportamento uma vez que a entrega ocorreu, a partir da qual um amplo repertório de intervenções pode ser implantado pessoalmente ou virtual, em contato direto com quem eles amamentam ou através de grupos de apoio ou intervenções comunitárias, contemplando os interesses e motivações particulares de cada paciente na co-construção dos objetivos do trabalho e supera os obstáculos na amamentação.

A prevenção da obesidade infantil precisa de uma estratégia lançada em tenra idade, mesmo antes do nascimento. Como profissionais de saúde, devemos estar cientes de informar e educar os números dos pais em tudo relacionado a ele. É necessário, portanto, trabalhar no campo da promoção e incentivar o aleitamento pelas suas inúmeras vantagens nutricionais, imunológicas e psicológicas, sem desconsiderar o valor que as decisões individuais representam.

Para concluir, uma das futuras linhas de pesquisa pode se concentrar em resolver os problemas que surgem com o aleitamento. Assim, é considerado necessário desenvolver grupos de apoio nos quais a adaptação à nova situação é facilitada por experiência direta; E a dinâmica pode ser investigada quando quem cumprir o papel é um homem.

Para continuar, foi detectada uma grande necessidade de formar equipes multidisciplinares compostas por pediatria, enfermagem, enfermagem e psicologia obstétrica-ginecológica. Da mesma forma, o trabalho da interdisciplinaridade promoveria o estabelecimento e a manutenção corretos do LM exclusivo, o que permitiria a implementação de abordagens psicoeducacionais, a formação de redes de suporte e contenção e facilitaria o diagnóstico e a derivação prematura a outros profissionais de saúde necessários.

A necessidade de realizar uma avaliação do interesse ou relevância da inclusão de espaços de treinamento nos graus e examinando o espaço atual ocupado nos currículos em nível nacional foi observado. Tanto a Associação Espanhola da Psicologia Perinatal quanto o Instituto Europeu de Saúde Mental Perinatal formam profissionais em aspectos psico-afetivos ligados à promoção da saúde mental e prevenção de patologias na saúde mental nos estágios da gravidez, puerperium e parentalidade, abordando os diferentes

tipos de ajuda e promoção da amamentação em situações de sofrimento ou estresse psíquico do núcleo familiar.

REFERÊNCIAS

1. Azad MB, Vehling L, Chan D, Klopp A, Nickel NC, McGavock JM, et al. **Infant feeding and weight gain: Separating breast milk from breastfeeding and formula from food.** *Pediatrics*. 2018;142(4).
2. **Breastfeeding** [Internet]. Who.int. [cited 01 May 2022]. Available from: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_
3. Cordero MJA, Sánchez López AM, Baños NM, Villar NM, Ruiz ME, Rodríguez EH. **Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente; revisión sistemática.** *Nutr Hosp*. 2015;31(2):606–20.
4. Fisberg M, Baur L, Chen W, Hoppin A, Koletzko B, Lau D, Moreno L, Nelson T, Strauss R, Uauy R. **Obesity in Children and Adolescents: Working Group Report of the Second World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition.** *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004; 39: S678-S687.
5. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). **Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición. Crecer bien en un mundo en transformación.** 2019. 18-29p.
6. Gibson LA, Alava MH, Kelly MP, Campbell MJ. **The effects of breastfeeding on childhood BMI: A propensity score matching approach.** *J Public Heal* (United Kingdom). 2017;39(4):e152-60.
7. Iguacel I, Monje L, Cabero MJ, Moreno LA, Samper MP, Rodríguez-Palmero M, Rivero M, Álvarez L, Rodríguez G. **Feeding patterns and growth trajectories in breast-fed and formula-fed infants during the introduction of complementary food.** *Nutr Hosp* 2019;36(4):777-785 DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02352>
8. **Lactancia materna** [Internet]. UNICEF. [cited 01 may 2022]. Available from: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
9. Lee JW, Lee M, Lee J, Kim YJ, Ha E, Kim HS. **The protective effect of exclusive breastfeeding on overweight/obesity in children with high birth weight.** *J Korean Med Sci*. 2019;34(10):1–9.
10. **Obesidad** [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [cited 01 may 2022]. Available from: <https://www.who.int/topics/obesity/es/>
11. Ortega-García JA, Kloosterman N, Alvarez L, Tobarra-Sánchez E, Cárceles-Álvarez A, Pastor-Valero R, et al. **Full Breastfeeding and Obesity in Children: A Prospective Study from Birth to 6 Years.** *Child Obes*. 2018;14(5):327–37.
12. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. **Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence.** *Pediatrics*. 2005;115(5):1367–1377
13. Park SJ, Lee HJ. **Exclusive breastfeeding and partial breastfeeding reduce the risk of overweight in childhood: A nationwide longitudinal study in Korea.** *Obes Res Clin Pract* [Internet]. 2018;12(2):222–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.orcp.2018.01.001>

14. Rossiter MD, Colapinto CK, Khan MKA, McIsaac JLD, Williams PL, Kirk SFL, et al. **Breast, Formula and Combination Feeding in Relation to Childhood Obesity in Nova Scotia, Canada.** *Matern Child Health J.* 2015;19(9):2048–56.
15. Sandoval Jurado L, Jiménez Báez MV, Olivares Juárez S, de la Cruz Olvera T. **Lactancia materna, alimentación complementaria y el riesgo de obesidad infantil.** *Aten Primaria* [Internet]. 2016;48(9):572–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.004>
16. Sousa, Francisca de; Claro, Maísa de Lima; Sousa, Andréia Lima de; Lima, Luisa Helena de Oliveira & Santana, Andrea Gomes da Silva. **ADVANCES AND CHALLENGES OF BREASTFEEDING IN BRAZIL: AN INTEGRATIVE REVIEW.** *Brazilian Journal in Health Promotion* [Internet]. 2015 [citado 2022 mayo 08]; Vol. 28, No. 3, 2015, pp. 434-442. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf?bh15075>
17. Turčić Škledar M, Milošević M. **Breastfeeding and time of complementary food introduction as predictors of obesity in children.** *Cent Eur J Public Health* [Internet]. 2015;23(1):26–31. Available from: <https://doi.org/10.21101/cejph.a3956>
18. Umer A, Hamilton C, Britton CM, Mullett MD, John C, Neal W, et al. **Association between breastfeeding and childhood obesity: Analysis of a linked longitudinal study of rural Appalachian fifth-grade children.** *Child Obes.* 2015;11(4):449–55
19. Wang L, Collins C, Ratliff M, Xie B, Wang Y. **Breastfeeding Reduces Childhood Obesity Risks.** *Child Obes.* 2017;13(3):197–204.

UTI NEONATAL: A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AO NEONATO E LACTENTE E A INICIATIVA DO MÉTODO CANGURU

Data de aceite: 04/07/2022

Data de submissão: 18/05/2022

Tatielly Ferreira Rodrigues

Faculdade Unibras de Goiás

Rio Verde – Goiás

Acadêmica de Enfermagem, 10º Período

Iara Maria Pires Perez

Faculdade Unibras de Goiás

Professora Especialista

RESUMO: Este estudo dispõe como objetivo principal expor de modo inteligível a alta relevância do cuidado prestado pela equipe de enfermagem aos recém-nascidos e lactentes das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN), e apresenta o Método Canguru como um auxiliador benéfico para o alcance de resultados positivos. Profissionais devidamente qualificados, os quais exercem seus ofícios diante a assistência ao neonato e lactente da UTIN, baseando-se em condutas humanizadas, ágeis e empáticas, compreendem de melhor maneira e com vasta visão as necessidades e premências individuais de todo e qualquer paciente, alcançando assim, eficácia em bons resultados e melhoria nos quadros clínicos dos que estão sob seus cuidados. Neste sentido, a humanização é fator de notáveis mudanças positivas condizentes à melhora clínica de pacientes em todos os lugares do mundo, independentemente de suas comorbidades, crenças, etnias, raça ou religião. Ao longo dos tempos a assistência humanizada

vem tomando forma e abrangendo aspectos solucionáveis para muitos problemas de saúde, tornando-se visível sua essencialidade para abordagem e assistência ao neonato e lactente das UTIN's, tendo em consideração que os mesmos são frágeis e necessitam de cuidado especializado individual eficaz. Por conseguinte, o Método Canguru viabiliza e facilita a assistência dos profissionais em questão, considerando que se norteia na inserção do acolhimento à presença dos pais em conjunto com o cuidado prestado pela equipe de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: UTI Neonatal. Enfermagem Humanizada. Método Canguru.

NEONATAL ICU: THE IMPORTANCE OF HUMANIZED ASSISTANCE BY THE NURSING TEAM TO THE NEWBORN AND INFANT AND THE KANGAROO METHOD INITIATIVE

ABSTRACT: This study has as its main objective to intelligibly expose the high relevance of care provided by the nursing staff to newborns and infants in Neonatal Intensive Care Units (NICU), and presents the Kangaroo Method as a beneficial helper to achieve positive results. Properly qualified professionals, who perform their duties when assisting newborns and infants in the NICU, based on humanized, agile and empathetic conducts, understand in a better way and with a broad vision the individual needs and urgencies of each and every patient, thus achieving efficacy in good results and improvement in the clinical picture of those who are under their care. In this sense, humanization is a factor for notable positive changes that are consistent with the

clinical improvement of patients all over the world, regardless of their comorbidities, beliefs, ethnicity, race, or religion. Over time, humanized care has been taking shape and covering aspects that can be solved for many health problems, becoming visible its essentiality for approaching and assisting newborns and infants in NICUs, taking into consideration that they are fragile and need effective individual specialized care. Therefore, the Kangaroo Method enables and facilitates the assistance of professionals in question, considering that it is guided by the insertion of the welcoming presence of parents together with the care provided by the health team.

KEYWORDS: Neonatal ICU. Humanized Nursing. Kangaroo Method.

1 | INTRODUÇÃO

Da gestação ao nascimento de uma criança, inúmeras mudanças ocorrem, tanto em relação à mãe, ao feto e ao pai, sendo elas alterações de humor, hormonais, rotineiros, como também nos aspectos gerais de toda a família que os acompanha. O esperado e planejado da fase gestacional é ter tranquilidade, sem intercorrências para que assim seja possível completar o período necessário para o total desenvolvimento do bebê. Entretanto, a realidade vivenciada engloba outros aspectos, os quais podem acarretar um possível nascimento prematuro. De acordo com os dados das altas hospitalares realizadas na plataforma DRG Brasil Valor Saúde (2021), os índices apontam que 11,8% dos partos efetuados no país são de bebês que nasceram prematuros. Essa taxa eleva o Brasil para o 10º lugar em maior quantidade de nascimentos pré-termo se tratando de números absolutos. Os fatores de prematuridade estão relacionados a problemas durante a gravidez.

De tal modo, é notória a necessidade de adoção de novos planos estratégicos e métodos para uma assistência eficaz e especializada da enfermagem para com os pacientes das UTIN's, tendo em vista a melhora clínica e o bem-estar físico e emocional dos neonatos e lactentes. Para alcançar tal feito, como também resultados notáveis, outros meios de auxílio devem ser aplicados, além da qualificação do método humanizado de assistência da equipe de enfermagem.

Se como humanização na assistência, o ato de nortear suas condutas, pensamentos e ações de forma humana, com perspicácia, sensatez e comprometimento, para a obtenção de progresso e melhora do quadro clínico, além da restauração da saúde do paciente neonato e lactente da UTIN.

O cuidado e a assistência prestada à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal por intermédio dos profissionais de enfermagem têm como demanda de sua equipe fatores determinantes ao processo de estabilidade e melhoria, relacionando-se ao pensamento coletivo e ações no atendimento e assistência de forma humana e conscientizada. Portanto, o enfermeiro que atua na UTIN, objetiva o avanço e a evolução positiva de suas qualidades, com enfoque em intervenções necessárias para a melhora efetiva da saúde de seus pacientes, de modo individual e humanizado.

O avanço de novas descobertas para método de auxílio tem sido de grande valia aos profissionais que atuam nas UTIN's. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2004), o Método Canguru é um meio de assistência neonatal com foco no atendimento ao recém-nascido prematuro, que consiste em colocar o bebê em contato pele a pele com sua mãe.

Segundo Charpak (1999), a iniciativa do Método Canguru se deu em Bogotá, na Colômbia, surgindo através da procura por uma resolução imediatista para a superlotação das Unidades Neonatais, nas quais, constantemente se deparavam com dois ou mais recém-nascidos em uma mesma incubadora. Baseando-se nesta experiência, estudos posteriores expuseram que a presença constante da genitora próxima ao neonato, além de assegurar leite materno e calor, também proporciona outros incontáveis benefícios, dentre os quais está a promoção do vínculo materno entre mãe e bebê, requisito este que é imprescindível para a sobrevivência e qualidade de vida ao recém-nascido posterior à sua alta na Unidade Neonatal.

Esta temática é justificável, em virtude da relevância da assistência humanizada e qualificada do profissional de enfermagem perante os desafios diários que são enfrentados em conjunto ao paciente da UTIN, além da implantação de métodos auxiliares para o alcance de bons resultados. Procurou-se focalizar e apontar as falhas e dificuldades das competências profissionais e uma percepção de uma variedade de ineficiências, bem como a melhoria necessária em suas qualificações específicas que são extremamente necessárias para realizar a melhoria na capacitação da assistência especializada no atendimento prestado aos pacientes das Unidades Neonatais.

Referenciou-se como problemática a seguinte questão: Quais as qualificações e melhorias necessárias da equipe de enfermagem para aumentar a sobrevida dos pacientes das Unidades Neonatais?

A UTIN como um todo, incluindo profissionais multidisciplinares, tem como principal objetivo a restauração da saúde dos neonatos pré-termo, sua recuperação total e a redução dos danos e agravos de saúde, empenhando-se na busca da inter-relação do aprimoramento específico, em conjunto aos métodos científicos e procedimentos humanizados qualificados a serem adotados nas práticas diárias de acordo com os parâmetros da enfermagem. Os profissionais de enfermagem que exercem suas funções na UTIN procuram com constância identificar as necessidades individuais de cada paciente, determinando o tratamento adequado de suas intervenções.

Este estudo objetivou validar a importância da educação e qualificação permanente dos profissionais de enfermagem que atuam em UTIN's, tal qual referir as maneiras de gestão de qualidade, como base estratégica para a prestação assertiva da assistência de enfermagem e a preservação da qualidade e satisfação das necessidades individuais dos pacientes, possibilitando uma melhor organização de qualidade e, por fim, alcançar os resultados positivos esperados pela equipe.

2 | METODOLOGIA

Referente aos fins desta pesquisa, a metodologia utilizada pode ser classificada como qualitativa; quanto aos seus métodos, utilizou-se o hipotético-dedutivo, fundamentado na revisão literária. De acordo com Lakatos (2018), este é um tipo de método de investigação de base linguístico-semiótica, levando em consideração que a maioria dos especialistas faz hoje em dia uma distinção entre métodos de abordagem, por se situarem em níveis claramente distintos, no que se refere à inspiração filosófica, ao seu grau de abstração, sua finalidade mais ou menos explicativa, sua ação nas etapas diversificadas ou concretas da investigação e ao momento que se situam.

No que concerne aos meios de pesquisa qualitativa, realizou-se uma revisão literária, visto que este estudo objetivou o fundamento teórico o qual condiz ao método hipotético-dedutivo, que conforme Andrade (2018) é um método que consiste na construção de conjecturas, ou seja, premissas com alta probabilidade e que a construção seja similar, baseada nas hipóteses, isto é, caso as hipóteses sejam verdadeiras, as conjecturas também serão.

Na fase primária, as pesquisas foram feitas e coletadas na Plataforma digital DRG Brasil Valor Saúde posteriormente no Scielo e PubMed. Por conseguinte, em intermédio de panoramas da literatura por meio da procura computadorizada nos bancos de dados da Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde, Revista de Enfermagem e a Revista Latino-Americana de Enfermagem. Foram utilizados os subsecutivos a seguir na busca dos periódicos selecionados: UTI Neonatal; Enfermagem Humanizada; Método Canguru.

Na fase secundária, os artigos e resumos de referência encontrados, posteriormente foram observados, vistos e analisados conforme o tema principal selecionado: UTI Neonatal: a importância da assistência humanizada da equipe de enfermagem ao neonato e lactente e a iniciativa do método canguru, tendo como embasamento o processo criterioso de inclusão e exclusão. Foram incluídas publicações de artigos entre os anos de 2018 a 2021 (ressalvo obras literárias), na língua portuguesa e que correspondessem às questões do tema em evidência. Foram excluídas dispersões da temática, artigos e revistas que não atendessem aos critérios pré-estabelecidos de inclusão e que estivessem fora do padrão de idioma determinado.

Na fase terciária, realizou-se a avaliação dos dados conforme as leituras das revistas e artigos que foram encontrados e a análise das associações de informações e dados encontrados na problemática sugerida, sendo eles categorizados. Por conseguinte, houve o comprometimento relacionado aos aspectos éticos nas citações utilizadas dos autores de acordo com normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), nos quais o cuidado ao zelo por sua legitimidade de sigilo, informações e privacidade, caso necessários foi realizado.

3 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Assistência de enfermagem nas unidades de terapia intensiva neonatais e suas adversidades

Desde a concepção até o nascimento, o bebê passa por inúmeros estágios de crescimento e desenvolvimento até alcançar a maturidade. Na vida intrauterina, tem todas as suas necessidades fisiológicas satisfeitas e sente-se protegido e acolhido ao som de uma voz maternalmente carinhosa, que lhe transmite o mais puro dos sentimentos, traduzido pelo calor que emana do seu corpo e realização de movimentos suaves e cuidadosos, para seu conforto e segurança. A partir do nascimento, no período neonatal, os movimentos que eram suaves e cuidadosos são substituídos por manipulações bruscas, e o calor aconchegante do útero dará lugar ao frio intenso do meio externo, vivenciando uma série de transformações que serão decisivas no seu crescimento e desenvolvimento (REICHERT et al., 2007).

No entanto, este crescimento e desenvolvimento podem ser prejudicados quando o bebê nasce prematuramente, ou com problemas orgânicos, sendo caracterizado como recém-nascido (RN) de alto risco. Independentemente da idade gestacional ou peso ao nascer, esses bebês apresentam maior chance de morbimortalidade devido às condições superpostas ao curso normal dos eventos associados ao nascimento e adaptação à vida extrauterina (SILVA et al., 2008; ROLIM, CARDOSO, 2006).

De tal modo, toda a atenção ao bebê deve ser estruturada e organizada, no sentido de atender suas necessidades, minimizando os riscos. Logo, surge a necessidade da admissão do RN em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), setor hospitalar provido de recursos (material e humano) e tecnologias específicas para ajudar ou garantir a melhoria da saúde do neonato (ROLIM, CARDOSO, 2008).

Apesar da importância da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) para os neonatos enfermos, contraditoriamente, essa unidade que deveria zelar pelo bem-estar da criança em todos os seus aspectos, é por excelência, em sua grande maioria, um ambiente nervoso, impessoal e até temeroso para aqueles que não estão adaptados às suas rotinas. Tal ambiente é repleto de luzes fortes e constantes, barulho, mudanças de temperatura, interrupção do ciclo do sono, visto que são necessárias repetidas avaliações e procedimentos, acarretando, muitas vezes em desconforto e dor (REICHERT et al., 2007).

É lícito afirmar que esses fatores têm acarretado consequências negativas aos bebês, seus familiares e à equipe de enfermagem das UTIN's. Apesar desse cenário que às vezes dificulta o atendimento humanizado por parte de alguns profissionais de saúde às crianças hospitalizadas, vem sendo observada uma mudança de consciência e comportamento em alguns profissionais quanto à importância de prestar uma assistência mais humanizada. Assim sendo, é oportuno repensar as ações em saúde neste âmbito, visando a humanização da assistência em UTIN's pautada no atendimento das necessidades de todos os agentes

envolvidos nesse processo (REICHERT, et al., 2007).

A equipe de saúde que trabalha na UTIN é confrontada diariamente com questões relacionadas à morte, utilizando muitas vezes mecanismos de defesa para evitar o confronto com a angústia gerada pela participação do sofrimento do paciente, podendo causar – se não trabalhado adequadamente – estresse e sofrimento psíquico. Nesse processo, o sofrimento pode ser potencializado pela forma como está organizado o trabalho, a saber, jornadas prolongadas, ritmos acelerados e falta de descanso ao longo do dia, por exemplo. Para que o trabalho não se torne mecanizado e desumano, é necessário que os profissionais estejam instrumentalizados para lidar com as situações do cotidiano (OLIVEIRA et al., 2007).

Apesar dos incontáveis esforços que os profissionais de enfermagem possam realizar no sentido de humanizar o cuidado em UTIN, essa é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante. E, muitas vezes, a própria dinâmica do trabalho em uma UTI não possibilita momentos de reflexão acerca do seu processo de trabalho. A presença efetiva da equipe de enfermagem com escuta sensível é tão importante quanto o procedimento técnico, uma vez que nem sempre os conhecimentos técnicos funcionam tão bem diante das situações de estresse. Somente vendo, escutando e sentindo o recém-nascido e a família como um todo. É oportuno destacar a responsabilidade que a enfermagem possui de envolver os familiares, centrado na figura dos pais, no cuidado direto aos seus bebês (REICHERT, 2007).

Constata-se que apesar da assistência ao prematuro em unidades neonatais ter passado por importantes transformações na preservativa de inserção da família e humanização do cuidado, observa-se que a maioria das UTIN's ainda expressam em seu cotidiano as imagens de um trabalho marcado pela apropriação do corpo débil do prematuro, exaltando as tendências de um trabalho rotineiro.

A assistência ao prematuro se dá a partir de um trabalho coletivo, com aspectos complementares e de interdependência, havendo momentos de negociação entre os agentes. A finalidade maior do trabalho é o diagnóstico e a terapêutica, tendo como núcleo central o ato médico (GAÍVA, SCOCHI, 2004).

Algumas medidas são adotadas como forma de humanizar o cuidado, contudo, são parciais e isoladas, praticadas individualmente. Quando a humanização ocorre dessa forma, as diferenças ressaltam aos olhos dos demais atores na UTIN, ficando evidente a necessidade de uma prática de natureza interdisciplinar, na qual a humanização seja o princípio norteador do planejamento e da assistência desenvolvida para e com o recém-nascido e sua família na UTIN. A preocupação com a humanização da assistência em uma unidade de terapia intensiva neonatal não deve se restringir ao ato de saúde em si. Pensar na melhoria da qualidade do atendimento nos hospitais implica em mudanças nas formas de gestão hospitalar, na melhoria da infraestrutura e no fortalecimento do compromisso da equipe de profissionais (OLIVEIRA, 2007).

3.2 A humanização aplicada à assistência de enfermagem ao paciente da unidade de terapia intensiva neonatal

A humanização é entendida como a valorização dos diferentes sujeitos implicada nos processos de produção de saúde. Valorizar estes sujeitos envolve o respeito e a compreensão da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão. Representa uma forma de incluir o que não sou eu, que em mim produz estranhamento e que provoca tanto o contentamento e a alegria, como mal-estar. Incluir o outro é um movimento de ambiguidade no qual o profissional precisa apreender para possibilitar o convívio com o diferente. Esta possibilidade de incluir o outro, valorizá-lo, respeitá-lo, quando alcançada, pode ser interpretada como empatia. Na situação da criança hospitalizada na UTI neonatal e pediátrica, por ser ainda um ser dependente do outro, a empatia estende-se a seu familiar. A família é percebida como parte do cuidado humanizado à criança pela enfermagem (REIS et al., 2013).

Humanizar é cuidar do paciente com afeição, ter olhar holístico, não somente para a criança, mas também para o colega, a família, é não somente se deter nas coisas básicas, nas rotinas, é ter muita paciência para explicar tudo aos pais (REIS et al., 2013).

A enfermagem é agente facilitador no processo da humanização, preparando os pais para verem seu bebê pela primeira vez, e se constitui como uma responsabilidade da enfermagem. É importante que os profissionais de enfermagem implementem em suas ações o fortalecimento de relações interpessoais que envolvam a criança e seus pais, fornecendo assim, o apoio necessário acerca de seus conhecimentos, ansiedades e expectativas. Essa conduta é prioritária, se tratando de UTIN, pois neste setor a capacidade técnica é fundamental para a sobrevivência dos recém-nascidos, priorizando questões relacionadas às necessidades psicoativas dos bebês e de seus familiares que não devem, jamais, ser deixados de lado (SILVA et al., 2020).

3.3 A inserção da iniciativa do método canguru como auxiliador na assistência humanizada aos pacientes da unidade de terapia intensiva neonatal

O Método Canguru (MC) é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado, desenvolvido em três etapas conforme a Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007 que: parte dos princípios da atenção humanizada; reduz o tempo de separação entre mãe e recém-nascido e favorece o vínculo; permite um controle térmico adequado; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor do recém-nascido; aumenta as taxas de aleitamento materno; melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do recém-nascido; propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho, inclusive após a alta hospitalar; reduz o número de reinternações; e contribui para a otimização dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais (ALVES, et al., 2018).

Segundo definição do Ministério da Saúde (2013), a posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele a pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros integrantes da família.

Sua criação se deu em Bogotá, na Colômbia. Surgiu da busca por uma solução imediata para a superlotação das unidades neonatais nas quais, muitas vezes se encontravam dois ou mais recém-nascidos em uma mesma incubadora (CHARPAK, 1999).

Existem evidências de que um contato íntimo da mãe com seu bebê prematuro pode interferir positivamente na relação desse bebê com o mundo. A pele, maior órgão do corpo, recebe estímulos sensoriais de várias magnitudes, e o contato pele a pele, que no MC implica entre o bebê prematuro e sua mãe, pode promover várias mudanças no organismo tanto de um como para o outro. O conhecido efeito de contato pele a pele como um estimulador da liberação de ocitocina parece desempenhar um importante papel no comportamento da mãe e afetar beneficemente o seu humor, facilitando o contato com o bebê (VENANCIO, ALMEIDA, 2004).

A literatura apresenta alguns estudos que mostram que o MC traz vários benefícios para a saúde do RNPT, sendo alguns deles a estabilização da temperatura corporal, mudança no padrão respiratório, favorecimento da estimulação sensorial adequada do RN e diminuição do tempo de internação. Além disso, estabelece o vínculo mãe-filho como o prolongamento do período de amamentação, aumento da produção de leite, sentimentos de satisfação e diminuição de sintomas depressivos para a mãe (SEVERINO, RIBEIRO, 2014).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o objetivo da assistência humanizada aos neonatos da UTIN, e da eficácia nos resultados obtidos após tal tratamento, é nítido e perceptível sua importância ao acolher o recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. Os profissionais que ali se situam devem estar dispostos e preparados para atender as necessidades individuais dos neonatos e lactentes, oferecendo-lhes uma assistência humana e conscientizada, a modo de tornar a estadia dos recém-nascidos menos dolorosa, evitando assim, possíveis complicações dos quadros clínicos, visando somente a melhoria. Destarte, se faz evidente a importância dos meios e métodos utilizados para amenizar os impactos causados pelas adversidades encontradas diante do ambiente e rotinas das UTIN's. Neste meio, é perceptível a melhora nos quadros clínicos dos recém-nascidos pré-termo, em conjunto com sua genitora, ao ser utilizado o modelo de assistência humanizado e, simultaneamente, o método canguru. Torna-se dever dos profissionais de saúde e das instituições estarem preparados não somente no âmbito de materiais e equipe, mas também na humanização da assistência oferecida aos pacientes da UTIN, tendo como objetivo principal minimizar qualquer problema ou dificuldade relacionada à saúde dos pacientes, com enfoque na

melhoria com o método de assistência humanizada.

Tendo em vista os objetivos delimitados neste estudo, é possível analisar com clareza que o Método Canguru age como um auxiliador mediante a assistência humanizada, tornando possível elevar o nível de eficácia se tratando da melhora clínica. Além de proporcionar maior conforto para os familiares e benefícios para o bebê, é um método que em conjunto com a assistência de enfermagem bem aplicada gerará somente benefícios. Partindo do pressuposto, conclui-se que, acima de toda e qualquer intervenção estará a qualidade na gestão relacionada aos métodos utilizados no setor de UTIN para alcance de resultados favoráveis, métodos esses que, se utilizados com destreza pela equipe de saúde elevará os níveis de qualidade de toda e qualquer unidade de terapia intensiva neonatal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.683, de 12 de julho de 2007**. Brasília: Diário Oficial da União, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html Acesso em: 14 de abr. de 2022.

Gaíva, M. A. M.; Scochi, C. G. S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI Neonatal. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 2-7, 2004. Disponível em: <<http://old.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a04.pdf>> Acesso em: 23 de abr. de 2022.

Lamy, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método canguru – Proposta brasileira. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/csc/2005.v10n3/659-668/>> Acesso em: 20 de abr. de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Canguru/Manual técnico. 2.ed. **Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde**, p. 105-130, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf> Acesso em: 21 de abr. de 2022.

Oliveira, A. M. L. et al. Assistência de enfermagem na utilização do método canguru em unidade de terapia intensiva neonatal. **Anais Eletrônicos CIC**, v. 17, n. 1, p. 10-20, 2019. Disponível em: <<http://fasb.edu.br/revista/index.php/cic/article/view/405>> Acesso em: 05 de abr. de 2022.

Reichert, A.P. da S.; Lins, R. N. P.; Collet, N. Humanização do cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, 2007. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7148> Acesso em: 11 de abr. 2022.

Reis, L. S. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrico. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 2, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/LxPdHVwCdc5SSLKRr49nt4k/?lang=pt>> Acesso em: 23 de abr. de 2022.

Severino, A. P. S.; Ribeiro, L. F. Efeitos do método canguru no recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Revista Eletrônica Saúde Ciência**, v. 7, n. 2. 2017. Disponível em: <https://www.rescceafi.com.br/vol7/n2/artigo%2001%20pag%207-16.pdf> Acesso em: 26 de abr. de 2022.

Silva, A. C. L.; Santos, G. N.; Aoyama, E. A. A importância da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Brasileira Interdisciplinar de Saúde.**, v. 2, n. 1, p. 49-54, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/69-Texto%20do%20Artigo-155-1-10-20200702.pdf> Acesso em: 23 de abr. de 2022.

Silva, N.; Vieira, M. R. R. A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino. **Arq. Ciência Saúde.**, v. 15, n. 3, 2008. Disponível em https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN273.pdf Acesso em: 13 de abr. 2022.

Suguitana, D.; Grillo, T. Observatório da prematuridade. **Rev. ONG Prematuridade.**, v. 1, p. 02-10, 2021. Disponível em: file:///C:/Users/user/Downloads/prematuridade_projeto_observatorio_1_2_22.pdf Acesso em: 21 de abr. de 2022.

Venancio, S. I.; Almeida, H. Método mãe canguru: Aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria.**, v. 80, n. 5, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jped/a/CVRpVXgR7H4HVSDc5qvgqFC/?lang=pt> Acesso em: 24 de abr. de 2022.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PARTO HUMANIZADO INTRA HOSPITALAR

Data de aceite: 04/07/2022

Ivoneide Silva Gomes

Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade Unibras de Goiás

Ana Carolina Donda

Professora Orientadora do Curso de Enfermagem da Faculdade Unibras de Goiás

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade Unibras de Goiás, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, sob a orientação da Profª Ana Carolina Donda.

RESUMO: De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a mulher em trabalho de parto deve ter atenção e suporte emocional com o mínimo de intervenções necessárias. Neste íterim, o objetivo deste estudo buscou verificar a atuação do enfermeiro no parto humanizado intra hospitalar. Como metodologia, utilizou-se a pesquisa qualitativa, utilizando o método hipotético-dedutivo, com embasamento na revisão literária, realizando a coleta de dados na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Scielo e PubMed. Como resultados visualiza-se que reconhecer a individualidade de cada mulher é humanizar o atendimento, o que permite ao profissional de enfermagem, estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidades de lidar com o processo do nascimento. Na conclusão do estudo tendo em vista a assistência de enfermagem

à parturiente, o estudo do tema gera uma necessidade quanto ao melhor atendimento humanizado no momento do processo do trabalho de parto para uma qualidade de vida da mulher, assim como a intrínseca relação do enfermeiro atuante para assegurar o bem estar da cliente antes, durante e após o parto.

PALAVRAS-CHAVE: Atuação. Enfermagem. Parto humanizado.

ABSTRACT: According to the World Health Organization (WHO), the woman in labor must have attention and emotional support with the minimum of necessary interventions. In the meantime, the objective of this study sought to verify the role of nurses in humanized intra-hospital delivery. As a methodology, qualitative research was used, using the hypothetical-deductive method, based on literary review, performing data collection in the Virtual Health Library (BVS), Scielo and PubMed. As a result, it is seen that recognizing the individuality of each woman is to humanize the service, which allows the nursing professional to establish a bond with each woman and perceive her needs and abilities to deal with the birth process. At the conclusion of the study, with a view to nursing care for the parturient, the study of the topic generates a need for better humanized care at the time of the labor process for a woman's quality of life, as well as the intrinsic relationship of the active nurse to ensure the client's well-being before, during and after delivery.

KEYWORDS: Action. Nursing. Humanized birth.

1 | INTRODUÇÃO

O parto humanizado, no Brasil, é uma forma de lidar com a gestante respeitando sua natureza e sua vontade. No parto humanizado a protagonista é a gestante e seu filho que está para nascer. Tão importante quanto os procedimentos médicos também é a atenção e cuidado com o delicado momento em que mãe e filho estão vivendo (BARROS, 2020).

Para a humanização do parto adequado é fundamental o preparo da gestante para o momento do nascimento e esse preparo deve ser iniciado precocemente durante o pré-natal. Isto requer um esforço muito grande, mas plenamente viável no sentido de sensibilizar e motivar os profissionais de saúde da rede básica e fornecer-lhes instrumentos para o trabalho com as gestantes (DAVIM; BEZERRA, 2020).

Não se pode haver limitações no parto humanizado, pois este não visualiza somente o momento do nascimento do bebê, mas sim, à todo processo da gestação, do nascimento e do pós parto. A assistência humanizada à mulher começa então desde a descoberta da gravidez até após o nascimento, durante o puerpério (DINIZ, 2020).

Neste sentido o objetivo deste estudo buscou verificar a atuação do enfermeiro no parto humanizado intra hospitalar, onde delimita-se a temática, tendo em vista que para que a assistência de enfermagem, seja integralizada e humanizada, deve-se também, envolver o companheiro da gestante, assim como sua família, pois neste momento todos os integrantes da família sofrem mudanças que exigem adaptações, estando envolvidos tanto no processo de gestação, no pré-natal e no parto.

A humanização consiste, segundo Velho, Oliveira e Santos (2019) em ser: “consciente das características únicas de ser humano, sendo que humanizar é tornar-se humano, é dar condição humana”.

O modelo holístico de assistência ainda é pouco observado na nossa realidade, visualizando-se que a assistência de enfermagem no que condiz a humanização, regata o caráter fisiológico do quesito nascimento de maneira que este processo não cause traumas a mulher e ocorra de maneira positiva.

Elencou-se como situação problema deste estudo a seguinte indagação: Quais são os reflexos obtidos através da humanização disponibilizada pelo enfermeiro e/ou equipe de enfermagem, mediante o parto intra hospitalar? A convergência dos esforços preventivos da equipe de assistência materno-fetal de forma a ajudar no momento do parto resulta em um atendimento holístico e satisfatório para a saúde física e emocional do binômio mãe/filho, pois humanizando o nascimento humaniza-se a vida.

Também a humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento da parturiente. A enfermagem no cuidar compreende e fornece ao seu cliente/paciente o cuidado de acordo com as suas necessidades, sendo assim a equipe de saúde deve adquirir consciência na mudança de

pensamento em relação à assistência.

Inicialmente no desenvolvimento deste estudo, foi apresentado, os conceitos sobre parto e humanização. Em sequência, foi discorrido sobre a regulamentação do parto humanizado, valorizando o direito da mulher e finalmente, abordamos a atuação do enfermeiro no parto humanizado intra hospitalar.

2 | METODOLOGIA

Utilizou-se no desenvolvimento deste estudo, a pesquisa qualitativa, com método dedutivo-exploratório, embasado na revisão literária.

A pesquisa qualitativa é definida por Lakatos (2018, p. 95):

Um tipo de método de investigação de base linguístico-semiótica usada principalmente em ciências sociais. A maioria dos especialistas faz hoje uma distinção entre métodos de abordagem, por se situarem em níveis claramente distintos, no que se refere à inspiração filosófica, ao seu grau de abstração, à sua finalidade mais ou menos explicativa, à sua ação nas etapas diversificadas ou concretas da investigação e ao momento que se situam.

Já como método dedutivo-hipotético, Gil (2020, p. 9) assim conceitua: “caminho para se chegar a um determinado fim” e método científico como “o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir conhecimento”. Enobrece o esclarecimento, Andrade (2018, p.89), positiva:

O método hipotético-dedutivo consiste na construção de conjecturas, ou seja, premissas com alta probabilidade e que a construção seja similar, baseada nas hipóteses, isto é, caso as hipóteses sejam verdadeiras, as conjecturas também serão.

Entretanto, no fim, a teoria e prática se estabelecem. Utilizou-se para busca dos períodos científicos, as seguintes palavras-chave: Atuação. Enfermagem. Parto humanizado.

A coleta de informações deu-se na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) com amparo das plataformas: Scielo, PubMed e MedLine, bem como também, o suporte em obras literárias de renomados autores como: Malheiros (2018), Monteiro (2019), Nascimento (2020), dentre outros.

Ao processo de inclusão utilizou-se os seguintes critérios: artigos científicos disponibilizados entre os anos de 2018 a 2022, buscando desenvolver um conteúdo contemporâneo e atualizado com publicações modernamente relacionadas com o tema: Atuação do enfermeiro no parto humanizado intra hospitalar, estando estes, na integra e que estivessem disponibilizados em língua portuguesa.

No critério de exclusão, visualizou-se os seguintes critérios: artigos que não retratassem a temática em tela, que estivessem fora dos anos de publicação estabelecido (2018 a 2022) e que tivessem sua publicação em outra língua, que não fosse a língua

vernácula estipulada. Depois de obedecidos os critérios de coleta, análise, inclusão e exclusão, utilizaram-se para a elaboração deste estudo, 33 conteúdos literários, divididos entre periódicos científicos, obras literárias, decretos e leis.

3 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Parto e humanização

A parturição é um momento bastante significativo para as mulheres, o recém-nascido e a família. Historicamente, o processo de parturição sofreu uma intensa modificação no que tange as técnicas utilizadas, ao ambiente de realização e aos atores deste processo, em relação ao papel que a mulher assumia e à pessoa que o realizava (GOUVEIA, 2018).

O parto era visto como um processo psicossomático que era considerado por muitas mulheres como um momento de dor, tendo nele um sofrimento embutido, visto como uma cultura de provação feminina. No entanto, o parto deve ser considerado como um processo natural e fisiológico que, quando bem conduzido, não precisa de condutas intervencionistas (WAGNER, 2019).

Cientificamente, elucida Bernardo e Aquino (2018, p. 52) o parto, como sendo:

Um processo fisiológico pelo qual o útero gravídico expulsa o produto da concepção por meio de contrações uterinas, de intensidade e frequência crescente, sob o ponto de vista motor capaz de produzir o apagamento do colo uterino.

Até a primeira metade do século XIX, o parto era assistido em sua totalidade por mulheres, geralmente anciãs, que passavam seus conhecimentos para as mais novas, sendo elas chamadas de parteiras. Nesta época, a parturição ocorria dentro do lar de cada mulher, com o auxílio de outras mulheres que eram chamadas de parteiras. De acordo com Monteiro (2019, p. 102):

As parteiras mesmo não sendo possuidoras do conhecimento científico sobre o assunto colocavam em prática, afinidades que eram repassadas a mulher em sua residência no momento que sucedia o parto, por isto, em várias ocasiões a presença masculina incomodava no processo de parturição.

Durante o processo de partejar, assistido pelas parteiras, a mulher se posicionava da forma que lhe deixava mais confortável, agachada ou sentada, e essas mulheres “aparovam” seus recém-nascidos (RNs) e prestavam os cuidados no momento do parto realizando manobras conhecidas pela experiência, e ainda, acompanhavam o puerpério, chamado nesse período de resguardo (MALHEIROS, 2018).

A partir da segunda metade do século XIX, a medicina começou a se apoderar do processo de partejar, após o surgimento da obstetrícia como nova área da ciência. Com isso, as parteiras começavam a perder o seu espaço (PATH; MALI, 2019).

Institui-se então, o parto realizado pelo médico e com o uso de instrumentos para

tal procedimento, como o fórceps, fazendo com que se diminuísse a atuação das parteiras, começando a partir daí a institucionalização do parto (SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2018).

No século XX, após a segunda guerra mundial, o Brasil, progressivamente apoderava-se destas técnicas hospitalares de parir, iniciando-se então a cultura do parto hospitalar. Assim, o modelo cartesiano de assistência à saúde, em que o corpo humano é visto como uma peça, no qual são realizadas intervenções profissionais quando estas estão com algum tipo de defeito, se inseriu também na assistência ao parto (SODRÉ, et al, 2018).

Mas, a mulher como ser humano, deve ser percebida como um todo, incluindo uma visão integralizada entre os seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e econômicos (MISAGO, 2019). Patah e Malik (2019) expressam uma mudança na compreensão do parto como sendo uma experiência humana, gerando interpretação de diversas influências no campo ideológico-cultural. Os principais sentidos atribuídos ao termo podem ser agrupados relacionando os aspectos de ordem técnica e ético-política.

O termo humanização pode agregar diferentes significados. Segundo Monteiro (2019, p. 74): “a humanização é definida como o ato de tornar humano. É dar condição humana; humanizar, civilizar; tornar-se humano, humanizar-se”. Corroborando com o entendimento, Diniz (2020, p. 115) ao pontuar que:

O sentido de humanização relacionado com a assistência baseada em evidências científicas utilizam a tecnologia apropriada e inspirada no paradigma da desmedicalização da atenção ao parto e nascimento. O parto passa a ser compreendido como um evento “natural” e fisiológico, resgatando-se a competência instintiva feminina no processo parturitivo.

A Organização Mundial da Saúde elaborou a assistência ao Parto Normal para estabelecer ações às necessidades básicas da mulher e seus familiares. A humanização do parto é uma abordagem única que vem sendo implementada com o objetivo de tornar o parto uma experiência positiva e satisfatória tanto para a mulher quanto para sua família como um todo (PATAH; MALIK, 2019).

Essa estratégia é utilizada para empoderar as mulheres e seus cuidadores, levando em consideração valores humanizados como o estado emocional da mulher, seus valores, crenças e senso de dignidade e autonomia durante o parto. O parto humanizado pode ser defendido pela redução de partos supermedicalizados, empoderando as mulheres e implicando em práticas de maternidade baseadas em evidências. No que relaciona-se ao parto, de acordo com Aguiar e Oliveira (2018, p. 85):

O processo de humanização ao parto é visto como o respeito ao direito da mulher, verificando seu bem estar emocional e físico, amparado pela segurança, privacidade, assistência humana, conforto e qualidade, estruturados com o apoio familiar, sendo de suma importância para a redução das complicações e riscos durante o processo de parturição.

Reforça o conceito, Souza, Gaíva e Modes (2019, p. 71), ao elencar que o parto humanizado seria:

Aquele que promova a participação ativa da mulher na tomada de decisões e outros aspectos do seu próprio cuidado, que aproveite a expertise de médicos e não médicos, e permita que trabalhem juntos como iguais e que envolva o uso de tecnologia baseada em evidências e intervenção médica.

A enfermagem no cuidar compreende e fornece ao seu cliente/paciente o amparo de acordo com as suas necessidades, sendo assim, a equipe de saúde deve adquirir consciência na mudança de pensamento em relação à assistência e humanização.

3.2 Regulamentação do parto humanizado frente aos direitos da mulher

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, como forte potencial positivo e enriquecedora para todas que dela participam (BRASIL, 2012).

As taxas de morbimortalidade perinatal e materna e o excessivo número de cesáreas realizadas Brasil marcaram negativamente, o modelo assistencial de obstetrícia, sendo que somente no ano de 2015, duas mil mulheres e trinta e oito mil recém nascidos vieram a óbito devido as complicações do ciclo gravídico-puerperal proveniente de abortos (BRASIL, 2014).

A análise da Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Brasil, diagnosticou o resultado entre os anos de 2015 a 2019, observando um significativo crescimento de mortalidade materna no Brasil em proporções de 102,30 mortes maternas para cada cem mil nascidos vivos (MENDES, SANTOS, PRADO, 2020).

Dor, medo e tensão passaram a ser vivenciadas pelas parturientes no processo fisiológico do parto normal, onde para elas, este processo frisava-se em um intenso momento de sofrimento moral e físico, culminando na maioria das vezes por práticas intervencionistas que poderiam ser evitadas (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2019).

Perante as práticas intervencionistas das normas institucionais, que eram realizadas sem o esclarecimento necessário e consentimento da parturiente, a mulher perdeu sua autonomia e privacidade, sendo atribuído a esfera pública uma assistência consideravelmente segura para com o lactente e sua genitora (NASCIMENTO, 2020).

Além dos aspectos técnicos propriamente ditos, o preparo para o parto envolve também uma abordagem de acolhimento da mulher e seu companheiro no serviço de saúde, incluindo o fornecimento de informações de onde e como o nascimento deverá ocorrer, o preparo físico e psíquico da mulher, uma visita à maternidade para conhecer suas instalações físicas, o pessoal e os procedimentos rotineiros do mesmo (FAGUNDES, 2018).

A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento da parturiente (ENDERLE et al, 2018).

A Lei n. 11.108 sancionada em abril de 2005 buscou: “garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS”. Esta lei foi resultado da luta de vários agentes, especialmente da Rede de Humanização do Nascimento. Em 25 de março de 2015, criou-se a Lei n. 15.759, assegurando nos estabelecimentos de saúde pública o direito ao parto humanizado. No ano de 2019, foi impetrado o Projeto de Lei de n. 878, que durante o ciclo gravídico-puerperal, garante a mulher e ao neonato a assistência humanizada. Em 2021, através da Lei n. 9.238 de 08 de abril, o parto humanizado virou direito garantido nas instituições públicas e privadas (BRASIL, 2022).

3.3 Atuação do enfermeiro no parto humanizado intra hospitalar

O resgate da humanização na assistência hospitalar em clínicas e áreas de atuação de enfermagem, a começar pela obstetrícia como uma alternativa para a valorização do paciente enquanto ser humano e para o atendimento de suas expectativas e necessidades, exige a convergência dos esforços preventivos da equipe de assistência materno-fetal de forma que a ajuda no momento do parto resulte em um atendimento holístico e satisfatório para a saúde física e emocional do binômio mãe/filho, pois humanizando o nascimento estamos humanizando a vida (NASCIMENTO; ARAÚJO; SOARES, 2020).

Silva e Fernandes (2019) apontam que o pré-natal realizado adequadamente garante o curso gestacional de forma favorável das gestações de baixo risco e possui o potencial para identificação de complicações que possam levar a gravidez a um desfecho desfavorável. Segundo estes autores, com base em observações clínicas, cerca de 90% das gestações começam, evoluem e terminam sem complicações. Para tanto, o pré-natalista deve ser competente, garantindo uma assistência integralizada e qualificada que culmine num parto realizado de forma saudável e de acordo às necessidades e desejos da mulher.

Para amenizar a tensão e a dor da mulher é muito importante o apoio emocional de um acompanhante para este suporte. A colaboração e apoio dos enfermeiros para a adequada condução do acompanhante é fator essencial para a assistência a mulher (ALMEIDA; MEDEIROS; SOUZA, 2019).

Os enfermeiros devem se sensibilizar quanto à presença do acompanhante da parturiente no processo do trabalho de parto, informando-os das condutas evolutivas a serem realizadas no processo de nascimento, executando suas atividades de maneira eficazes, através de atitudes simples, deixando a mãe e seu conceito positivados pela realidade da assistência (SILVA; COSTA; PEREIRA, 2020).

A assistência de enfermagem no processo de parturição é realizada nos quatro períodos pelos quais a mulher passa em trabalho de parto, sendo o de dilatação, de

expulsão, de dequitação e o período de Greenberg. No período de dilatação, a enfermeira realiza a anamnese e o exame físico e acompanha a evolução do trabalho de parto aferindo os sinais vitais, os batimentos cardíacos fetais, a dinâmica uterina e a inspeção do perineo e toque vaginal. Além destes procedimentos, a enfermeira orienta a parturiente em questões como posição, alimentação, técnicas de conforto, assim como as informa sobre todo procedimento realizado (NASCIMENTO, 2020).

No período de expulsão, a enfermeira encoraja a mulher a ser protagonista do seu parto, orientando-a quanto à força que deve exercer e de que forma exercê-la, e também como respirar no momento das contrações e descansos. Neste período, a própria enfermeira pode realizar o parto normal sem distorcia, e se especialista, realiza quando necessário a episiotomia, a episiorrafia e identifica possíveis complicações assumindo condutas emergenciais até a chegada do médico (JARDIM, 2020).

No momento imediato após o parto, a enfermeira mostra o recém-nascido à mãe e o oferece para o primeiro contato, estimulando-a a colocar ao seio para sugar. Além dos cuidados à parturiente, a enfermeira dispensa os cuidados ao recém-nascido, porém não concomitante à assistência à mesma, cabendo a outra profissional a realizar a assistência imediata e avaliação do recém-nascido. Na dequitação, a enfermeira aguarda para que haja o descolamento natural da placenta, observando o seu aspecto, e ainda neste período são aferidos sinais vitais, o tônus da musculatura uterina e o sangramento vaginal. No quarto período, denominado de período de Greenberg, são investigadas a loquiação (sangramento), involução uterina e sinais vitais, dentre outros (SANTOS, 2019).

4 | CONCLUSÃO

A enfermagem participa ativamente das discussões sobre a saúde da mulher, estando presente no programa de humanização no pré natal e nascimento, e o Ministério da Saúde favorece os profissionais de enfermagem na atenção integral a saúde da mulher, diminuindo os riscos de intervenções consequentemente pela humanização da assistência em hospitais e maternidades através de portarias que favorecem este tipo de atuação.

Cabe ressaltar que de acordo com a resolução que regulamenta a atuação da enfermagem e a concepção de humanização do parto, a enfermeira deve participar do trabalho de parto, parto e nascimento direcionando a parturiente para as condições que melhor favoreçam o seu processo de parturição, deixando de assumir assim o papel de comandante deste processo. Portanto, a enfermeira deve zelar pelo conforto da mulher, informá-la sobre a evolução do trabalho de parto, orientá-la sobre as posições e técnicas de conforto e auxiliá-la em todo este processo de parturição.

Conclui-se que tornar o parto uma experiência positiva e satisfatória para as mulheres é responsabilidade dos profissionais de saúde. As mulheres querem ter privacidade física e emocional durante o trabalho de parto e parto, e vivenciar ambos em um ambiente

amigável e confortável. Para as mulheres que serão submetidas a partos normais, o parto humanizado é uma abordagem acessível.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, JM; D'OLIVEIRA, AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Rev. Int. Com. Saúde e Educação**, v. 48, n. 22, 2018, p. 108-112.

ALMEIDA, NAM; MEDEIROS, M; SOUZA, MR. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. **Rev. Tex. Cont. Enferm**, v. 45, n. 19, 2019, p. 185-203.

ANDRADE, P. **Métodos científicos**. São Paulo: Atlas, 2018.

BARROS, MS. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**: Guia para a prática assistencial e humanizada. São Paulo: Ática, 2020.

BERNARDO, EBR; AQUINO, OS. Avaliação do processo de assistência pré-natal para gestantes de risco habitual. **Acta Paul Enferm**, v. 31, n. 13, 2018, p. 47-54.

BRASIL. **Manual de recomendações para a assistência humanizada à gestante e puérpera**. Brasília: Senado Federal, 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Secretaria de políticas de Saúde**. Área Técnica de saúde da mulher. Manual dos comitês de Mortalidade Materna. 2ªed. Brasília (DF): MS; 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede Intergerencial de Informações para a Saúde**. Indicadores de mortalidade. Brasília (DF): MS; 2014.

DAVIM, RMB; BEZERRA, LGM. Relatos de experiência na assistência humanizada à parturiente pela enfermagem. **Rev. Lat. Enf.**, v. 19, n. 9, 2020 p. 115-123.

DINIZ, CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil. **Rev. Sau. Col.**, v. 16. n. 6, 2020, p. 112-119.

ENDERLE, CF; KERBER, NPC; SUSIN, LRO; GONÇALVES, BG. Parto de adolescentes: elementos qualitativos da assistência. **Rev Esc Enferm**, v. 58, n. 32, 2018, p. 103-108.

FAGUNDES, L. Recursos humanos para assistência à maternidade. **Revista Internacional de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 75, n. 54, 2018, p. 81-88.

FEIJÃO, LBV; MELO, MC. Conhecimento de enfermeiras residentes ao acerca das boas práticas na atenção ao parto. **Rev Enferm Foco**, v. 19, n. 8, 2019, p. 68-73.

GIL, AC. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2020.

GOUVEIA, HG. Via de parto preferida pelas mães e suas motivações. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 12, 2018, p. 98-106.

JARDIM, M. Assistência pré-natal de gestantes de risco habitual: potencialidades e fragilidades. **Rev Enferm UFSM**, v. 15, n. 9, 2020, p. 91-107.

- LAKATOS, EM. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2018.
- MALHEIROS, CAD. **Rede intergerencial de informações para a saúde**. São Paulo: Saraiva, 2018.
- MENDES, RB; SANTOS, JMJ; PRADO, DS. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal com base nas recomendações do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, 2020, p. 93-102.
- MISAGO, C. Assistência maternidade humanizada. **Rev. Lancet**, v. 54, n. 39, 2019, p. 102-112.
- MONTEIRO, MAA. **A prática do grupo de gestantes na efetivação da humanização do parto**. São Paulo: Ática, 2019.
- NASCIMENTO, NM. **Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras**. São Paulo: Saraiva, 2020.
- NASCIMENTO, TFH; ARAUJO, FNF; SOARES, NSCS. Assistência de enfermagem à gestante de alto risco sob a visão do profissional. **Rev Pré Infec Saúde**, v. 41, n. 27, 2018, p. 68-73.
- PATAH, LEM; MALIK, AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev Saude Publica**, 2019, v. 63, n. 20, 2019, p. 98-107.
- SANTOS, FAPS. A enfermeira obstétrica na assistência ao parto de baixo risco. **Rev Bras Saúde Mater Infantil**, v. 19, n. 2, 2019, p. 71-79.
- SILVA, TF; COSTA, GAB; PEREIRA, ALF. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. **Rev. Cogitare Enferm**, v. 35, n. 12, 2020, p. 117-123.
- SILVA, U; FERNANDES, BM. O cuidado de enfermagem vivenciado por mulheres durante o parto na perspectiva da humanização. **Rev Enferm UFPE**, v. 10, n. 6, 2019, p. 105-112.
- SILVEIRA, SC; CAMARGO, BV; CREPALDI, MA. Assistência ao Parto na Maternidade: Representações Sociais de Mulheres Assistidas e Profissionais de Saúde. **Rev. Bras. Enferm**, v. 42, n. 16, 2018, p. 78-85.
- SODRÉ, TM; BONADIO, IC; JESUS, MCP; MERIGHI, MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Rev. Tex. Cont. Enferm**, v. 44, n. 22, 2018, p. 163-174.
- SOUSA, AAS; BARBOSA, EMG. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. **Cad Saúde Coletiva**, v. 39, n. 16, 2019, p. 78-84.
- SOUZA, TG; GAÍVA, MAM; MODES, PSSAnjos. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 64, n. 11, 2019, p. 68-73.
- VELHO, MB; OLIVEIRA, ME; SANTOS, EKA. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Rev Bras Enferm**, v. 79, n. 26, 2019, p. 185-198.
- WAGNER, P. A necessidade de humanizar o parto. **Revista Internacional de Ginecologia e Obstetria**, v. 25, n. 12, 2019, p. 37-44.

CAPÍTULO 7

IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DAS ATIVIDADES MULTIPROFISSIONAIS NA SALA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

Data de aceite: 04/07/2022

Danessa Silva Araujo

Hospital Universitário Materno Infantil
São Luís – Ma
<http://lattes.cnpq.br/9600992265820479>

Naruna Mesquita Freire

Hospital de Alta complexidade Dr. Carlos
Macieira
São Luís – Ma
<http://lattes.cnpq.br/4396105683036710>

Suzana Portilho Amaral Dourado

Hospital Universitário Materno Infantil
São Luís – Ma
<http://lattes.cnpq.br/7133793096287504>

Daniel Robert de Jesus Almeida Dourado

Hospital Universitário Materno Infantil.
São Luís – ma
<http://lattes.cnpq.br/3235105584944469>

Silvana do Socorro Santos de Oliveira

Universidade Federal do Maranhão
São Luís – Ma
<http://lattes.cnpq.br/4920674763167770>

Gabriela Ramos Miranda

Hospital Universitário Materno Infantil
São Luís – Ma
<http://lattes.cnpq.br/7256681269372181>

Maria José de Sousa Medeiros

Hospital Universitário Materno Infantil
São Luís – ma
<http://lattes.cnpq.br/3570282163801617>

Maria Almira Bulcão Loureiro

Hospital Universitário Materno Infantil.
São Luís – ma
<http://lattes.cnpq.br/1244168101674373>

Francisca Maria da Silva Freitas

Hospital Universitário Materno Infantil.
São Luís – ma
<http://lattes.cnpq.br/254483367898570>

Nubia Regina Pereira da Silva

Hospital Universitário Materno Infantil.
São Luís – ma
<http://lattes.cnpq.br/3592824321552621>

Geraldo Viana Santos

Hospital Universitário Materno Infantil.
São Luís – ma
<http://lattes.cnpq.br/2545067283554981>

Rosiane Costa Vale

Hospital Universitário Materno Infantil.
São Luís – ma
<http://lattes.cnpq.br/1308055161056508>

RESUMO: A assistência ao recém-nascido-RN na sala de parto é definida como a assistência de todos os recém-nascidos do Centro Obstétrico.

Objetivo: Propor a sistematização das atividades dos multiprofissionais na assistência ao RN na residência multiprofissional no centro obstétrico, buscando organizar a atuação e o gerenciamento do cuidado. **Metodologia:** Trata-se de um projeto de intervenção, do tipo plano de preceptorial.

Considerações finais: a finalidade de implantar a Sistematização da Assistência multiprofissional na instituição é organizar e sistematizar o cuidado

e o processo de trabalho contribuindo para que todos os profissionais ampliem seu espaço e autonomia na assistência direta ao paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência. Cuidado. Sistematização.

IMPLEMENTATION OF THE SYSTEMATIZATION OF MULTIPROFESSIONAL ACTIVITIES IN THE NEONATAL RESUSCITATION ROOM

ABSTRACT: Assistance to newborns in the delivery room is defined as assistance to all newborns at the Obstetric Center. **Objective:** to propose the systematization of the activities of the multiprofessionals in the assistance to the NB in the multiprofessional residency in the obstetric center, seeking to organize the performance and management of care. **Methodology:** this is an intervention project, of the preceptorship plan type. **Final considerations:** the purpose of implementing the institution's systematization is to organize and systematize care and the support work process performed for all professionals to expand their space and autonomy to the patient.

KEYWORDS: Assistance. Health care. Systematization.

1 | INTRODUÇÃO

Conforme Valente et al. (2014), a saúde constitui-se como direito de todos e dever do estado, assegurada pela Lei Orgânica da Saúde e pela Constituição Federal fornecendo diretrizes para efetivar ações de proteção, promoção e recuperação a saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Após a promulgação da Lei Orgânica do SUS em 1990 (Lei 8080/90), a Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se um tema particularmente relevante para reorientar o Sistema Único de Saúde (SUS) na garantia de acessibilidade, equidade e integridade para satisfazer as expectativas dos usuários.

Nesse contexto, as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dirigida à gestante e ao recém-nascido (RN) são de suma importância, por influenciar a condição de saúde dos indivíduos, desde o período neonatal até a vida adulta. Segundo Nascimento e Silva (2014), a relação é determinante entre a vida intrauterina, as condições de saúde no nascimento e no período neonatal.

O cuidado com a saúde do RN tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, ainda elevada no Brasil, assim como para a promoção de melhor qualidade de vida e para diminuição das desigualdades em saúde. Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 2017), no período neonatal, momento de grande vulnerabilidade na vida, com riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, há grande necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, com seus direitos reconhecidos pela ECA.

De acordo com Lara, Goulart e Carmo (2010), para uma boa assistência ao RN na sala de parto, a equipe deve trabalhar em conjunto e realizar os procedimentos recomendados dentro das técnicas operacionais, uma vez que o RN pode apresentar diferentes condições

de vida e necessidades. Segundo Nascimento e Silva (2014), muitas mortes poderiam ser evitadas se os pacientes tivessem uma assistência digna e de qualidade, bem como, a um cuidado mais atencioso, humanizado e competente por parte da equipe de enfermagem, que deve estar atenta, vigilante e buscando constante atualização de conhecimento e aperfeiçoamento da prática de enfermagem.

Para Lennon (2018), “a experiência do parto tem implicações em longo prazo para a saúde e bem-estar da mulher e, conseqüentemente na vida do RN”. Portanto, é necessário que os profissionais de saúde reflitam, à medida que as experiências negativas de parto aumentam, que possam analisar e repensar como as mulheres podem se preparar melhor para o trabalho de parto e parto.

Nesse contexto, no qual destaca-se que a assistência de enfermagem ao RN na sala de parto é definida como a assistência de enfermagem a todos os RN's do Centro Obstétrico, tanto de parto normal quanto de cesarianas, devendo basear-se em um sistema que garanta cuidados contínuos e de complexidade crescente e adequada ao nível de risco do neonato. Dessa forma, dentre os atores envolvidos no cenário do parto e nascimento, segundo Vargens et al. (2017), a enfermagem se configura como agente importante na mudança de modelo pois apresenta como filosofia de cuidado que envolve diversos saberes e valoriza a intuição, além das melhores evidências científicas disponíveis.

Nesse sentido, o enfermeiro é responsável por promover a adaptação do RN ao meio extrauterino, observar o quadro clínico, fornecer alimentação adequada suprimindo as necessidades metabólicas, realizar controle de infecção, estimular o RN, orientar os pais, manter um plano educacional, organizar, administrar e coordenar a assistência de enfermagem ao RN e a mãe, e supervisionar o cuidado. (SILVA; VIEIRA, 2008)

Destaca-se que o centro obstétrico do Hospital Universitário Materno Infantil do Estado do Maranhão, possui uma equipe de enfermagem composta por técnicos, duas enfermeiras, sendo uma obstetra e outra generalista, as quais são também responsáveis, pela sala de reanimação neonatal. Ainda conta com os enfermeiros residentes da neonatologia, saúde da mulher e obstetrícia que passam pelo setor em escala de rodízio.

As tarefas são realizadas de acordo com a demanda, e não existe uma organização e sistematização dessas atividades. Assim, a assistência ao parto demanda mais tempo e atuação da enfermeira, as atividades da sala de reanimação são realizadas em maioria pelas técnicas de enfermagem e o médico plantonista. Aqui, o enfermeiro assume papel importante na determinação da qualidade do serviço prestado, na condição de gerente ou coordenador da equipe, supervisiona todas as atividades de enfermagem desenvolvidas pela equipe, facilitando a identificação de falhas e possíveis intervenções.

O enfermeiro desse setor vivencia diariamente um desafio na reunião, edificação e organização de conhecimentos voltados à prática assistencial segura. Vale ressaltar que existem diversos modos de sistematizar essa assistência, através de plano de cuidados, protocolos, padronização de procedimentos e alguns destes estão disponíveis no setor.

A partir deste cenário, no intuito de organizar o gerenciamento do cuidado a partir de tomadas de decisões e não meramente de ações advindas de séries de tentativas e erros, é importante a implementação da sistematização das atividades de enfermagem na sala de reanimação neonatal.

2 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente trabalho consistiu, basicamente, em um projeto de intervenção. Tratou-se de uma proposta de ação para a resolução de um problema real observado em seu território de atuação, fosse no âmbito da clínica ou da organização dos serviços, buscando a melhoria das condições de saúde da população. O local onde foi aplicado este projeto é o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão-HUUFMA, Unidade Materno Infantil, no Centro de Parto, anexo este localizado a Rua Silva Jardim s/n- Centro, São Luís-MA, CEP 65021-000. O HUUFMA dispõe de uma estrutura de 500 leitos gerais, destes 213 localizados na Unidade Materno-Infantil, e 287 na Unidade Presidente Dutra. São oferecidos serviços clínicos e cirúrgicos nas áreas de ginecologia, obstetrícia, pediatria, neonatologia, estes últimos contam ainda com as unidades de terapia intensiva.

O centro de parto, campo de atuação aplicado aos residentes da equipe multiprofissional, conta com centro obstétrico, com 10 leitos para partos normais e um centro cirúrgico para partos cesarianos. Uma sala de reanimação neonatal com quatro berços aquecidos para receber os bebês que necessitem de cuidados imediatos após o nascimento. A equipe desta sala era composta por técnicos de enfermagem, duas enfermeiras, sendo uma obstetra e outra generalista. Ainda conta com os enfermeiros residentes da neonatologia, saúde da mulher e obstetrícia e pediatra. Os residentes de enfermagem passam por escala de rodízio, num período mensal. A metodologia utilizada teve por fim buscar evidências científicas, através da revisão bibliográfica das principais teorias do cuidado ao RN e seleção das mais apropriadas e utilizadas pelo HUUFMA. Através desses procedimentos, o grupo definiu quais ações da equipe devem ser utilizadas de maneira que possam atender as necessidades básicas do RN e elaboração do instrumento de sistematização da assistência.

Na primeira fase, os encontros foram semanais durante 2 meses, realizados na sala de reunião. Após essa etapa, aconteceu a capacitação da equipe multiprofissional, consistente na abordagem sobre:

- Exame físico
- Diagnósticos
- Intervenções

Foram ofertadas quatro oficinas com horários alternados entre manhã e tarde, sendo estas realizadas no auditório, com a explanação do referencial teórico através de

slides e divisão em grupos para atividade prática e posterior discussão sobre a efetividade do instrumento escolhido. Sendo estas distribuídas da seguinte forma:

a. Durante o turno da manhã:

- Apresentação dos participantes através de uma dinâmica
- Pactuar as regras de convivência entre a equipe e o preceptor
- Panorama sobre as expectativas da sistematização das atividades para a assistência ao RN.
- Apresentar os objetivos do projeto de intervenção e o plano de preceptoria
- Debate sobre a importância da sistematização das atividades da equipe na assistência ao RN na residência multiprofissional no centro obstétrico.
- Reflexão sobre organizar a atuação da equipe multiprofissional e o gerenciamento do cuidado ao RN

b. No período da tarde:

- Mostrar o resultado do debate estimulando a participação da equipe
- Construção da Sistematização da enfermagem para aplicabilidade no centro obstétrico
- Discutir o processo de sistematização da enfermagem, mostrando a ficha de avaliação dos residentes e estimulando o feedback entre os residentes e preceptores.
- Encerramento com uma dinâmica com o objetivo de aproximar os participantes

3 | CONCLUSÃO

O objetivo da implantação da SAE na instituição é organizar e sistematizar o cuidado e o processo de trabalho da enfermagem, contribuindo para que a equipe multiprofissional amplie seu espaço e autonomia na assistência direta ao paciente, no gerenciamento do cuidado e na enfermagem como ciência.

Para a operacionalização e concretização do processo de implantação da SAE, é essencial que haja envolvimento e participação efetiva dos todos os profissionais e que estes atuem com compromisso e responsabilidade, com ênfase na melhoria da qualidade da assistência a fim de proporcionarem um cuidado integral, individualizado e humanizado aos bebês nascidos na unidade centro de parto.

Entretanto, gerir mudanças com recursos materiais e humanos insuficientes constitui-se um desafio. Sugere-se o envolvimento da equipe gestora da organização, no intuito de prover os recursos necessários à implementação e à manutenção da SAE, bem como investir na qualificação dos profissionais, além disso é essencial que haja maior envolvimento e participação efetiva dos enfermeiros e que estes atuem com compromisso

e responsabilidade, com ênfase na melhoria da qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

BARROS ALBL, LOPES JL. A legalização e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem Foco**, v. 1, n. 2, p. 63-5, 2010.

CASTILHO, N. C.; RIBEIRO, P. G.; CHIRELLI, M. Q. Implementação da Assistência de Enfermagem no Serviço de Saúde Hospitalar no Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 18 n. 2, p. 280-9, abr./jun. 2009.

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990**. Versão atualizada, 2017.

LARA, S.H.O, GOURLART, M.J.P, CARMO, T.M.D. Assistência ao recém-nascido pelos profissionais de enfermagem na sala de parto no momento da recepção. **Ciência e Praxis**, UEMG, v. 3, n. 5, 2010.

LENNON, R. Pain management in labour and childbirth: Going back to basics. **British Journal of Midwifery**, v. 26, n.10, p. 637-641, 2018.

NASCIMENTO, V. F., SILVA, R. C. R. Assistência de enfermagem ao recém-nascido pré termo frente às possíveis intercorrências. **Revista Enfermagem**, UFSM, v. 4, n. 2, p. 429-438, abr./jun. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Reanimação Neonatal em Sala de Parto: Documento Científico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria**. 2013. Disponível em: <http://www.sbp.com.br>. Acesso em: 26 de out. 2020.

VALERIANO, D. L. **Gerenciamento estratégico e administração por projetos**. São Paulo: Makron Books. 2008.

VARGENS, O. M. C.; SILVA, A. C. V.; PROGIANI, J. M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017.

APLICAÇÃO DO ESCORE PEDIÁTRICO DE ALERTA (EPA) PARA RECONHECIMENTO DA DETERIORAÇÃO CLÍNICA: PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 04/07/2022

Data de submissão: 16/06/2022

Micaela Santa Rosa da Silva

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/2861272021373464>

Juliana de Oliveira Freitas Miranda

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/6586008494633206>

Kleize Araújo de Oliveira Souza

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana – Bahia
<https://lattes.cnpq.br/5505956580178538>

Aisiane Cedraz Moraes

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/4895188617517635>

Rebeca Pinheiro Santana

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/0890942519045521>

Maricarla da Cruz Santos

Universidade Estadual de Feira de Santana
Feira de Santana – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/2841741125314872>

Thaiane de Lima Oliveira

Hospital Estadual da Criança
Feira de Santana – Bahia
<http://lattes.cnpq.br/6604441822313930>

RESUMO: Introdução: a aplicação dos escores pediátricos de alerta precoce de deterioração clínica na prática do enfermeiro pode apoiá-lo no aprimoramento do olhar clínico voltado ao paciente com potencial risco de agravar, prática que poderia ser iniciada ainda no período da graduação. **Objetivo:** Analisar a percepção dos estudantes de graduação em enfermagem sobre a aplicação do EPA para reconhecimento da deterioração clínica pediátrica. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, desenvolvido em ambiente virtual, via plataforma de vídeo conferência, com 21 estudantes que cursaram a disciplina Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente II, no semestre 2021.1, do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana - Bahia. Os dados foram coletados por meio de um questionário autoaplicável, a partir de questões norteadoras, no qual os estudantes descreveram sua experiência com a aplicação do EPA em workshops com simulações de casos clínicos no ambiente virtual. Para a análise dos dados foi aplicada a técnica de Análise de Conteúdo Temática de Bardin. **Resultados:** Os resultados foram organizados em três categorias: O processo de deterioração clínica na criança e sua avaliação pelos graduandos; Experiência na aplicação do EPA para reconhecimento da deterioração clínica em simulações de casos clínicos; Fragilidades e limitações do EPA sob a ótica dos estudantes. **Conclusão:** os estudantes demonstraram compreensão sobre o processo de deterioração clínica pediátrica. Relataram que, nas simulações de casos clínicos, o EPA mostrou-se útil, objetivo, de fácil entendimento e

utilização, podendo auxiliar estudantes na avaliação da criança, de forma rápida e segura. Como fragilidades do EPA foram descritas a indisponibilidade atual do instrumento em formato digital, o excesso de informações contidas, a linguagem formal e sua limitação de uso ao contexto hospitalar.

PLAVRAS-CHAVE: Deterioração clínica; Enfermagem Pediátrica; Criança; Estudantes de Enfermagem.

APPLICATION OF THE PEDIATRIC ALERT SCORE FOR RECOGNITION OF CLINICAL DETERIORATION: NURSING STUDENTS' PERCEPTION

ABSTRACT: Introduction: the application of pediatric clinical deterioration early warning scores in nursing practice can support the improvement of the clinical view of patients at potential risk of worsening. **Objective:** To analyze the perception of undergraduate nursing students about the application of the APS for recognition of pediatric clinical deterioration.

Mand all: This is a qualitative, descriptive study, developed in a virtual environment, via video conference platform, with 21 students who took the subject Nursing in Women's, Children's and Adolescent Health II, in the semester 2021.1, of the undergraduate course in Nursing at the State University of Feira de Santana - Bahia. Data were collected through a self-administered questionnaire, based on guiding questions, in which students described their experience with the application of the APS in workshops with simulations of clinical cases in the virtual environment. For data analysis, Bardin's Thematic Content Analysis technique was applied. **Results:** The results were organized into three categories: The process of clinical deterioration in children and its evaluation by undergraduates; Experience in the application of the APS for recognition of clinical deterioration in simulations of clinical cases; Weaknesses and limitations of the APS from the perspective of students. **Conclusion:** Students demonstrated an understanding of the process of pediatric clinical deterioration. They reported that, in the simulations of clinical cases, the APS proved to be useful, objective, easy to understand and use, and could help students in assessing children quickly and safely. The current unavailability of the instrument in digital format, the excessive information contained, the formal language, and its usage limitation to hospital settings were described as weaknesses of the APS.

KEYWORDS: Clinical deterioration; Pediatric Nursing; Child; Nursing Students.

1 | INTRODUÇÃO

A deterioração clínica pode ser compreendida como um processo de instabilidade fisiológica do paciente, manifestada por sinais de piora das condições clínicas, que pode aumentar a permanência hospitalar e a morbimortalidade (JONES et al., 2013).

No contexto hospitalar pediátrico, estudos estimaram que a prevalência da deterioração varia de 16,2% a 20% (MIRANDA et al., 2020; MIRANDA et al. 2017; SOLEVÄG et al., 2013), dados que refletem a importância desse fenômeno e exige capacidade profissional para reconhecer os sinais de piora clínica, responder prontamente e de forma apropriada a essa condição, a fim de fornecer um cuidado seguro (ROUECHÉ; RUNNACLES, 2014).

A avaliação sistemática de sinais de piora clínica na criança hospitalizada implica na prestação de cuidados oportunos, na prevenção de complicações e na redução do risco de morte (MIRANDA et al., 2016). Desse modo, reconhecer precocemente os sinais de deterioração é um pré-requisito importante para o cuidado da criança no hospital, o que exige competências e habilidades por parte dos profissionais de saúde, essencialmente do enfermeiro, que ocupa a “linha de frente” no cuidado à criança nesse cenário. Neste sentido, o enfermeiro pode lançar mão de estratégias e ferramentas que o apoiem no desenvolvimento dessas competências e habilidades durante seu processo de formação.

Com a finalidade de auxiliar enfermeiros na sistematização do processo de avaliação e reconhecimento precoce da deterioração clínica, foram desenvolvidas ferramentas, denominadas Pediatric Early Warning Scores (PEWS) ou Escores Pediátricos de Alerta Precoce, para uso à beira do leito, com a finalidade de identificar os sinais de piora, alertar equipe e disparar a necessidade de cuidados urgentes (CHAPMAN, GROCCOTT, FRANCK, 2010; CHAPMAN et al., 2016; CHAPMAN et al., 2017).

Os PEWS reúnem indicadores vitais e clínicos com o objetivo de sistematizar a avaliação da criança pelo Enfermeiro na sua rotina diária de trabalho. Esse terá a responsabilidade de disparar uma ação da equipe de saúde diante da deterioração clínica mensurada e constatada pelo escore a fim de evitar evolução do quadro (MIRANDA et al., 2016a, 2017). Sendo assim, a adoção de um PEWS em uma unidade hospitalar, coloca o enfermeiro como peça fundamental na identificação precoce da piora clínica, considerando que esse profissional mantém contato direto e diário com o paciente hospitalizado e sua família.

O uso de escores pediátricos de alerta na prática clínica do enfermeiro podem auxiliá-lo no processo de desenvolvimento e aprimoramento do olhar clínico voltado ao paciente com potencial risco de agravar, prática que poderia ser iniciada ainda no período da graduação. Nessa perspectiva, ensinar o estudante de enfermagem a identificar sinais de piora clínica na criança hospitalizada mediante capacitação e aplicação de um escore de alerta pode ser uma estratégia para promover o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias à sua formação profissional.

No contexto brasileiro, existem alguns PEWS já validados, a exemplo do Brighton Pediatric Early Warning Scores para o contexto brasileiro (BPEWS-Br) (MIRANDA et al., 2017) e do Escore Pediátrico de Alerta (EPA) (OLIVEIRA, 2020; OLIVEIRA, 2021). O EPA foi descrito como uma ferramenta válida e confiável para medir sinais de alerta de deterioração clínica em crianças e adolescentes até 15 anos de idade. Trata-se de um escore simples, baseado na avaliação clínica de indicadores neurológicos, respiratórios e cardiovasculares, sem necessidade de equipamentos sofisticados para mensuração dos seus parâmetros (OLIVEIRA, 2019).

A validação do EPA fez parte do projeto de pesquisa intitulado “Reconhecimento da deterioração clínica pediátrica no contexto hospitalar da saúde da criança no município

de Feira de Santana – Bahia”, financiado pelo CNPq (Chamada MCTIC/CNPq N° 28/2018, processo n° 405101/2018-0), envolvendo docentes pesquisadores, discentes e profissionais de saúde. Desde então foi iniciado seu processo de implementação na rede hospitalar do município.

O presente estudo teve como objetivo analisar a percepção dos estudantes de graduação em enfermagem sobre a aplicação do EPA para reconhecimento da deterioração clínica pediátrica.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, com vistas a conhecer e analisar a percepção de estudantes de enfermagem sobre a experiência de aplicação de uma ferramenta para reconhecimento da deterioração clínica pediátrica no ensino da graduação.

Este estudo foi desenvolvido em ambiente virtual, via aplicativo de mensagem em smartphone e plataforma de vídeo conferência com estudantes de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). O aplicativo de mensagem foi utilizado para envio do convite aos estudantes. Já a plataforma de vídeo conferência foi utilizada para orientação sobre a pesquisa e realização de workshops com simulações de casos clínicos para aplicação do EPA pelos graduandos.

A UEFS está localizada no município de Feira de Santana, Bahia, e oferta 28 cursos de graduação. É uma universidade consolidada em qualidade e excelência, que tem se destacado no cenário nacional, mediante o trabalho sério e de qualidade desenvolvido por seus professores, funcionários e estudantes, revertido em credibilidade acadêmico-científica, em de busca assegurar a universidade pública, gratuita e de qualidade (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA, 2017).

Os participantes foram 21 alunos de graduação em enfermagem, do sexo feminino, com idade média de 21 anos, que participaram de workshops virtuais com simulação de casos clínicos, para a aplicação do EPA, por meio de ensino remoto, na disciplina Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança e Adolescente II sob a supervisão docente, no semestre 2021.1. Por se tratar de um estudo qualitativo, foi adotado o critério de exaustão dos discursos para delimitar mais precisamente a quantidade de participantes.

Os critérios de inclusão foram os alunos que cursaram e foram aprovados na disciplina Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente II do 5° semestre do curso de Graduação em Enfermagem, no semestre 2021.1. E como critérios de exclusão: alunos que não tinham acesso à internet, bem como alunos com surdez, pela limitação da pesquisadora em ajustar a técnica de coleta.

Devido a Pandemia da COVID-19 e suspensão das atividades presenciais na UEFS, a coleta de dados do projeto foi realizada no formato on-line, durante o período de ensino remoto, após a realização dos Workshops virtuais para capacitação dos alunos de

graduação em Enfermagem sobre reconhecimento da deterioração clínica em crianças e aplicação do EPA.

Os dados foram coletados por meio de um questionário autoaplicável, no qual os estudantes descreveram sua experiência com a aplicação do EPA nos workshops, a partir de questões norteadoras. Os questionários foram aplicados mediante autorização do aluno. Para manter sua identidade em sigilo, a pesquisadora nomeou os entrevistados com nomes de flores para referenciar as suas narrativas no decorrer deste estudo.

Os dados coletados foram considerados integralmente, preservando as ideias, seqüência e linguagem dos sujeitos, para posterior análise. A transcrição das respostas foi feita em uma tabela do programa Microsoft® Excel® 2019 MSO (Versão 2202 Build 16.0.14931.20128). Os registros foram analisados e categorizados por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática de Bardin. Os dados foram apresentados sob a forma de categorias. Estas foram definidas a partir dos conteúdos manifestos pelos registros das experiências pelos participantes do estudo, conforme recomenda a análise de conteúdo adotada.

Esse estudo buscou atender as resoluções nº 466 e nº 510, do Conselho Nacional de Saúde, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, sob CAAE: 33457220.4.0000.0053 e parecer n.º 4.140.313.

3 | RESULTADOS

Os resultados foram organizados em três categorias que emergiram a partir da Análise de Conteúdo Temática de Bardin: O processo de deterioração clínica na criança e sua avaliação pelos graduandos; Experiência na aplicação do EPA para reconhecimento da deterioração clínica em simulações de casos clínicos; Fragilidades e limitações do EPA sob a ótica dos estudantes.

O processo de deterioração clínica na criança e sua avaliação pelos graduandos

Essa categoria aborda descrições dos participantes sobre a compreensão do processo de deterioração clínica na criança e sua avaliação pelos alunos. A deterioração clínica pediátrica é entendida pelos estudantes de enfermagem como uma situação em que a criança apresenta evolução para piora do quadro clínico, manifestada por sinais e sintomas de gravidade. Essa condição pode ainda prolongar a permanência da criança no hospital, causar incapacidade e/ou levar à morte, o que determina a necessidade do reconhecimento precoce desse fenômeno.

O processo de deterioração clínica na criança nos aponta para uma piora no estado de saúde da criança, sendo assim avaliar esse estado de deterioração é extremamente importante, uma vez que nos possibilita reconhecer de maneira ainda precoce pioras no quadro clínico, de modo a agilizar as intervenções e minimizar os desfechos negativos. (Amarílis).

A deterioração ocorre quando se tem um aumento do risco de morbidade, que pode fazer com que o paciente passe um período prolongado no hospital, causar incapacidade ou levar à morte, devido a piora do seu quadro clínico. Alguns sinais de alerta nas crianças são letargia, retrações subcostais e cianose, bem como alterações respiratórias e cardíacas. (Begônia).

O processo de deterioração clínica da criança se caracteriza como uma evolução da piora do quadro clínico da criança, ou seja, o paciente pediátrico evolui de um estado mais leve para um estado mais grave devido a condições individuais e a possíveis condições hospitalares (relacionadas a prestação ou não do serviço), o que faz com que o mesmo permaneça mais tempo no hospital acarretando até mesmo em uma desorganização do seio familiar. (Calêndula).

No que diz respeito à avaliação da deterioração clínica, os graduandos descreveram avaliar por meio do exame físico, da observação de sinais e sintomas clínicos de gravidade, da aplicação de instrumentos que apoiam a avaliação, a exemplo do EPA, além dos relatos do responsável pela criança.

A princípio realizando uma inspeção, e observando o máximo de sinais possíveis. E posteriormente avaliando rapidamente a consciência, respiração e circulação, realizando também aferição dos sinais vitais, e outros exames físicos, como: palpação, percussão e ausculta, tendo como foco os sistemas: neurológico, respiratório e cardiovascular. (Botão-de-ouro).

Avaliando os sinais e sintomas neurológicos, cardiovascular e respiratório por meio da inspeção, palpação, percussão e ausculta, aplicando o Escore Pediátrico de Alerta - EPA. (Begônia).

Avaliando as funções do paciente, como: avaliação neurológica, avaliação respiratória, avaliação cardiovascular, avaliação da PA, temperatura e diurese. Tendo como base a classificação do EPA. (Cravo).

Experiência na aplicação do EPA para reconhecimento da deterioração clínica em simulações de casos clínicos

Essa categoria concentra a experiência dos graduandos na aplicação do EPA para reconhecimento da deterioração clínica por meio de simulações de casos clínicos. Os estudantes relataram que, apesar de não terem aplicado na prática, devido a situação pandêmica, o seu uso em simulações de casos clínicos mostrou que é um instrumento útil, objetivo, de fácil entendimento e utilização, que pode auxiliar profissionais e estudantes na avaliação do estado geral da criança, contribui para o reconhecimento precoce de sinais de deterioração clínica, de forma rápida e segura, orienta na tomada de decisão em conjunto com a equipe, e possibilita a padronização da assistência e as condutas a serem prestadas diante dos sinais encontrados.

Ainda não cheguei a aplicar na prática esse instrumento, mas pelas discussões e análises de casos clínicos, mostra-se um instrumento útil, de fácil entendimento, que auxilia bastante profissionais e estudantes inexperientes na área da pediatria. (Hortênsia).

Ainda não fui para a prática hospitalar, porém ao responder os casos clínicos

durante o workshop, percebi o quanto o EPA contribui para um reconhecimento precoce dos sinais de deterioração da criança, facilitando também a vida do profissional de enfermagem. (Botão-de-ouro).

Não tive a oportunidade de aplicar o EPA em pacientes devido à pandemia Covid-19. A minha experiência foi de aplicar o instrumento na resolução de casos clínicos e nesse caso não tive dificuldade, até porque o EPA é bem objetivo e nos permite realizar uma avaliação segura e rápida ao mesmo tempo, uma vez que é um instrumento de fácil utilização. (Lírio).

Mediante os casos clínicos dos pacientes que tive contato de forma online, a experiência foi positiva por possibilitar fazer uma análise do estado clínico do paciente de forma rápida, permitindo também que as intervenções necessárias sejam pensadas para melhora da situação. (Lavanda).

Para os participantes, o EPA beneficia a avaliação, principalmente para estudantes e profissionais com pouca experiência prática, pois ele facilita a identificação de sinais de deterioração clínica, funciona com um guia e ajuda a ter um olhar clínico direcionado a possíveis alterações que ocasionam a deterioração. É um instrumento de rápida leitura em situações de emergência, apoiado em um algoritmo que permite a organização do fluxo e a padronização de ações. Além disso, facilita a interação da equipe e evita conflitos entre os profissionais.

O EPA ajuda bastante na avaliação, pois, para estudantes que não tem muito tempo de prática, como é o meu caso, ele facilita a identificação dos sinais de deterioração clínica, registros e une muito bem os conhecimentos teóricos aos práticos. (Hortênsia).

Ajuda, e muito, principalmente aos estudantes que estão começando a ter contato com crianças agora. Ajudando a ter um olhar clínico mais direcionado as alterações que pode tá ocasionando a deterioração. Além disso, por ser um instrumento de avaliação que utiliza algoritmos, isso facilita muito a equipe a ter valores que instruem intervenções e condutas em cada caso e número, situação que garante maior comunicação entre a equipe e permite uma organização do fluxo de atenção que aquela criança precisa no momento para ter suas necessidades atendidas naquele momento de forma integral e interprofissional, o que facilita até mesmo a interação da equipe como um todo e por ser fatores pré determinados, pode, inclusive evitar conflitos entre os membros da equipe. (Margarida).

Ajudar, o escore funciona como guia direcionando nosso olhar para os sinais e sintomas, isso facilita o trabalho de profissionais com pouca experiência e padroniza o de profissionais mais experientes. (Gardênia).

Fragilidades e limitações do EPA sob a ótica dos estudantes

A última categoria aborda as fragilidades/limitações do EPA sob a ótica dos estudantes. Alguns alunos não conseguiram sinalizar e outros citaram a disponibilidade do EPA apenas na forma impressa, o excesso de informações contidas no escore, a linguagem formal e a sua limitação de uso ao contexto hospitalar. Referiram ainda como possíveis fragilidades secundárias ao uso do instrumento: a carência de profissionais qualificados

no manuseio do EPA, a possibilidade de classificação errônea pelo profissional, falta de conhecimento ou equívocos na interpretação dos resultados.

O ponto negativo é, infelizmente, só dispor dele na forma impressa. (Lavanda).

Limitação de ser disponibilizado apenas impresso, o que reduz muito o acesso dos profissionais ...; Falta profissionais qualificados para aplicar de forma oportuna e correta esse instrumento; se limita a unidade hospitalar, mas seria um ótimo instrumento para avaliar essa criança também na puericultura de forma que evitaria a piora desse paciente pela intervenção precoce. (Margarida).

Muita informação contida no Escore, o que acaba dificultando os profissionais diante de um acesso primário, poderia ter informações mais objetivas diante de alguns sinais, ele acaba podendo ser usado até mesmo sem consulta a partir de um contato mais prolongado com esse instrumento. Possui linguagem formal, poderia ter outra mais acessível, ajudando assim outras pessoas até que não sejam profissionais, facilitando a identificação de uma piora na condição da criança e buscando o mais rápido o serviço de saúde mais próximo, diminuindo assim o risco de morbidade. (Girassol).

Pode ser a classificação errônea por algum profissional, falta de entendimento dos resultados ou equívocos de interpretação. (Flor-de-maio).

4 | DISCUSSÃO

Mediante análise conceitual, e corroborando com as descrições dos alunos, a deterioração clínica pode ser definida como um estado dinâmico que indica descompensação fisiológica e comprometimento da estabilidade hemodinâmica, por meio da manifestação de sinais e sintomas de gravidade, devido uma condição grave preexistente ou início súbito de distúrbios fisiológicos (PADILLA; MAYO, 2018; JONES et al., 2013; SWARTZ, 2011).

As crianças geralmente apresentam sinais clínicos de piora nas 24 horas anteriores a parada cardiorrespiratória (PADILLA; MAYO, 2018), sendo muito importante reconhecer precocemente os sinais de alerta de deterioração, a fim de realizar intervenções para resposta rápida, evitando repercussões graves (MIRANDA et al., 2020; SENA et al., 2020).

A avaliação da criança em risco de deterioração clínica deve ser feita através de uma abordagem sistemática, mediante um modelo para avaliar, categorizar, decidir e agir (AHA, 2017; MATSUNO, 2012; FERNANDEZ; BENITO; MINTEGI, 2017). A padronização da abordagem oferece organização de perspectivas comuns e melhora a comunicação entre os profissionais, diminuindo o risco de perda de informações importantes ou falha na interpretação da avaliação em situação de grande estresse. Possibilita reconhecer sinais de alerta, devendo ser feito de forma contínua, reavaliando a criança sempre que necessário (DIECKMAN, 2010).

Ferramentas que sistematizam a avaliação, a exemplo dos Pediatric Early Warning Score (PEWS), veem sendo implementadas no cenário pediátrico e permitem a avaliação rápida da criança e identificação do estado geral, baseado em parâmetros clínicos

comportamental, respiratório e cardiovascular (ELENCAWJG et al., 2020).

OS PEWS, ou Escores Pediátricos de Alerta Precoce, são instrumentos que auxiliam a equipe na identificação de sinais de piora clínica à beira do leito. Foram desenvolvidos com a finalidade de alertar os profissionais quanto a detecção precoce de sinais de deterioração na criança, com base em pontuação. Quanto maior pontuação maior risco de gravidade (CHAPMAN et al., 2017).

No que tange o paciente pediátrico, além da avaliação clínica e uso de instrumentos de apoio, é importante considerar também as queixas e relatos dos pais/responsáveis pela criança, visto sua maior proximidade com o paciente. A comunicação compartilhada cria uma relação de cuidado tanto para criança, quanto para o familiar/responsável, de forma a compreender melhor o que se passa com a criança e facilitar a implementação da terapêutica proposta (SCHNEIDER et al., 2008).

Analisando a avaliação da deterioração pelos estudantes e de acordo com os autores que embasaram essa pesquisa, a avaliação da deterioração clínica deve ser feita com base na observação rápida do estado neurológico, trabalho respiratório e condição cardiovascular da criança, apoiada na semiotécnica aplicada. Além disso, o uso de escores de alerta precoce de deterioração clínica também podem auxiliar no processo de avaliação da criança.

Quanto a experiência na aplicação do EPA para reconhecimento da deterioração clínica, os estudantes referiram que, apesar de não terem aplicado em campo, devido a pandemia da COVID – 19, perceberam que nas simulações de casos clínicos, o EPA pôde contribuir para a identificação de sinais de deterioração clínica na criança.

A capacitação dos alunos participantes do estudo sobre reconhecimento da deterioração clínica em crianças hospitalizadas e aplicação do EPA vem sendo realizada desde 2019, mas devido à Pandemia da COVID-19 e suspensão das atividades presenciais, não foi possível sua aplicação em campo, sendo realizada por workshop online e simulações de casos clínicos. O uso de simulações de caso na enfermagem, possibilita ao estudante, desenvolver habilidades de organização, autoconfiança ao relacionar teoria à prática, pensamento crítico e identificação de informações necessárias que serão passadas aos supervisores (POLLETTINI et al., 2009).

Os alunos de graduação também referiram que o EPA é um instrumento objetivo, de fácil utilização, que permite avaliar de forma rápida e segura o estado clínico da criança, viabilizando a padronização da assistência, fator necessário para um cuidado de qualidade em tempo hábil.

Sistemas de pontuação tem contribuído na identificação precoce de sinais de alerta no cenário pediátrico, pois sua utilização na rotina assistencial, possibilita a gestão do cuidado de crianças em deterioração clínica pela equipe. No Brasil, o Brighton PEWS foi o primeiro escore de alerta precoce traduzido e adaptado para o contexto brasileiro (BPEWS-Br), em 2017. Estudos realizados para medir sua acurácia, reprodutibilidade e

aplicabilidade descreveram o instrumento como válido, confiável e viável para detectar sinais de alerta na criança (MIRANDA et al., 2017; 2019), contribuindo para a avaliação do enfermeiro e registro de informações importantes, sem a necessidade de equipamentos para avaliação clínica (MIRANDA et al., 2017).

A avaliação criteriosa e sistemática de sinais e sintomas de piora clínica é o primeiro passo para uma gestão eficaz do cuidado ao paciente em deterioração. Nesse sentido, instrumentos como o EPA, classificado como útil, confiável, com indicadores bem definidos e de fácil linguagem, podem apoiar essa avaliação. A implementação dessa ferramenta no cenário pediátrico pode otimizar a avaliação da enfermeira, por sua aplicação rápida; oferecer autonomia, orientando como agir, de acordo com o seu fluxo de ações; além de evitar complicações decorrentes da deterioração (OLIVEIRA, 2019).

O uso de sistemas de pontuação em ambiente hospitalar contribui para a realização de uma avaliação e intervenção em tempo oportuno. A avaliação rápida e sistemática por meio de um instrumento, permite ao profissional reduzir o tempo de detecção e intervenção, funcionando como um guia que auxilia a enfermeira na prática de prevenção de agravos decorrente das complicações da deterioração clínica (ELENCAWAJGA et al., 2020; MIRANDA et al., 2016).

O EPA, desenvolvido a partir do BPEWS-Br, mostrou-se instrumento capaz de cooperar na gestão do cuidado, auxiliar o enfermeiro a organizar a avaliação, identificar a deterioração clínica e documentá-la de forma contínua, permitindo intervir precocemente e promover a comunicação efetiva entre profissionais da equipe de saúde (OLIVEIRA et al., 2019).

Até o momento da conclusão desse estudo, só havia disponibilidade do EPA no formato impresso, o que foi apontado por um participante como uma fragilidade do escore, levantando a possibilidade de uma versão em formato digital. Essa narrativa mostra uma tendência atual ao uso de ferramentas digitais que auxiliem na gestão do cuidado. Com o avanço de tecnologias, o uso de ferramentas digitais aponta resultados satisfatórios na solução de problemas, possibilitando à enfermeira obter maior número de informações, colhendo e registrando dados de maneira rápida, alimentando o serviço de gestão e assistência (NERI; BRASILEIRO, 2019).

O excesso de informações contidas no EPA foi apontado no estudo, porém, a necessidade do escore incluir critérios clínicos bem definidos, baseados em evidências clínicas capazes de identificar a deterioração, pode dificultar a redução do seu tamanho. Entretanto, a validação de um escore mais enxuto não pode ser afastada.

Foram trazidas ainda, como limitações do EPA, seu uso restrito ao contexto hospitalar e sua linguagem formal. Destaca-se que a deterioração clínica pode ocorrer não apenas no cenário hospitalar, mas em casa ou nas unidades de atenção básica à saúde (UBS), de modo que profissionais que trabalham nas UBS também necessitam aprimorar o olhar para detectar, de forma precoce, sinais que expõem o paciente a situações de risco,

tendo em vista, proporcionar meios que diminuam ou melhorem complicações detectadas (POLLETTINI et al., 2009). Nesse sentido, o EPA ainda não foi validado para o contexto da atenção básica, lacuna essa que pode ser preenchida por estudos futuros.

Sobre o uso de uma linguagem formal, destaca-se que o EPA foi desenvolvido para profissionais da saúde, por isso exige linguagem técnica-científica. Para ter uma linguagem mais simples, o EPA teria que passar por uma nova adaptação para uso por pessoas leigas, o que também pode ser feito em estudos futuros.

Os pontos negativos secundários ao uso do instrumento, levantados pelos estudantes, recaem sobre a necessidade da educação continuada com os profissionais de saúde que aplicam o EPA na sua prática clínica, a fim de que utilizem o instrumento corretamente e evitem erros na classificação ou equívocos na interpretação dos resultados. O treinamento da equipe para a utilização de Escores Pediátricos de Alerta Precoce se faz necessário, visto que, quando realizado, otimiza o preenchimento do instrumento, resultando em uma aplicação mais segura e respaldada para a equipe (STEIN, 2017).

A capacitação permanente é um pré-requisito básico de aprimoração do conhecimento. Assim, treinar continuamente os profissionais de saúde no uso do EPA pode promover o reconhecimento precoce da deterioração clínica e a prevenção de desfechos desfavoráveis, o que pode impactar positivamente nos indicadores de qualidade da assistência pediátrica hospitalar.

5 | CONCLUSÃO

O presente estudo avaliou a percepção de estudantes de enfermagem quanto a aplicação do Escore Pediátrico de Alerta para reconhecimento da deterioração clínica em simulações de casos clínicos no ambiente virtual. Os estudantes compreendem o processo de deterioração na criança como um estado em que o paciente evolui para piora do quadro clínico, manifestando sinais de alerta de gravidade, condição que pode prolongar a permanência no hospital, causar incapacidade ou levar à morte.

O EPA foi descrito pelos participantes como um instrumento útil, objetivo, de fácil entendimento e utilização, que pode auxiliar estudantes e profissionais na avaliação do estado geral da criança, contribuindo para o reconhecimento precoce de sinais de deterioração clínica. O seu uso, pode contribuir na avaliação e identificação de sinais de piora clínica, principalmente para aqueles com pouca experiência prática, funcionando como um guia, direcionando o olhar clínico para possíveis alterações e orientando na tomada de decisões, de forma rápida e segura. É uma ferramenta de rápida leitura em situações de emergência, que permite a organização do fluxo e padronização das ações.

As fragilidades e limitações do EPA sinalizadas pelos estudantes foram a disponibilidade do instrumento apenas na forma impressa, o excesso de informações contidas, a linguagem formal e sua limitação de uso ao contexto hospitalar. Além disso,

para evitar o uso incorreto do EPA com classificação errônea ou equívocos na interpretação dos resultados, a educação em serviço sobre sua aplicação deve ser constante.

A limitação desse estudo se concentrou na impossibilidade de aplicação do EPA pelos estudantes durante as práticas de campo no espaço intra-hospitalar, visto que, em decorrência da pandemia, a aplicação ficou restrita a simulação de casos clínicos realizada no formato virtual.

Os resultados encontrados podem contribuir com a produção de estudos nacionais sobre a temática, além de reforçar a importância da aplicação dos escores pediátricos de alerta no ensino da graduação a fim de orientar estudantes no processo de avaliação, reconhecimento e gestão da deterioração clínica pediátrica, além da formação profissional do enfermeiro.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Abordagem sistemática à criança gravemente doente ou ferida**. In: . Suporte avançado de vida em pediatria manual do profissional. Estados Unidos da América: Orora Visual, p. 29-67, 2017.

CHAPMAN, S. M.; GROCOTT, M. P. W.; FRANCK, L. S. **Systematic review of pediatric alert criteria for identifying hospitalised children at risk of critical deterioration**. Intensive Care Medicine, Paris, v. 36, n. 4, p. 600-11, 2010.

CHAPMAN, Susan M. et al. **'The Score Matters': amplas variações no desempenho preditivo de 18 sistemas pediátricos de rastreamento e gatilho**. Arquivos de doença na infância, v. 102, n. 6, pág. 487-495, 2017.

CHAPMAN, S. M, et al. **Systematic review of pediatric track and trigger systems for hospitalised children**. Resuscitation, [s.l.]. v. 109, p. 87-109, dez. 2016. Disponível em: <[https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(16\)30377-X/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(16)30377-X/fulltext)>. Acesso em: 18 jul. 2018.

DIECKMANN, R. A.; BROWNSTEIN, D.; GAUSCHE-HILL, M. **The pediatric assessment triangle: a novel approach for the rapid evaluation of children**. Pediatric Emergency Care, v. 26, n. 4, p. 312-315, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/wMNz4V>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ELENCWAJG, M. et al. **Utilidad de una escala de alerta temprana como predictor precoz de deterioro clínico en niños internados**. Arch. argent. pediatr, p. 399-404, 2020 Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81170/1/9789241548373_eng>. Acesso em 18 jul. 2018.

FERNANDEZ, A.; BENITO, J.; MINTEGI, S. **Esta criança está doente? Utilidade do Triângulo de Avaliação Pediátrica em ambientes de emergência** ☆. Jornal de pediatria, v. 93, p. 60-67, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jped/a/5d8m7zZKJXcwDV9YM8cgFHx/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 de jun. 2021.

JONES, D. et al. **Defining clinical deterioration**. Resuscitation, Philadelphia, v. 84, n. 8, p. 1029-34, 2013. Disponível em: <[s2.0S0300957213000440main?tid=08d43c4463811e3a7a900000aacb35f&acdnat=1397743152_d21202c108ec0068d9d06d5752a6ff28](https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.05.010)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MIRANDA, J. O. F. et al. Deterioração clínica em crianças hospitalizadas: revisão integrativa de um escore pediátrico de alerta precoce. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, 10, n. 3, p. 1128-36, 2016a. Disponível em: <<http://goo.gl/J7fejf>>. Acesso em: 08 jul. 2017.

MIRANDA, J. O. F. et al. **Reconhecimento da deterioração das condições clínicas em crianças hospitalizadas**. In: GAÍVA, M. A. M.; TOSO, B. R. G. O.; MANDETTA, M. A. (Orgs.). PROENF – Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde da Criança e do Adolescente. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2016. p. 9-56. Associação Brasileira de Enfermagem/Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, ciclo 11.

MIRANDA, J. O. F. **Acurácia e reprodutibilidade de um escore pediátrico de alerta precoce de deterioração clínica**. 2017, 183 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

MIRANDA, Juliana de Oliveira Freitas et al. **Reprodutibilidade e aplicabilidade de um escore pediátrico de alerta de genética genética**. Revista Mineira de Enfermagem, v. 23, p. 1-6, 2019.

MIRANDA, J. O. F. et al. **Fatores associados à deterioração clínica reconhecida por um escore pediátrico de alerta precoce**. Texto Contexto Enferm. v. 29, e20180348, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-03488>>. Acesso em 30 mar. 2020

MATSUNO, A. K. **Parada cardíaca**. Medicina, Ribeirão Preto, v. 45, n. 2, p. 233-43, 2012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47599/51339>. Acesso em: 18 jun. 2019.

NERI, Y. C. S.; BRASILEIRO, M. S. E. **O uso de novas tecnologias no trabalho do enfermeiro: uma revisão sistemática**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed. 03, Vol. 10, pp. 113-124. Março de 2019.

NOSSA HISTÓRIA. Universidade Estadual de Feira de Santana, 2017. Disponível em: <<https://www.uefs.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=12>>. Acesso em: 15 de jun. 2017.

OLIVEIRA, T. L. **Validade e confiabilidade do Escore Pediátrico de Alerta (EPA) no reconhecimento da deterioração clínica**. 2019. 158f. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, 2019.

OLIVEIRA, T. L. et al. **Aplicação do Escore Pediátrico de Alerta (EPA) no reconhecimento precoce da deterioração clínica: relato de experiência**. In: SILVA, R. H. Inovação e tecnologia para o cuidar em Enfermagem 2. Ponta Grossa, PR: Athena, 2020. p. 148-155

OLIVEIRA, T. L. et al. **Desenvolvimento e validação de conteúdo do escore pediátrico de alerta**. Rev Soc Bras Enferm Ped., v. 21, n 2, p. 91-101, 2021. Disponível em: https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-21-2-0091/2238-202X-sobep-21-2-0091.x19092.pdf. Acesso em 20 fev 2022.

SENA, J. C. S. et al. **Reconhecimento da deterioração clínica pediátrica por enfermeiras na emergência: estratégias e cuidados**. Atena Editora, Ponta Grossa, v. 02, p. 200-216, 01 out. 2020. Disponível em: <<https://sistema.atenaeditora.com.br/index.php/admin/api/artigoPDF/42022>>. Acesso em: 01 nov. 2021.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni et al. **Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana.** *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 17, p. 81-89, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/WkYz54gmvJCdnLrMq69SZTD/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 mai. 2021.

SOLEVÂG, A.L et al. **Use of a modified pediatric early warning score in a department of pediatric and adolescent medicine.** *PLoS One*, v. 8, n. 8, e72534. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0072534>>. Acesso em 19 fev. 2019.

STEIN, C. **Pontuação do escore de bedside pews em uma enfermaria pediátrica e predição de deterioração clínica.** 2017. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/196986/001096516.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 mai. 2021.

SWARTZ, C. H. **Uma abordagem sistemática para gerenciar a deterioração clínica em unidades de internação no sistema de saúde.** 2011.

PADILLA, R.M.; MAYO, A. M. **Clinical deterioration: A concept analysis.** *Journal of Clinical Nursing*, San Diego, 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14238>>. Acesso em: 27 dez. 2019.

POLLETTINI, J. T. et al. **Vigilância em atenção básica à saúde a partir do uso de relevance feedback para classificação de pacientes em diferentes níveis de cuidado em saúde.** In: *Workshop de Informática Médica (evento paralelo ao XXIX Congresso da Sociedade Brasileira de Computação)*. 2009. p. 1945-1954. Disponível em: <http://csbc2009.inf.ufrgs.br/anais/pdf/wim/st01_05.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

ROUECHÉ, A.; RUNNACLES, J. **Improving care for the deteriorating child.** *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. v. 99, p. 61–66, 2014. doi:10.1136/archdischild-2013- 304326.

O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Data de aceite: 04/07/2022

Adriana Maria Alexandre Henriques

<http://lattes.cnpq.br/6346501230058027>

Débora Machado Nascimento do Espírito Santo

Cláudia Carina Conceição dos Santos

Elisa Justo Martins

Liege Segabinazzi Lunardi

Flávia Giendruczak da Silva

RESUMO: A equipe de Enfermagem possui os profissionais que mais se envolvem nos cuidados à criança em tratamento com câncer. Por estarem presentes em toda internação, estão mais atentos aos sinais que possam indicar um quadro mais grave da doença, além de fornecerem o suporte emocional necessário, auxiliando o paciente e a família nesse suporte, melhorando o estado geral da criança oncológica e trazendo maiores chances de cura. O presente estudo é uma revisão bibliográfica, com o objetivo de trazer dados da literatura que descrevam as ações de enfermagem prestadas aos pacientes oncológicos em pediatria hospitalizados, analisando alguns fatores associados envolvidos, sejam eles sociais, psicológicos e/ou fisiológicos. Foram pesquisados artigos científicos nas bases de dados Bireme, LILACS e SciELO, no período de 1997 a 2020. Foram utilizados artigos publicados, na íntegra, em português.

Os resultados trouxeram aspectos como a humanização da assistência, incluindo a família em todo o processo de cuidado, a comunicação, incluindo o direito à informação sobre o tratamento e a doença e o manejo adequado da dor. Conclui-se, portanto, que os profissionais de Enfermagem têm papel primordial no processo de cuidar da criança em tratamento oncológico.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de enfermagem. Quimioterapia. Câncer oncológico.

ABSTRACT: The Nursing team has the professionals who are most involved in caring for children undergoing cancer treatment. As they are present throughout hospitalization, they are more attentive to signs that may indicate a more serious condition of the disease, in addition to providing the necessary emotional support, helping the patient and family in this support, improving the general condition of the oncological child and bringing greater chances of cure. The present study is a literature review, with the aim of bringing data from the literature that describe the nursing actions provided to hospitalized pediatric cancer patients, analyzing some associated factors involved, whether social, psychological and/or physiological. Scientific articles were searched in Bireme, LILACS and SciELO databases, from 1997 to 2020. Articles published in full in Portuguese were used. The results brought aspects such as the humanization of care, including the family throughout the care process, communication, including the right to information about the treatment and the disease, and adequate pain management. Therefore, it is concluded that nursing professionals have a

fundamental role in the process of caring for children undergoing cancer treatment.

KEYWORDS: Nursing care. Chemotherapy. Oncological cancer.

INTRODUÇÃO

De acordo com dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2009), o câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. As causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando inter-relacionadas.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2009):

“O câncer pode acometer todas as faixas etárias, ou seja, crianças, adolescentes, adultos e idosos. O câncer infantil corresponde a um grupo de várias doenças que tem em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo”

O câncer infantil é causado por modificações no DNA das células que acontecem muito cedo ou até antes do nascer. Diferente de muitos cânceres em pessoas com mais idade, o câncer infantil não está associado ao estilo de vida e a fatores ambientais.

O câncer é a principal causa de morte por doença em crianças e adolescentes na faixa de 1 a 19 anos no Brasil, assim como nos países desenvolvidos. Uma das alternativas para mudar esse dado é a atenção aos sinais e sintomas, uma vez que em crianças e adolescentes a doença tem evolução rápida. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado proporcionam chances de até 80% de cura. A maioria deles terá boa qualidade de vida após o tratamento adequado. Mas o tratamento do câncer infantil é complexo e exige cuidados especiais. O diagnóstico e o cuidado de enfermagem são essenciais para identificar precocemente urgências, emergências, e para efetividade de todo tratamento da criança e adolescente com câncer. A descoberta do diagnóstico do câncer, gera mudanças significativas no modo de vida, alterações físicas e principalmente emocionais por conta da dor e desconforto. Nesse sentido, desde o diagnóstico até as etapas de tratamento, a criança precisa também de um suporte psicossocial, o que demanda de toda uma equipe multiprofissional, visto que a cura não deve ser baseada apenas na recuperação biológica, incluindo assim, o bem-estar e a qualidade de vida.

O processo da hospitalização ocasiona de forma abrupta experiências que podem se tornar traumáticas para a criança, que se dá pela falta da rotina em que vivia, do brincar, que durante essa faixa etária é a melhor diversão para eles, do distanciamento da escola, dos amigos e do convívio familiar. E acabam sendo inseridos às restrições do ambiente hospitalar. Assim, surgem novas condições às quais essas crianças jamais pudessem

imaginar viver. O medo, a tristeza, a ansiedade, a falta de apetite, a perda da autoestima e a perda da vontade de brincar e conversar. Além dessas dificuldades enfrentadas, ainda existem as que são do processo do próprio tratamento que acarreta efeitos colaterais físicos como a perda dos cabelos, peso, mutilações e a dor. É necessário, então, garantir uma prática de enfermagem efetivamente integral e humanizada. Esse é um momento singular na vida da criança com câncer pois altera o cotidiano desta. Sendo assim, qual o papel da equipe de enfermagem diante da criança hospitalizada com câncer?

Ressalta-se que o papel da enfermagem frente à criança hospitalizada com câncer é de fundamental importância, pois o mesmo é a peça fundamental para a transmissão de informações e explicações sobre diagnóstico da doença, tanto aos pacientes quanto aos familiares.

Assim sendo, esta revisão se faz importante, uma vez que, o assunto abordado ajudará ao profissional de saúde e aos familiares ou cuidadores a entenderem melhor o processo da doença passando por esse momento de forma mais amena, pois a criança perceberá esse novo contexto que passou a existir para ela de uma forma mais leve, criando um ambiente mais confortável, onde a ansiedade, o estresse e o medo diminuem. Assim criam-se laços mais estreitos entre profissional e paciente.

Esse trabalho proporcionou perceber que o sofrimento da enfermagem no cuidado à criança com câncer ainda é pouco abordada na literatura científica, mas vem crescendo no decorrer dos anos, mostrando a relevância da temática hoje em dia.

MATERIAL E MÉTODOS

O profissional de enfermagem é, certamente, um dos pilares do atendimento ao paciente pediátrico oncológico onde a clientela apresenta vulnerabilidade e condições clínicas predispostas a infecções, desgaste emocional e dor. Os mecanismos de defesa desses pacientes já estão comprometidos, tanto pela doença motivadora da hospitalização quanto pelas intervenções necessárias para o diagnóstico e tratamento, procedimentos, por sua vez, invasivos ou imunossupressivos.

Para tanto, foi elaborada uma revisão narrativa da literatura, resultado de uma pesquisa bibliográfica - cujas fontes são livros, artigos e referências publicadas em meios eletrônicos, desenvolvida mediante a exposição do pensamento de especialistas no assunto.

Considera-se, portanto, da maior importância uma análise da produção científica nacional, relacionada à pacientes internados em unidade de internação pediátrica oncológica, visto que a qualidade da assistência está totalmente relacionada a uma contínua avaliação das ações de enfermagem no que diz respeito às técnicas utilizadas durante o processo de assistência, essencial para a construção de um cuidado focado em melhorias que repercutam diretamente na segurança do paciente e por sua vez na

qualidade dos serviços de saúde que produzam um maior bem-estar durante o tratamento, objetivo desta pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A hospitalização é vista como uma situação extremamente desgastante na vida de qualquer ser humano e tem contornos delicados quando se trata de um acontecimento na infância, pois afeta a vida familiar, implicando a mudança de rotina de todos os membros da família (QUIRINO; COLLET; NEVES, 2010). Para a criança, o tratamento vem alterar rapidamente o seu momento de vida atual, as suas perspectivas e as suas possibilidades de escolhas. Ela é retirada bruscamente do convívio social a que estava acostumada, devido à sua nova condição, e passa a habitar em um mundo estranho e doloroso: o mundo do hospital, dos medicamentos e seus efeitos; do tratamento e seus procedimentos invasivos, do afastamento dos amigos e da escola (MARQUES, 2004). Segundo Maranhão et al. (2011) e Paro et al. (2005), no momento da hospitalização, a assistência à criança deve começar inicialmente centrada na família, uma vez que esta é considerada a unidade primária do cuidado, bem como peça-chave capaz de facilitar todo o processo que envolve esse cuidar. Por isso, segundo Costa e Ceolin (2010), esse apoio é crucial para a família, já que o diagnóstico do câncer frequentemente causa um choque, percebido pelo desespero desses pais, que acreditam ser uma doença incurável, relacionando-a, muitas vezes, com a morte. No tema proposto descrevemos como os enfermeiros se sentem frente à criança oncológica e seus familiares. Os profissionais de enfermagem ficam bastante mobilizados emocionalmente diante dos pacientes oncológicos, visto que a doença traz o estigma do sofrimento e da morte. A relação entre câncer e morte, decorrente de conceitos errôneos relacionados com tal morbidade, é frequente e contribui, nesse contexto social, para um comportamento de fuga na maioria das pessoas. Tanto técnicos de enfermagem como enfermeiros estão em contato permanente com esses pacientes e participam ativamente de todo o processo do adoecer. Por isso, são capazes de reconhecer as variações das características dos indivíduos, de acordo com as etapas de evolução da doença e também com a fase do desenvolvimento em que o paciente se encontra, compreendendo assim, os sentimentos dessa criança/adolescente e seus próprios sentimentos diante do câncer. Situações de penosidade, sofrimento e morte, são exacerbadas pelas características da demanda e do ambiente de trabalho. Esse contexto, em que se exige uma assistência qualificada, avaliando o paciente e sua família integralmente, requer dos profissionais um movimento de entrega.

São os profissionais de enfermagem, que o paciente e a família buscam quando necessitam de esclarecimentos ou de cuidados imediatos. Assim, a enfermagem lida com o sofrimento, com a angústia e com os temores que surgem durante esse cuidar que deve ser holístico e humanizado.

Uma assistência de qualidade, para ser considerada efetiva, Busca uma equipe de enfermagem que possua o conhecimento da patologia em si e, além disso, a habilidade para lidar com os próprios sentimentos e não permitir que estes influenciem na prestação do cuidado.

As situações vivenciadas por esses pacientes devem ser compartilhadas com a equipe de enfermagem. A partir disso, é traçado um plano de ação de enfermagem para que o cuidado realmente seja eficaz e se torne uma relação de ajuda para o doente e a família. Profissionais de saúde são formados para prolongar a vida e promover a cura. Em casos de pacientes terminais, eles são confrontados com seus limites e impotências gerando um sentimento de culpa, o que pode resultar em negação e fuga da realidade.

Para isso que isso não ocorra, é primordial o controle emocional, o amplo conhecimento da patologia, a disponibilidade, a flexibilidade, a capacidade de interação, o reconhecimento de limites e a postura ética que possam garantir a discrição e a segurança emocional na relação terapêutica.

CONCLUSÃO E RESULTADOS

Observamos que a oncologia é uma das áreas que mais causa dor, sofrimento, ansiedade e estresse à equipe de enfermagem. Assim, essa revisão nos trouxe subsídios que a enfermagem oncológica deve deixar a tradicional visão de que doam cuidados básicos e assumir a posição de educadores e apoio aos familiares, os quais deverão continuar o seu papel de cuidadores, mesmo depois da alta hospitalar. Os pais são parceiros no atendimento, e não devem se alienar no processo de cuidar. A enfermagem não está isenta de suas responsabilidades, muito pelo contrário, a mesma exercita o potencial educativo de acordo com os conhecimentos que detém e que devem ser compartilhados com esses pais tão sofridos.

O envolvimento emocional com o paciente oncológico é desgastante, especialmente nos casos em que o prognóstico de cura é remoto, traduzindo em sentimento de impotência e frustração por parte dos profissionais de enfermagem.

O contato com a morte gera sensação de impotência na equipe de enfermagem. Há sofrimento advindo do envolvimento com a criança e sua família e há sensação de impotência frente à evolução muitas vezes negativa da doença. As limitações e a necessidade de lidar com elas de alguma maneira, resultam em sensações de tristeza extrema. Esse comportamento decorre da angústia após perceber que o câncer pode levar à morte, independente dos esforços realizados pela equipe multidisciplinar e pela família.

O profissional de enfermagem é, com certeza, um dos pilares do atendimento em Oncologia Pediátrica e um dos principais, senão o principal agente na tomada de decisão num ambiente tão vulnerável, onde a clientela atendida apresenta doenças ou condições clínicas desfavoráveis.

O processo de cuidado de enfermagem, no entanto, vem se tornando cada dia mais complexo e dinâmico e, por isso, exigindo dos enfermeiros principalmente um aprimoramento constante no que se refere à assistência segura dos pacientes, através de cursos de atualização e capacitação e até postura de liderança na equipe integrada à equipe multidisciplinar. Para isso, a enfermagem reconhece que o tratamento da criança com câncer deve ser abrangente, focando a atenção não só às necessidades físicas, mas também às necessidades psicológicas e sociais. A assistência de enfermagem deve ser feita de forma individualizada e humanizada, minimizando assim os efeitos traumáticos, incluindo a família sempre em todo o processo do cuidado, disponibilizando de forma transparente o direito à informação sobre o tratamento e a doença e preparando a criança envolvida para receber os procedimentos, adotando medidas para o alívio da dor e desconforto, como também proteger a tomada de decisão da família da criança.

Além disso, discussões periódicas entre as equipes de saúde, em seminários, encontros clínicos e treinamentos, referentes aos problemas que enfrentam no dia a dia, podem aumentar o nível de conhecimento e trazer resultados mais imediatos e promissores.

REFERÊNCIAS

1. Costa JC, Lima RAG. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 março-abril; 13(2):151-7.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Oncologia: cuidado de enfermagem à pessoa com câncer. In: Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.252-3. 2.
3. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 março-abril; 13(2):151-7. 10. Lemos FA, Lima RAG, Mello DF. Assistência à criança e ao adolescente com câncer: a fase da quimioterapia intratecal. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2004 maio/jun;12(3):485-93. 11.
4. O enfermeiro e o cuidar em Oncologia Pediátrica The nurse and the caring in Pediatric Oncology Unit Daniela Paro1 ; Juliana Paro1 ; Daise L.M. Ferreira Arq Ciênc Saúde 2005 jul-set;12(3):151-57
5. COSTA, Thailly Faria da; CEOLIN, Maria Filomena. A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p.776-784, 2010.
6. MARANHÃO, Nome et al. A humanização no cuidar da criança portadora de câncer: fatores limitantes e facilitadores. *J Health Sci Inst.*, Piauí, v.29, n.2, p.106-109, 2011.
7. QUIRINO, Daniela Dias; COLLET, Neuza; NEVES, Ana Flávia Gomes de Britto. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v.32, n.2, p. 300306, 2010.
8. MARQUES, Ana Paula Felipe de Souza. Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. *Psicol. hosp. (São Paulo)*., São Paulo, v. 2, n.2, 2004. Disponível em: . Acesso em: 12 jun. 2021.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS NA PRIMEIRA INFÂNCIA COM DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) QUE TRABALHAM EM PRONTO SOCORRO NO DISTRITO FEDERAL

Data de aceite: 04/07/2022

Edneia Rodrigues Macedo

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/9551587348693696>

Ligia Canongia de Abreu Cardoso Duarte

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/0586479863892582>

Mikaela Pereira Lourenço

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/5466278610902589>

Roxissandra Alves Ferreira

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/1538619121037304>

RESUMO: Introdução: Apesar de as Infecções do Trato Urinário (ITUs) estarem entre as infecções bacterianas mais comuns entre os pacientes pediátricos, mais de metade pode não ser detectada no primeiro contato, podendo culminar em possíveis complicações. Assim, objetivou-se avaliar a atuação do Enfermeiro no manejo de ITU em crianças na primeira infância. **Métodos:** Estudo de campo, de caráter descritivo, observacional do tipo transversal, com abordagem quantitativa, do tipo exploratória, com aplicação de dez questionários a enfermeiras e técnicas de enfermagem que atuam em pronto socorro no Distrito Federal. **Resultados:**

60% disseram já terem participado de algum treinamento relativo ao manejo de pacientes pediátricos com ITU. Conforme 60% existe protocolo por parte da instituição para atuar junto aos pacientes pediátricos durante as consultas, caso estes apresentarem febre igual ou superior a 38°C e nenhum outro sintoma aparente. 60% consideram relevantes as investigações de fatores de risco presentes. Segundo 80%, ao lidar com casos suspeitos de ITUs em crianças, são, em geral, indicados medicamentos de tratamento preventivo antes de se ter acesso aos resultados diagnósticos. 60% responderam que em casos recorrentes de ITUs em crianças, em geral, são pedidos exames diagnósticos mais aprofundados. 50% disseram existir, por parte da instituição, alguma recomendação acerca dos problemas relacionados ao uso excessivo de profilaxia antibiótica para a prevenção de possíveis infecções recorrentes de ITUs. 70% disseram que atividades de educação em saúde não costumam ocorrer. 100% das entrevistadas acreditam que uma maior quantidade de pesquisas científicas acerca da atuação do enfermeiro no manejo junto a pacientes pediátricos com ITU pode contribuir para que se ampliem qualitativamente o conhecimento do enfermeiro acerca deste assunto. **Conclusão:** O enfermeiro se constitui num profissional de grande relevância no manejo de pacientes pediátricos com ITU, devendo sempre participar de ações de promoção à saúde que envolvam a educação continuada, com embasamento técnico e científico.

PALAVRAS-CHAVE: Infecções do Trato Urinário (ITUs); paciente pediátrico; enfermagem.

ABSTRACT: Introduction: Although Urinary Tract Infections (UTIs) are among the most common bacterial infections among pediatric patients, more than half may not be detected in the first contact, which can lead to possible complications. Thus, the objective was to evaluate the role of nurses in the management of UTI in children in early childhood. **Methods:** Field study, descriptive, observational, cross-sectional, with a quantitative approach, exploratory, with the application of ten questionnaires to nurses and nursing technicians who work in the emergency room in the Federal District. **Results:** 60% said they had already participated in some training related to the management of pediatric patients with UTI. According to 60%, there is a protocol by the institution to work with pediatric patients during consultations, if they have a fever equal to or greater than 38°C and no other apparent symptoms. 60% consider investigations of present risk factors relevant. According to 80%, when dealing with suspected cases of UTIs in children, preventive treatment drugs are generally indicated before having access to diagnostic results. 60% responded that in recurrent cases of UTIs in children, in general, more in-depth diagnostic tests are requested. 50% said that the institution had some recommendation regarding the problems related to the excessive use of antibiotic prophylaxis for the prevention of possible recurrent UTI infections. 70% said that health education activities do not usually occur. 100% of the interviewees believe that a greater amount of scientific research on the role of nurses in the management of pediatric patients with UTI can contribute to the qualitative expansion of nurses' knowledge on this subject. **Conclusion:** The nurse is a highly relevant professional in the management of pediatric patients with UTI, and should always participate in health promotion actions that involve continuing education, with technical and scientific basis.

KEYWORDS: Urinary Tract Infections (UTIs); Pediatric patient; Nursing.

INTRODUÇÃO

As Infecções do Trato Urinário (ITUs) estão entre as infecções bacterianas mais comuns entre os pacientes pediátricos. Define-se como a invasão, multiplicação e colonização do trato urinário por microrganismos vindos, geralmente, da região perineal (VITAL et al., 2021). Até 8% das crianças terão pelo menos uma ocorrência de ITU entre as idades de 1 mês e 11 anos, e até 30% dos bebês e crianças, durante os primeiros seis a doze meses, apresentam infecções recorrentes de ITU (SILVA et al., 2019). Aproximadamente 5 das crianças que dão entrada no pronto-socorro com suspeita de ITU requerem internação hospitalar (STULTZ et al., 2021).

Apesar da relevância do tema, Boon et al. (2021) advertem que no atendimento ambulatorial, mais de metade das ITUs em crianças pode não ser detectada no primeiro contato, podendo culminar em possíveis complicações. Segundo Rodríguez-Lozano (2017), devido às possíveis complicações que podem levar à internação hospitalar de longa duração, sobretudo em crianças, como cicatrizes renais, hipertensão ou doença crônica, as ITUs se constituem num importante problema de saúde pública.

Apesar dos avanços, o manejo pediátrico de ITUs permanece desafiador e controverso, pelo fato de o acompanhamento e tratamento envolver várias questões

importantes e envolverem várias decisões (SILVA et al., 2019). Neste sentido, têm-se a seguinte problemática: “Qual a importância da atuação do enfermeiro no manejo de Infecção do Trato Urinário em crianças na primeira infância?”. Parte-se da hipótese de que o conhecimento das características e da fisiopatologia da ITU é essencial para orientar estratégias voltadas ao seu melhor manejo.

Tendo em vista que o manejo adequado do paciente é de suma importância, a fim de se evitar complicações de longo prazo, é de suma relevância a abordagem que trata da importância da atuação do enfermeiro no manejo de Infecção do Trato Urinário em crianças na primeira infância.

Assim, tem-se por objetivo avaliar a atuação do Enfermeiro no manejo de Infecção do Trato Urinário em crianças na primeira infância.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo de campo, com caráter descritivo, observacional do tipo transversal, com abordagem quantitativa, do tipo exploratória. A amostra foi composta de 10 enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam em pronto socorro no Distrito Federal. Os critérios de inclusão considerados foram: enfermeiros que atuam diretamente com crianças e aceitaram fazer parte de forma voluntária. Quanto aos critérios de exclusão foram adotados: enfermeiros que não concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os que não assinarem o TCLE.

A fim de cumprir com as diretrizes estabelecidas pela Resolução 466/12 do CNS/MS, o presente projeto de pesquisa foi submetido, por meio da Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética da Universidade Paulista (UNIP) e teve parecer de aprovação número CAAE 55192822.1.0000.5512. Todos os que se dispuserem a participar leram, concordaram e assinaram o TCLE.

O instrumento de pesquisa consistiu em um questionário com dez questões objetivas, aplicado de maneira online por meio do Google forms, resultando em dados quantitativos que foram organizados em planilhas elaboradas no Programa Microsoft Excel. Após tabulação dos dados foram calculadas medidas de tendência central.

Os artigos que compuseram a parte discursiva da pesquisa foram extraídos de base de dados especializadas, tais como Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Foram utilizados os seguintes Descritores de Saúde (Decs), de forma isolada ou associada: “Infecções urinárias”, “criança”, “enfermagem”, bem como os termos em inglês: “*Urinary tract infections*”, “*Child*”, “*Nursing*”.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: textos em português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra, publicados nos últimos cinco anos (2018-2022) e cuja abordagem

foi voltada ao tema da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: pesquisas onde a ITU esteja relacionada a outras patologias e textos sem acesso livre.

RESULTADOS

Foram aplicados 10 (dez) questionários a enfermeiras e técnicas de enfermagem que atuam em pronto socorro no Distrito Federal, sendo todas as participantes mulheres. A primeira questão objetivava visava saber se as profissionais já participaram de algum treinamento relativo ao manejo de pacientes pediátricos com ITU. 6 participantes (60%) responderam que sim e 4 (40%) responderam que não (Tabela 1).

	n	%
SIM	06	60
NÃO	04	40
TOTAL	10	100

Tabela 1. Participação em treinamento relativo ao manejo de pacientes pediátricos com ITU.

Fonte: Produzido pela autora.

As participantes foram também questionadas se durante as consultas de enfermagem junto aos pacientes pediátricos, quando estes apresentam febre igual ou superior a 38°C e nenhum outro sintoma aparente, há algum protocolo da instituição para “encaixá-lo” como paciente com suspeita de ITU. 6 participantes (60%) responderam que sim (há protocolo), 3 (30%) responderam que não (não existe protocolo), e 1 (10%) pulou a questão. Quando se questionou se em geral, durante as consultas de enfermagem junto às crianças com suspeitas de ITU, consideram-se relevantes as investigações de fatores de risco presentes, os resultados foram idênticos: 6 (60%) responderam que sim, 3 (30%) responderam que não e 1 (10%) pulou a questão (Gráfico 1).

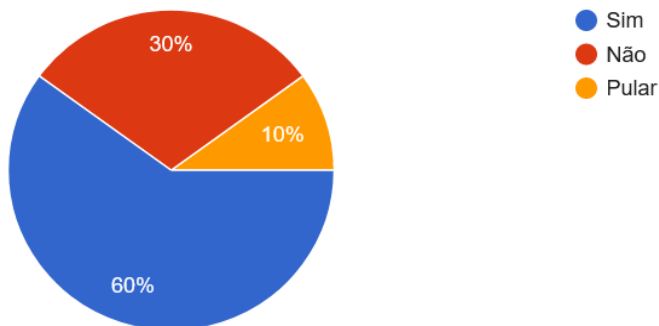


Gráfico 1. Existência de protocolo para suspeita de ITU e relevância da investigação dos fatores de risco para ITU.

Fonte: Produzido pela autora.

Foi perguntado se ao lidar com casos suspeitos de ITUs em crianças, são, em geral, indicados medicamentos de tratamento preventivo antes de se ter acesso aos resultados diagnósticos. 8 (80%) responderam que sim, tais medicamentos são indicados, e 2 (20%) responderam que não, que tais medicamentos não são indicados (Gráfico 2).

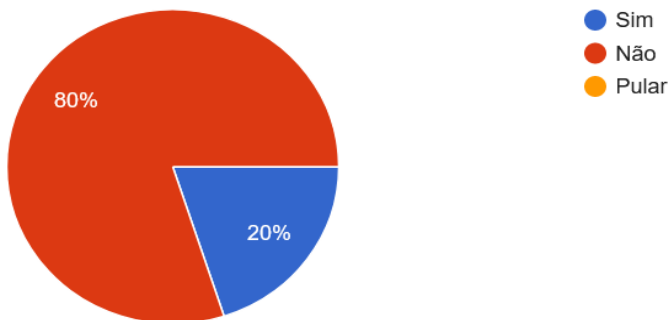


Gráfico 2. Indicação de medicamentos de tratamento preventivo ao se lidar com casos suspeitos de ITUs em crianças.

Fonte: Elaborado automaticamente pelo Google Forms.

Já com relação aos casos recorrentes de ITUs em crianças, em geral, questionou-se se são pedidos exames diagnósticos mais aprofundados. 6 (60%) responderam que sim, 1 (10%) respondeu que não e 3 (30%) pularam a questão (Gráfico 3).

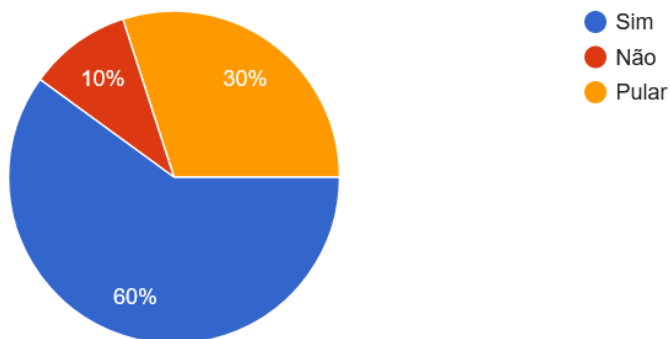


Gráfico 3. Pedidos de exames diagnósticos em casos recorrentes de ITUs em crianças.

Fonte: Elaborado automaticamente pelo Google Forms.

Uma das questões pretendia saber se existe, por parte da instituição, alguma recomendação acerca dos problemas relacionados ao uso excessivo de profilaxia antibiótica para a prevenção de possíveis infecções recorrentes de ITUs. 5 (50%) das participantes disseram que sim, 4 (40%) disseram que não e 1 (10%) pularam a questão (Tabela 2).

	n	%
SIM	5	50%
NÃO	4	40%
PULAR	1	10%
TOTAL	10	100%

Tabela 2. Existência de recomendações acerca dos problemas relacionados ao uso excessivo de profilaxia antibiótica para prevenção de possíveis infecções recorrentes de ITUs.

Fonte: Produzido pela autora.

Com relação à realização de atividades de educação em saúde (por exemplo, grupos, rodas de conversa, orientações em consultas individuais) com as famílias acerca de ITUs em crianças, 3 (30%) das participantes disseram que estas costumam ocorrer, ao passo que 7 (70%) disseram que estas não costumam ocorrer (Gráfico 4).

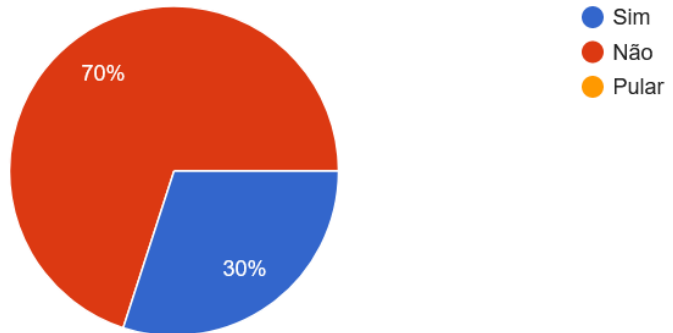


Gráfico 4. Realização de atividades de educação em saúde com as famílias acerca de ITUs em crianças.

Fonte: Elaborado automaticamente pelo Google Forms.

A última questão queria saber se, na opinião das participantes, uma maior quantidade de pesquisas científicas acerca da atuação do enfermeiro no manejo junto a pacientes pediátricos com ITU pode contribuir para que se ampliem qualitativamente o conhecimento do enfermeiro acerca deste assunto. A resposta sim foi unânime entre os 10 participantes (100%) (Gráfico 5).

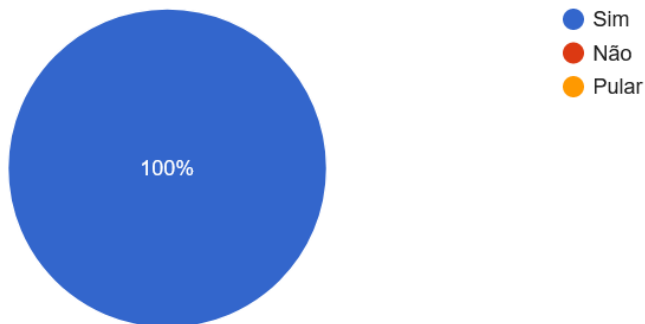


Gráfico 5. Possível contribuição de uma maior quantidade de pesquisas científicas acerca da atuação do enfermeiro no manejo junto a pacientes pediátricos com ITU.

Fonte: Elaborado automaticamente pelo Google Forms.

DISCUSSÃO

No presente estudo acerca da atuação do Enfermeiro no manejo de Infecção do Trato Urinário em crianças na primeira infância, onde aplicou-se questionário a 10 enfermeiras e técnicas de enfermagem que atuam em pronto socorro no Distrito Federal, evidenciou-se que 60% responderam já terem participado em treinamento relativo ao manejo de pacientes pediátricos com ITU.

As diretrizes acerca do manejo de ITUs em crianças são elaboradas com base em pressupostos que estimulam o diagnóstico e tratamento, bem como em uma investigação abrangente a fim de prevenir uma cadeia de eventos deletérios a longo prazo. Os objetivos do manejo adequado de crianças com ITU são: resolução dos sintomas agudos relacionados à infecção; reconhecimento imediato de bacteremia concomitante, sobretudo em bebês menores de dois meses de idade; prevenção de dano renal por erradicação do patógeno bacteriano; identificação de anormalidades do trato urinário e prevenção de infecções recorrentes (SILVA et al., 2019).

Com relação à existência de protocolos durante as consultas de enfermagem junto aos pacientes pediátricos, quando estes apresentam febre igual ou superior a 38°C e nenhum outro sintoma aparente, 60% responderam que sim, que existem protocolos. De igual forma, 60% também responderam considerar relevantes as investigações de fatores de risco presentes, durante as consultas de enfermagem junto às crianças com suspeitas de ITU.

Nas últimas duas décadas ocorreram profundas mudanças em relação ao manejo de crianças com ITU febril, e os resultados do novo corpo de conhecimentos levaram a uma revisão das diretrizes existentes, sendo que os debates para a formulação de um protocolo ideal ainda estão em andamento (SILVA et al., 2019).

Durante o exame físico às crianças com suspeitas de ITU com febre igual ou superior

a 38°C, é preciso excluir qualquer outra fonte de febre, devendo-se ater a outros aspectos como parâmetros de crescimento, pressão arterial, abdominal detalhado e exame de flanco, procurando massas palpáveis ou sensibilidade, como também análise da genitália externa para distúrbios anatômicos e circuncisão *status*. Deve-se avaliar a parte inferior das costas em relação a sinais de meningomielocèle oculta (como seios da face, área de pigmentação e tufo de cabelo ou lipoma) (ALBARRAK, 2021).

No momento da anamnese e no exame físico é muito importante procurar fatores predisponentes a UTIs, bem como às suas complicações. Complicações agudas incluem sepse, formação de abscesso renal e lesão renal aguda. Histórico de diminuição do débito urinário pode ser decorrente de desidratação ou lesão renal aguda. São fatores predisponentes de ITU em crianças: disfunção intestinal e de bexiga; anormalidades do trato urinário; cateteres de demora; estado de imunossupressão; não circuncisão (no caso dos meninos); e histórico de cálculos renais ou de bexiga (TAN et al., 2021).

São diversos os fatores de risco que aumentam a prevalência e a recorrência da ITU, tais como: fatores sociodemográficos, residir em área rural, pertencer a um nível social econômico mais baixo, estar sob os cuidados de terceiros, bem como circunstâncias clínicas, tais como alterações anatômicas (sinéquias vulvar e fimose), constipação, balanite, história de ITU e malformações detectadas por ultrassom, que podem contribuir para um alto risco de reinfecção, disfunção renal e patologias crônicas (REGALADO et al., 2021).

Durante a infância, a epidemiologia da ITU varia conforme o sexo, idade, estado de circuncisão e outros fatores. Durante o primeiro ano de vida, sobretudo nos três primeiros meses, os meninos (não circuncidados) são mais suscetíveis, tendo em vista que a retração limitada do prepúcio está significativamente associada ao aumento de inflamações (FENTA et al., 2020). Em crianças maiores, a incidência é principalmente maior no sexo feminino, devido às diferenças anatômicas, uma vez que o menor comprimento uretral em meninas aumenta a probabilidade de uma infecção ascendente da uretra até a bexiga e o sistema urinário superior (ALSUBAIE; BARRY, 2019).

80% das participantes confirmaram a indicação de medicamentos para o tratamento preventivo antes de se ter acesso aos resultados diagnósticos e 50% disseram existir recomendação, por parte do hospital, acerca dos problemas relacionados ao uso excessivo de profilaxia antibiótica para a prevenção de possíveis infecções recorrentes de ITUs.

Entre bebês e crianças pequenas, as ITUs estão entre as infecções bacterianas mais comuns (LIGNIERES, et al., 2021; MAY, 2018; PILAR et al., 2020). Está associada à morbidade significativa, requerendo antibioticoterapia empírica de amplo espectro (MEENA et al., 2021). Por este motivo, embora o diagnóstico de ITU seja algo relativamente simples, visto que se baseia na confirmação microbiológica obtida por meio da cultura de urina, recomenda-se o início de tratamento antibiótico empírico precoce nos casos suspeitos, a fim de se evitar potenciais complicações, sobretudo em crianças menores (MONTAGNANI, 2021).

O risco de resistência antimicrobiana associada ao tratamento e profilaxia antibiótica do ITU é preocupante (MEENA et al., 2021). Ainda assim, os antibióticos são as principais medidas de prevenção e tratamento, tendo em vista que a ITU é causada, principalmente, por bactérias (ZHANG et al., 2021). O uropatógeno mais comum em ITU pediátrica é a *Escherichia coli*. Outros incluem *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Proteus*, *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Enterococcus*, *Staphylococcus Saprophyticus*, e raramente *Staphylococcus aureus* (ALBARRAK, 2021; ROBINO et al., 2020; PINZÓN-FERNANDEZ et al., 2018). Após um primeiro episódio, recorrente, as infecções podem ocorrer dentro de um prazo de 6 a 12 meses, podendo a infecção ser adquirida na comunidade ou como uma complicação relacionada à hospitalização (CELEP; ÖZÇELIK, 2021).

Em geral, inicia-se com antibióticos a profilaxia a pacientes com risco de ITU recorrente, incluindo aqueles com anormalidades subjacentes do trato urinário. Todavia, o uso de profilaxia antibiótica na prevenção de ITU pediátrica tem sido amplamente debatido nas últimas décadas, em virtude dos recentes estudos que demonstram que em detrimento dos benefícios, a exposição a antibióticos profiláticos tendem a aumentar a probabilidade de infecções recorrentes e mais resistentes (TAN et al., 2021).

É preciso considerar os problemas relacionados ao uso excessivo de profilaxia antibiótica para prevenção de possíveis infecções recorrentes, sendo a principal delas o advento de cepas de microrganismos resistentes a antibióticos (ALSUBAIE; BARRY, 2019). É muito importante que se faça o diagnóstico correto a fim de se avaliar e tratar crianças com risco de desenvolver ITU e cicatrizes renais, bem como para evitar sobre diagnóstico e tratamentos desnecessários (GONZALEZ, et al., 2019).

Apesar da importância da realização de atividades de educação em saúde, 70% das participantes disseram que estas não costumam ocorrer no hospital. Porém, todas as participantes consideraram importante uma maior quantidade de pesquisas científicas acerca da atuação do enfermeiro no manejo junto a pacientes pediátricos com ITU, como forma de contribuição para a ampliação qualitativa e o conhecimento do enfermeiro acerca deste assunto.

Embora as infecções do trato urinário sejam problemas comuns na população pediátrica e o diagnóstico e tratamento serem por vezes desafiadores, a morbidade e a mortalidade podem ser evitáveis com uma intervenção adequada (CELEP; ÖZÇELIK, 2021). Pelo fato de o enfermeiro exercer uma função fundamental no manejo de pacientes pediátricos com ITU, faz-se necessário a elaboração de ações de promoção à saúde, envolvendo a educação continuada, com embasamento técnico e científico (PINTO et al., 2021).

CONCLUSÃO

As ITUs estão entre as infecções bacterianas mais comuns em crianças, sobretudo

no sexo feminino, devido às diferenças anatômicas como menor comprimento uretral e maior probabilidade de infecção ascendente da uretra até a bexiga. As diretrizes elaboradas para seu manejo levam em consideração os pressupostos que estimulam o diagnóstico e o tratamento, bem como a prevenção de eventos deletérios a longo prazo. Durante as consultas de enfermagem com suspeita de ITU é preciso considerar possíveis fatores predisponentes, bem como complicações.

Embora a ITU seja de simples diagnóstico, por se constituir em uma infecção bacteriana de morbidade significativa, recomenda-se o início de tratamento antibiótico empírico precoce nos casos suspeitos. Por este motivo, o risco de resistência antimicrobiana e episódios recorrentes associados ao seu tratamento e profilaxia é cada vez mais preocupante, sendo importante considerar os problemas relacionados ao uso excessivo de profilaxia antibiótica para esta afecção.

Pelo fato de o enfermeiro se constituir em um profissional de grande relevância no manejo de pacientes pediátricos com ITU, é de extrema importância que este participe de ações de promoção à saúde que envolvam a educação continuada, com embasamento técnico e científico.

REFERÊNCIAS

ALBARRAK, M.; ALZOMOR, O.; ALMAGHRABI, R.; ALSUBAIE, S.; ALGHAMDI, F.; BAJOUDA, A. et al. Diagnosis and management of community-acquired urinary tract infection in infants and children: clinical guidelines endorsed by the Saudi Pediatric Infectious Diseases Society (SPIDS). **Int J Pediatr Adolesc Med.** [S.l.], v. 8, n. 2, p. 57-67, 2021. doi: 10.1016/j.ijpam.2021.03.001

ALSUBAIE, S. S.; BARRY, M. A. Current status of long-term antibiotic prophylaxis for urinary tract infections in children: An antibiotic stewardship challenge. **Kidney Res Clin Pract.** [S.l.], v. 38, n. 4, p. 441-454, 2019. doi: 10.23876/j.krpcp.19.091

BOON, H. A.; BRUEL, A. V.; STRUYF, T.; GILLEMOT, A.; BULLENS, D. M. A.; VERBAKEL, J. Y. Clinical features for the diagnosis of pediatric urinary tract infections: systematic review and meta-analysis. **Annals of Family Medicine.** [S.l.], v. 19, n. 5, p. 437-446, set./out. 2021. doi: 10.1370/afm.268

CELEP, G.; ÖZÇELİK, H. B. Evaluation of clinical, etiological and antimicrobial resistance profile of pediatric urinary tract infections in a secondary health care centre. **Afr Health Sci.** [S.l.], v. 21, n. 2, p. 557-565, 2021. doi: 10.4314/ahs.v21i2.10

FENTA, A.; DAGNEW, M.; ESHETIE, S.; BELACHEW, T. Bacterial profile, antibiotic susceptibility pattern and associated risk factors of urinary tract infection among clinically suspected children attending at Felege-Hiwot comprehensive and specialized hospital, Northwest Ethiopia. A prospective study. **BMC Infect Dis.** [S.l.], v. 20, n. 1, p. 673-983, 2020. doi: 10.1186/s12879-020-05402-y

GONZALEZ, M.; SALMON, A.; GARCIA, S.; ARANA, E.; MINTEGI, S.; BENITO, J. Prevalencia de las infecciones del tracto urinario en niños “menores de 2 años” con fiebre alta en los servicios de urgencias. **An. Pediatr.** v. 91, n. 6, p. 386-393, 2019. doi: 10.1016/j.anpedi.2019.01.027

LIGNIERES, G.; BIRGY, A.; JUNG, C.; BONACORSI, S.; LEVY, C.; ANGOLVANT, F. et al. Relay oral therapy in febrile urinary tract infections caused by extended spectrum beta-lactamase – producing enterobacteriaceae in children: a French multicenter study. **PLoS ONE**, [S.l.], v. 16, n. 9, e0257217, p. 1-11. doi: 10.1371/journal.pone.0257217

MAY, Olivia Windham. Urine collection methods in children: which is the best? **Nurs Clin N Am**, [S.l.], v. 53, p. 137-143, 2018. doi: 10.1016/j.cnur.2018.01.001

MEENA, J.; THOMAS, C. C.; KUMAR, J.; RAUT, S.; HARI, P. Non-antibiotic interventions for prevention of urinary tract infections in children: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Eur J Pediatr**, [S.l.], v. 180, n. 12, p. 3535-3545, 2021. doi: 10.1007/s00431-021-04091-2

MONTAGNANI, C.; TERSIGNI, C.; D'ARINZO, S.; MIFTODE, A.; VENTURINI, E.; BORTONE, B.; et al. Resistance patterns from urine cultures in children aged 0 to 6 years: implications for empirical antibiotic choice. **Infect Drug Resist**, [S.l.], v. 14, p. 2341-2348, 2021. doi: 10.2147/IDR.S293279

PILAR, H. J.; CLAUDIA, A. O.; CLAUDIA, G. C.; VILMA, N. C.; PÍA, R. M. M. Recomendaciones sobre diagnóstico, manejo y estudio de la infección del tracto urinario en pediatría. Rama de Nefrología de la Sociedad Chilena de Pediatría. Parte 1. **Rev. chil. pediatr**, [S.l.], v. 91, n. 2, p. 281-288, 2020. doi: 10.32641/rchped.v91i2.1267

PINTO, B. A. J.; RIBEIRO, R. C. H. M.; WERNECK, A. L. Conhecimento dos acompanhantes de uma unidade de internação pediátrica sobre infecção do trato urinário. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 17, e09101724089, p. 1-12, 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i17.24089>

PINZÓN-FERNANDEZ, M. V.; ZÚÑIGA-CERÓN, L. F.; SAAVEDRA-TORRES, J. S. Infección del tracto urinario en niños, una de las enfermedades infecciosas más prevalentes. **Rev. Fac. Med.**, Bogotá, v. 66, n. 3, p. 393-398, 2018. doi: 10.15446/revfacmed.v66n3.59978

REGALADO, J. E. A.; BRITO, M. O.; SANZ, L. E. M. Prevalencia de infección del tracto urinario y factores asociados en pacientes de 0 a 5 años hospitalizados. **Rev. Ecuat. Pediatría**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 1-8, 2021. doi: 10.52011/0098

ROBINO, L.; NOTEJANE, M.; CASURIAGA, A.; GALAIN, B.; GARCIA, C.; MORE, M. et al. Fosfomicina en el tratamiento de la infección urinaria baja en niños mayores de 6 años. Evolución clínico-microbiológica. **Arch. pediatr. Urug**, [S.l.], v. 91(supl.2), p. 24-33, 2020. doi: 10.31134 / AP.91.S2.3

RODRÍGUEZ-LOZANO, J.; MALET, A.; CANO, M. E.; RUBIA, L.; WALLMANN, R.; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, L. Antimicrobial susceptibility of microorganisms that cause urinary tract infections in pediatric patients. **Enferm Infect Microbiol Clin**, [S.l.], v. 36, n. 7, p. 1-6, 2017. doi: 10.1016/j.eimc.2017.08.003

SILVA, A. C. S.; OLIVEIRA, E. A.; MARK, R. H. Urinary tract infection in pediatrics: an overview. **Jornal de Pediatría**, Rio de Janeiro, v. 96, suppl 1, p. 1-15, 2019. doi: 10.1016/j.jpmed.2019.10.006

STULTZ, J. S.; FRANCIS, N.; KETRON, S.; BAGGA, B.; SHELTON, C.; LEE, K. R. et al. Analysis of community-acquired urinary tract infection treatment in pediatric patients requiring hospitalization: opportunity for use of narrower spectrum antibiotics. **Journal of Pharmacy Technology**, [S.l.], v. 37, n. 2, p. 79-88, 2021. doi: 10.1177/8755122520964435

TAN, J. K. W.; TAN, J. M. C.; HOW, C. H.; LEOW, E. H. M. Primary care approach to urinary tract infection in children. **Singapore Med J**, [S.l.], v. 62, n. 7, p. 326-332, 2021. doi: 10.11622/smedj.2021090

VITAL, J. P.; SOLÍS, L. C.; PÉREZ, D. G.; GUTIÉRREZ, M. C.; GARCÍA, M. M.; BELLET, N. Á. Caracterización de pacientes pediátricos con infección del tracto urinário. *Revista Cubana de Medicina Militar*, [S.l.], v. 50, n. 2, e021012362021, p. 1-13, 2021;

ZHANG, S.; WANG, Z.; XU, G. Effect of amoxicillin and clavulanate potassium combined with bazhengsan on pediatric urinary tract infection. **Evid Based Complement Alternat Med**, [S.l.], v. 2021, p. 1-7, 2021. doi: 10.1155/2021/4575503

CAPÍTULO 11

ANTIBIOTICOTERAPIA EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS: SABERES E PRÁTICAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 04/07/2022

Data de submissão: 07/06/2022

Juliane Aires Baena

Enfermeira. Mestra em Enfermagem.
Universidade Estadual de Maringá
Maringá – PR
<https://orcid.org/0000-0001-7957-0863>

Roberta Tognollo Borotta Uema

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Docente no Departamento de Enfermagem da
Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
<https://orcid.org/0000-0002-8755-334X>

Larissa Carolina Segantini Felipin

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Universidade Estadual de Maringá
Maringá – PR
<https://orcid.org/0000-0002-1490-7194>

Pâmela Patrícia Mariano

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente
na Faculdade de Medicina Integrado
ORCID: 0000-0002-7673-7581

Viviane Cazetta de Lima Vieira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Docente no Departamento de Enfermagem da
Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
<https://orcid.org/0000-0003-3029-361X>

Flávia Cristina Vieira Frez

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Docente no Departamento de Enfermagem da
Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
<https://orcid.org/0000-0002-4579-7127>

Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Docente no Departamento de Enfermagem da
Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
<https://orcid.org/0000-0001-7942-4989>

Isabela Rosa dos Santos Silva

Discente do curso de graduação em
Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
<https://orcid.org/0000-0002-6228-3953>

Fernanda Pereira dos Santos

Discente do curso de graduação em
Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá
Maringá-PR
<https://orcid.org/0000-0001-7564-8002>

Jennifer Martins Pereira

Discente do curso de graduação em
Enfermagem. Universidade Estadual de
Maringá
Maringá-PR
<https://orcid.org/0000-0001-9305-9877>

Marjorie Fairuzy Stolarz

Enfermeira Residente em Urgência e
Emergência na Universidade Estadual de
Maringá
ORCID: 0000.0002.8545.9866

Ieda Harumi Higarashi

Enfermeira. Doutora em Educação. Docente do
Programa de Pós Graduação em Enfermagem
da Universidade Estadual de Maringá
<https://orcid.org/0000-0002-4205-6841>

RESUMO: Objetivo: descrever o conhecimento da equipe de enfermagem sobre a administração de antibióticos em recém-nascidos prematuros. **Método:** estudo descritivo, qualitativo. Foram entrevistados 16 profissionais de enfermagem que atuam em unidade de terapia intensiva neonatal no período de maio a junho de 2016. Os dados foram analisados com auxílio do referencial metodológico da Análise de Conteúdo na Modalidade Direcionada.

Resultados: após análise, identificaram-se três categorias temáticas: Conceituando a antibioticoterapia neonatal, Analisando o cuidado de enfermagem na administração de ATB, Protocolo de enfermagem: estratégias para a sistematização dos cuidados em antibioticoterapia. **Considerações Finais:** foi possível identificar fragilidades e potencialidades do processo de trabalho, vislumbrando meios para a instrumentalização da equipe, com vistas a identificar as origens dos erros, trabalhar com a prevenção e minimização destes. Os resultados podem auxiliar a ampliar a compreensão acerca do conhecimento da equipe de enfermagem acerca da administração de antibióticos em recém-nascidos prematuros.

PALAVRAS-CHAVE: Antibacterianos. Enfermagem neonatal. Equipe de enfermagem. Unidades de terapia Intensiva neonatal. Recém-nascido prematuro.

ANTIBIOTIC THERAPY IN PREMATURE NEWBORNS: NURSING TEAM KNOWLEDGE AND PRACTICES

ABSTRACT: Objective: to describe the knowledge of the nursing team about the administration of antibiotics in premature newborns. **Method:** descriptive, qualitative study. Sixteen nursing professionals who work in a neonatal intensive care unit from May to June 2016 were interviewed. Data were analyzed using the methodological framework of Content Analysis in the Directed Mode. **Results:** after analysis, three thematic categories were identified: Conceptualizing neonatal antibiotic therapy, Analyzing nursing care in ATB administration, Nursing protocol: strategies for the systematization of antibiotic therapy care.

Final Considerations: it was possible to identify weaknesses and potentialities of the work process, envisioning means for the instrumentalization of the team, with a view to identifying the origins of errors, working with their prevention and minimization. The results can help to expand the understanding of the nursing team's knowledge about the administration of antibiotics in premature newborns.

KEYWORDS: Anti-bacterial agents. Infant, premature. Intensive care units, Neonatal. Neonatal nursing. Nursing, team.

1 | INTRODUÇÃO

O avanço da tecnologia tem contribuído para o aumento da sobrevivência e da hospitalização de recém-nascidos (RN) cada vez mais prematuros. Devido à imaturidade de seus sistemas fisiológicos, estes bebês são expostos a inúmeros procedimentos invasivos que demandam cuidados redobrados, porém necessários à sua sobrevivência (PAULA; SALGE; PALOS, 2017).

Nessa perspectiva, o cuidado voltado à saúde do RN se reveste de fundamental importância, com vistas à melhoria da qualidade de vida e redução dos elevados índices de mortalidade infantil que ainda persistem em nosso país (BRASIL, 2017).

A prematuridade e o baixo peso ao nascer prevalecem como fatores preditivos de maior evidência para a ocorrência da sepse no período neonatal. Além disso, idade gestacional reduzida, infecção do trato geniturinário materno e ruptura prematura das membranas amnióticas são considerados fatores de risco gestacionais associados a sepse (ALVES; GABANI; FERRARI; et al, 2017).

Quanto aos fatores de risco relacionados ao ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), destacam-se o tempo médio de permanência hospitalar e o uso de dispositivos invasivos, tais como o cateter central de inserção periférica (PICC), ventilação mecânica invasiva e nutrição parenteral (PAULA; SALGE; PALOS, 2017).

A sepse neonatal, por sua vez, está associada a uma série de complicações, tais como atraso neuropsicomotor, maior tempo de suporte ventilatório, maior tempo de internação, aumento da incidência de displasia broncopulmonar (PROCIANOY; SILVEIRA, 2020). Caracterizando-se, assim, como a principal causa de mortalidade neonatal e sendo responsável por mais de um milhão de mortes neonatais em todo o mundo a cada ano (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, considerando que os antibióticos (ATB) constituem a categoria de medicamentos utilizada para o tratamento da sepse e tendo em vista toda a problemática relacionada à imaturidade fisiológica dos órgãos e sistemas dos RN, ressalta-se a necessidade da mais absoluta cautela por parte dos profissionais na utilização destes medicamentos (NUNES; XAVIER; MARTINS, 2017).

A administração de medicamentos constitui-se uma atividade exercida pela equipe de enfermagem e abarca uma série de ações ou etapas como: planejamento, preparo, administração e monitorização de eventos adversos. Para que seja exercida de forma segura, é necessário que o enfermeiro e sua equipe estejam munidos de habilidades e conhecimentos de forma a atender as necessidades dos processos patológicos, em especial dos processos infecciosos que requerem o uso de ATB (NUNES; XAVIER; MARTINS, 2017).

Além disso, por representar a categoria de profissionais que reconhecidamente permanecem por mais tempo junto ao paciente, o enfermeiro apresenta papel de inquestionável relevância no processo assistencial nas UTIN e deve estar atento aos fatores de risco aos quais essa população está exposta (NUNES; XAVIER; MARTINS, 2017).

Considerando que o conhecimento sobre administração de ATB em RNPT é uma importante ferramenta para a qualidade do cuidado de enfermagem, estabeleceu-se como objetivo do estudo, descrever o conhecimento da equipe de enfermagem que atua em unidades neonatais quanto à administração de ATB em RNPT.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa realizado em duas unidades neonatais de hospitais distintos localizados no noroeste do Paraná. O primeiro é um hospital

público com seis leitos de UTIN e o segundo é um hospital de caráter público-privado que possui 12 leitos de UTIN. Todos os profissionais de enfermagem foram abordados, e destes participaram da pesquisa 16, sendo que seis eram enfermeiros e 10 eram técnicos de enfermagem. Os colaboradores que estavam de férias, atestado ou afastados foram automaticamente excluídos do estudo.

A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevistas individuais, realizadas com auxílio de um roteiro semiestruturado dividido em duas partes. A primeira constituída por questões de caracterização sócio-demográfica, e a segunda utilizou-se da seguinte questão norteadora: *“Fale sobre sua experiência na administração de ATB em RNPT”*. Para além da questão central, foram utilizadas questões de amparo de modo a permitir o alcance dos objetivos desse estudo.

As entrevistas foram realizadas em todos os períodos de trabalho, em local reservado, entre os meses de maio a junho de 2016, de acordo com agendamento e disponibilidade dos participantes. As mesmas foram gravadas em áudio, de modo a permitir maior fluidez e fidedignidade aos dados coletados e posteriormente foram transcritas na íntegra. A média de duração das entrevistas foi de 35 minutos.

Os dados foram analisados segundo os preceitos da Análise de Conteúdo Modalidade Direcionada, referencial cujo objetivo é validar ou ampliar um quadro teórico ou uma teoria pré-existente. É realizado por meio de um processo estruturado, no qual os pesquisadores, por meio da utilização de estudos anteriores, identificam os principais conceitos ou variáveis como categorias preliminares de codificação (HSIEH; SHANNON, 2005).

Os participantes foram devidamente instruídos com relação à sua participação no estudo e a anuência foi confirmada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias de igual teor. Para preservar o anonimato, optou-se por identificá-los pelas letras ‘A’ seguida do numeral representativo da ordem da realização das entrevistas para o primeiro hospital e pela letra ‘B’ para o segundo hospital, seguindo a mesma sistemática de cronologia.

Todos os preceitos éticos preconizados pela resolução 466/2012-CNS foram respeitados (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, com CAAE 51836415.0.0000.0104 e parecer nº: 1.407.226.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 16 profissionais da equipe de enfermagem, todas do sexo feminino. Dessas, seis eram enfermeiras e 10 eram técnicas de enfermagem, com idades variando entre 23 a 52 anos. Dentre as profissionais de nível superior, quatro possuíam pós-graduação em enfermagem neonatal e o tempo de atuação nas unidades variou de

quatro meses a 19 anos, com tempo médio de 10 anos.

Apesar de o estudo ter sido realizado em duas UTIN distintas, os dados foram analisados em conjunto, pois não houveram diferenças entre as falas dos profissionais abordados. Com relação à abordagem da temática central do estudo, emanaram dos relatos três categorias temáticas que serão discutidas a seguir:

Conceituando a antibioticoterapia neonatal

Quando questionados sobre o conceito de ATB e antibioticoterapia, os participantes apresentaram concepções bastante simplificadas sobre o tema, restringindo-se a defini-lo como um medicamento para o tratamento e prevenção de infecções, como podemos observar pela seguinte fala:

[...] O antibiótico é uma medicação prescrita para tratar ou prevenir algumas infecções que o bebê pode ter. Tem uns bebês que são tratados porque às vezes a mãe tem bolsa rota há vários dias, então é tratado para ele não ter a infecção, ou o bebê que já tem a infecção e também é tratado [...] serve como profilaxia e como tratamento [...](A 3)

É importante que a equipe possua uma compreensão aprofundada acerca do conceito de ATB, bem como em relação a outras práticas que se configuram em suporte fundamental da terapêutica e assistência no cenário intensivo neonatal. O conhecimento aprofundado confere subsídios para a avaliação permanente de riscos, mas também para a condução adequada dos cuidados junto ao paciente crítico.

A utilização da antibioticoterapia pode ser norteada para tratamento profilático, antecipatório, empírico, definitivo ou supressor, sendo que a posologia inadequada pode causar resultados catastróficos que incluem desde a indução à resistência de patógenos até a toxicidade ao paciente (OLIVEIRA; MACEDO; BENDICHO, 2021).

Com relação aos avanços no campo da antibioticoterapia, a equipe referiu ter percebido melhoras na administração de ATB em RNPT no decorrer dos anos, tais como o uso das bombas de infusão contínua (BIC), adoção de rotinas de diluição, ampliação do tempo de administração do ATB e a utilização do cateter central de inserção periférica (PICC) em substituição aos acessos venosos periféricos.

O uso das BIC é destacado pelos participantes por representar um meio efetivo para controlar o tempo de infusão.

[...] Há algum tempo atrás a gente tinha muitos casos de insuficiência renal. Hoje, com os avanços das tecnologias, dos próprios ATB e dos estudos na área de neonatologia, a gente diminuiu muito estes casos. Hoje a gente administra muito mais lentamente, a gente utiliza BI [...] antes a gente ia fazendo aos poucos, na seringa[...]. (A1)

As BIC são utilizadas rotineiramente nas UTIN, sendo indicadas para a administração de soros e drogas de prescrições contínuas. Nas unidades estudadas, o uso de BIC para administração de ATB teve início há um ano, e o tipo de bomba variou entre as duas UTIN.

Na unidade A utilizavam bomba de seringa com uso de extensor e na unidade B, bomba para administração de soluções utilizando equipos de soro.

O uso das BIC representou um grande avanço na administração de medicamentos e em RNPT ou com baixo peso, que necessitam de doses e diluições mínimas, o uso das bombas torna-se ainda mais efetivo, por garantir uma maior segurança na administração (CAVALARO; CAMILLO; OLIVEIRA; et al, 2020).

Em relação às rotinas de administração do ATB, aspectos relacionados aos cuidados necessários com a diluição e rediluição de drogas, bem como com as doses exatas em volumes mínimos, no sentido de evitar a sobrecarga circulatória e dos órgãos e sistemas imaturos, foram apresentados nos relatos dos entrevistados.

[...] Hoje em dia eles prezam muito a diluição, existe um padrão para diluir, para administrar. Antes, não existia nada disso! A gente fazia conforme a consciência da gente: então, quando a gente sabia que tinha um risco maior, então a gente fazia mais devagarzinho, porque a gente não tinha como administrar, a gente ia lá e administrava um pouquinho, depois ia novamente e administrava mais um pouquinho, e assim a gente fazia a medicação [...]. (A5)

[...] A quantidade de rediluição é o primordial. Dependendo do peso do RN, ele não pode receber muita quantidade de soro, senão pode 'encharcar' a criança. Eu acho que nem todo mundo observa a criança após a administração do antibiótico, mas eu acho importante [...]. (B5)

Sabe-se que a eficácia terapêutica pode ser comprometida quando não se garante estabilidade química e física do medicamento. A hora de preparo, a verificação do prazo de estabilidade pós-reconstituição/diluição e a observação dos protocolos de diluição ao se reconstituir ou diluir medicamentos deve ser observada. Esses são aspectos do cotidiano de trabalho muitas vezes esquecidos no hospital, que dificultam a prevenção do erro e comprometem a segurança na terapia medicamentosa (HO; BUUS-FRANK; EDWARDS; et al, 2018).

Outro aparato valorizado pelos entrevistados como promotor de níveis mais elevados de segurança na administração do ATB para a diminuição de infiltrações e ocorrência de flebites e, assim, melhorando a qualidade do cuidado, foi a utilização do PICC.

[...] Outra evolução são os PICCs, a segurança que os PICCs dão, de não ocorrer flebite [...] antes a gente fazia medicação e as crianças faziam soroma. A gente evoluiu, a gente não faz mais nada praticamente em veia periférica [...] hoje, dá pra falar que a gente administra 100% em acesso venoso central, porque quando eles entram com ATB, já se justifica a passagem do PICC[...].(A6)

O uso do PICC é frequente em unidades neonatais devido à facilidade de inserção, segurança e manutenção do acesso venoso central de longa permanência, além de proporcionar uma menor frequência de punções e facilitar a administração de medicamentos e nutrientes (CALDEIRA; BARRETO; VALLE; et al, 2022).

A utilização do PICC também impacta na diminuição dos gastos e do estresse ao

RN em função da redução do número de punções venosas e das complicações inerentes à terapia endovenosa como infiltrações, flebites e infecções causadas nas dissecções venosas (GOMES; SANCHEZ; CHRIZOSTIMO; et al, 2019).

Além de o PICC ter sido avaliado por conferir maior confiabilidade e menos complicações, também foram destacados os cuidados necessários à manutenção do cateter, no sentido de evitar sua perda ou obstrução:

[...] Temos que ter o cuidado com a questão do flush, que a gente tem que fazer antes e depois de administrar as medicações, para manter esses cateteres limpos e pervingos [...] e os curativos, às vezes a gente perde os cateteres por causa de curativo[...]. (A1)

A preocupação dos entrevistados é pertinente, posto que, em razão dos riscos inerentes aos procedimentos de passagem do PICC, esses devem ser constantemente avaliados, bem como permeabilizados periodicamente com soro fisiológico para prevenir obstruções. Além disso, para manutenção do PICC, é indicado que se mantenha um fluxo contínuo de 0,7ml/h e a efetuação de 0,5ml de flush após a administração dos medicamentos (MITTANG; STIEGLER; KROLL; et al, 2020).

Pelos relatos dos profissionais, pode-se destacar a preocupação dos mesmos cuidar adequadamente do cateter, além da avaliação positiva desse dispositivo para administração de drogas que, quando bem utilizada, confere maior segurança e otimiza a assistência medicamentosa na terapia intensiva neonatal.

Analisando o cuidado de enfermagem na administração de ATB

Em relação aos cuidados de enfermagem na administração de ATB em RNPT, percebeu-se que os profissionais compreendem a importância de observar uma série de cuidados considerados essenciais para a efetividade da terapêutica medicamentosa. Assim, embora considerem os aspectos técnicos do preparo como uma tarefa isenta de maiores dificuldades, os entrevistados destacaram tratar-se de atividade que requer tempo e a necessidades de observância dos cuidados fundamentais relacionados à administração de medicamentos.

[...] O Antibiótico é fácil de ser administrado e preparado, porém, tem que ser feito na hora certa, na dosagem certa, no paciente certo [...]. (A3)

Os nove certos da medicação devem ser sempre observados e realizados antes de quaisquer administração de medicamentos, uma vez que a não verificação de tais quesitos está relacionada a erros que interferem na segurança do paciente (VILLAR; DUARTE; MARTINS, 2020).

[...] O preparo do ATB exige tempo, porque você precisa parar tudo o que você está fazendo para analisar a prescrição médica, verificar a dosagem, calcular essa dosagem, fazer o cálculo da diluição dessa medicação, porque o antibiótico não pode ser administrado puro, verificar a concentração e a velocidade que ele vai ser administrado, porque ele pode ser mais prejudicial

à criança, se não for administrado corretamente. Então, é uma coisa que é muita séria [...]. (A1)

A dosagem do ATB foi relatada como um cuidado de enfermagem fundamental na administração. Ressalta-se a importância do cálculo correto, em especial tratando-se de RNPT, em que se utilizam doses mínimas e de acordo com o peso dos mesmos. Não é incomuns nesse contexto, a utilização de doses variando de 0,1 ml a 0, 2ml, por exemplo.

[...] A primeira coisa que me vem à cabeça, como cuidado, é a dosagem. É minha primeira preocupação! Eu sempre sigo o critério da prescrição médica, a dosagem, e a orientação da farmácia [...] então eu sempre pergunto, verifico os protocolos, quais são, qual é o ATB, o tempo de infusão desse antibiótico, se esse ATB não é nefrotóxico, a diluição para ser correta. Tudo isso, para não fazer uma diluição pequena, para não deixar essa medicação muito concentrada, e também a questão da diluição não ser maior, para não fazer hiper-hidratação no bebê [...]. (A4)

O cuidado quanto à dosagem da medicação, citado pela participante, é extremamente importante, visto que, se a medicação for negligenciada pela equipe, será administrada em doses maiores que as prescritas.

[...] Uma das coisas também em bebês, é que no bebê, a gente aspira a medicação do frasco com a seringa de insulina com a agulha, mas aquela agulha tem que ser trocada. Eu desprezo e pego uma outra agulha, porque quando você aspira, você percebe que a quantidade de antibiótico presente na agulha é, muitas vezes, a quantidade de ATB que o bebe deve receber, e se eu não tiver esse cuidado, eu vou administrar dose dobrada nesse bebê [...] então, em RN é preciso ter muita cautela, muita atenção, porque para nós aquela dose da agulha é insignificante, mas para o bebe, não! [...]. (A4)

A interação medicamentosa foi outra problemática relatada pelos participantes. Segundo a opinião da equipe de enfermagem, isso ocorre devido a permeabilização do acesso venoso e utilização de via exclusiva para administração dos ATB:

[...] A questão de lavar antes e após administrar as medicações, para evitar, como a gente costuma falar, das drogas “brigarem”, por incompatibilidade. Então, a gente evita dessa forma, flebites, êmbolos, cristalização [...] então a gente faz esse cuidado [...] A única coisa assim, quando a criança está muito grave, e não tem uma via exclusiva para a administração do ATB, então a gente tem o cuidado de lavar, para evitar a incompatibilidade entre as drogas. Mas, de preferência, a gente sempre tem o cuidado de deixar uma via exclusiva para ATB, só quando não é possível, tem-se o cuidado de lavar bem antes e depois. Administrar concomitante com outras drogas, nunca, antibiótico nenhum [...]. (A1)

Deste modo, pondera-se que o conhecimento acerca das interações medicamentosas possibilita aos membros da equipe evitar situações de insucesso terapêutico ou minimizarem o aparecimento de toxicidade medicamentosa por meio da adoção de estratégias de administração adequadas pelo ajuste do esquema posológico ou por meio do uso de fármacos alternativos.

Estudos demonstram a importância de reconhecer a natureza, o risco e a gravidade potencial das associações medicamentosas. Ao mesmo tempo em que apontam um perfil de interações relacionados ao uso dos ATB, por um lado danos resultantes da inativação dos fármacos, por outro, os quadros de nefrotoxicidade (SANTOS; GIORDANI; ROSA, 2019).

Em busca de evitar tais equívocos, os participantes lançam mão de determinadas ações:

[...] Normalmente a gente obedece horários diferentes, a gente prioriza horários diferentes, para não fazer os dois (medicamentos) juntos. Assim, em termos de enfermagem, a gente obedece esse critério, de respeitar pelo menos uma hora de diferença entre um ATB e outro. Isso é importante, devido à interação do medicamento, a interação dos medicamentos é muito importante ser observada [...]. (A4)

[...] Às vezes um tira ação do outro, ou precipita...Eu sempre questiono! Eu não faço no mesmo horário[...]Sempre procuro a enfermeira, procuro jogar para outro horário[...]Aqui é comum o aprazamento de ATB no mesmo horário[...]. (B1)

Denota-se nos relatos, que o aprazamento de ATB no mesmo horário, representa um risco aumentado para a ocorrência de interações medicamentosas, podendo gerar agravo à saúde do RN. Riscos que podem ser minimizados mediante o planejamento adequado, pautado em conhecimentos acerca das drogas em uso, das condições da rede venosa dos pacientes, das recomendações em relação aos intervalos entre as doses e ao tipo de cateter utilizado, entre outros. Desta forma, possibilita-se implementar uma terapêutica medicamentosa de qualidade ao RN, além de impedir que as farmacocinéticas dos medicamentos sejam alteradas, causando danos ao bebê (PROCIANOY; SILVEIRA, 2020).

A equipe relatou aspectos sobre os cuidados em relação às medidas assépticas no preparo e administração do antibiótico, com destaque para a lavagem das mãos, desinfecção dos frascos/ampolas no momento do preparo e assepsia das conexões do acesso venoso no momento da administração.

[...] Sempre aquele cuidado de lavagem de mãos, que é essencial! A gente acaba nem falando, porque é tão obvio, é tão rotina! A desinfecção da borda do frasquinho do antibiótico com álcool 70, o cuidado com o material para não tocar em nada e contaminar. A gente tem que ter cuidado com a assepsia do acesso venoso também, para não levar nenhuma bactéria para o RN. Sempre que vou fazer medicação, tenho que usar o álcool 70 antes e depois, para evitar uma contaminação [...]. (A4)

[...]E os cuidados com a contaminação, que é: lavar as mãos, não contaminar as seringas, para a gente levar o menor risco possível para criança, né?! Porque, como se diz, a gente chega no bebê e desconecta o acesso venoso[...] e a gente conecta um outro equipo, e tudo isso é porta de entrada para o anjo, e o bebê não tem defesa nenhuma, né?! A gente sabe que a defesa dele é mínima [...]. (A5)

A higienização das mãos é apontada como uma recomendação para a redução das infecções relacionadas aos cateteres venosos centrais (CVC). Tema recorrente de diversos estudos no Brasil e no mundo, por tratar-se de uma medida reconhecida de prevenção das infecções relacionadas à assistência em saúde. Sabe-se que os principais microrganismos causadores das infecções decorrentes da utilização de um CVC são provenientes das mãos dos profissionais que manipulam esse dispositivo. Desta forma, a higienização das mãos é uma importante intervenção de enfermagem, antes e após a manipulação do dispositivo intravenoso, assim como a desinfecção do hub do cateter, antes da manipulação e por 15 segundos (BELELA-ANACLETO; PETERLINI; PEDREIRA, 2017).

Protocolo de enfermagem: estratégias para a sistematização dos cuidados em antibioticoterapia

Para a equipe de enfermagem, existe no serviço a necessidade iminente de elaboração de um protocolo de enfermagem que sistematize e ofereça maior segurança nas ações relacionadas à administração de ATB.

[...] Um protocolo seria bom, principalmente porque a gente teria uma rotina, onde todo mundo teria mais certeza do que faz [...] Para os bebês, o tratamento seria melhor [...] Eu acho que um protocolo ia esclarecer dúvidas dos funcionários mais velhos e facilitaria na entrada de funcionários novos[...]. (A2)

[...] Com um protocolo, a gente teria muito mais segurança! Para o bebê, eu acho que ia evitar bastante coisas[...]Uma coisa que acho muito importante é ter em um protocolo, é exatamente isso, qual o peso do bebê, quais as indicações, quais são os casos que existem contraindicações de receber muito líquido e o que fazer nesses casos [...] porque hoje, a gente recorre à enfermagem, mas nem todos os enfermeiros tem o conhecimento [...]. (A4)

Os relatos ratificam os resultados encontrados em outros estudos, os quais demonstraram que os profissionais possuem a compreensão da necessidade da implantação de protocolos assistenciais, capazes de tornar mais seguras as ações das equipes que atuam direta e indiretamente no cuidado, por meio de atividades de prevenção e orientação (VILLAR; DUARTE; MARTINS, 2020).

Destarte, em que pese a constatação dos benefícios outorgados pelo advento de novos procedimentos terapêuticos e diagnósticos, esses invariavelmente implicam no surgimento de novos fatores de risco à ocorrência de infecções no período neonatal. Ademais, há que reconhecer a dificuldade para a redução das taxas de infecções nessa população, posto a quantidade de técnicas invasivas que fazem parte dos cuidados necessários ao RN nessas condições.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou ampliar o conhecimento acerca dos desafios cotidianos enfrentados pela equipe de enfermagem no contexto da antibioticoterapia em RNPT

internados na UTIN.

Foi possível constatar a prevalência de conceitos ainda simplificados acerca da antibioticoterapia, e a falta de uma sistematização dos cuidados envolvidos no preparo, na administração e na manutenção da utilização do ATB nessas realidades. Isso revela não somente a necessidade de implementar ações de educação permanente em saúde, mas também a necessidade de estabelecer um protocolo que sistematize as atividades referentes à assistência.

Assim, e não obstante a vasta experiência prática dos profissionais envolvidos neste cuidado, desvelam-se ainda lacunas apontadas nos próprios relatos da equipe, que merecem ser preenchidas no sentido de qualificar essa atividade tão importante no processo do cuidado neonatal.

As limitações do estudo, relativas à exploração de duas realidades assistenciais, evocam ainda a necessidade de mais estudos voltados à investigação dos desafios ainda existentes para a qualificação da assistência de enfermagem aos RNPT.

REFERÊNCIAS

1. Alves, J.B; Gabani, F.L; Ferrari, R.A.P; et al. Sepsis neonatal: mortalidade em município do Sul do Brasil, 2000 a 2013. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo, v. 36, n. 2, p. 132-140. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v36n2/0103-0582-rpp-2018-36-2-00001.pdf>. Acesso em: 30 maio de 2022.
2. Belela-Anacleto, A.S.C.; Peterlini, M.A.S.; Pedreira, M.L.G. Hand hygiene as a caring practice: a reflection on professional responsibility. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 70, n. 2: 442-5, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0189>. Acesso em: 06 jun. 2022.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru (manual técnico). 3ª ed. Brasília-DF, 2017.
4. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 13 de junho 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 30 maio de 2022.
5. Caldeira, N. C. A.; Barreto, D. G.; Valle, L. C. P.; et al. Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com cateter central de inserção periférica: uma revisão integrativa da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**. São Paulo, v. 5, n. 1, 2022. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/44502>. Acesso em: 6 de jun. 2022.
6. Cavalaro, J. O.; Camillo, N. R. S.; Oliveira, J. L. C.; et al. Uso da bomba de infusão em terapia intensiva: perspectivas da equipe de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Santa Maria, v.10, e32, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33455/html>. Acesso em: 06 de jun. 2022.
7. Gomes, T.C.; Sanchez, M.C.O.; Chrizostimo, M.M.; et al. Os cuidados de enfermagem na prevenção de infecção relacionados ao PICC em unidade neonatal. **Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.9, n. 48, 2019. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/download/103/85>. Acesso em: 06 de jun. 2022.

8. Ho, T; Buus- Frank, M; Edwards, E.M; et al. Adherence of Newborn-Specific Antibiotic Stewardship Programs to CDC Recommendations. **Pediatrics**. EUA, v. 142, n. 6: e20174322, 2018. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/142/6/e20174322/76869/Adherence-of-Newborn-Specific-Antibiotic?autologincheck=redirected>. Acesso em: 30 maio. 2022.
9. Hsieh, H.F.; Shannon, S.E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qualitative Health Research**. Newbury Park, v. 15, n. 9, p. 1277-1288, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16204405>. Acesso em: 06 maio de 2022.
10. Mittang, B.T; Stiegler, G.; Kroll, C.; et al. Cateter central de inserção periférica em recém-nascidos: fatores de retirada. **Revista Baiana de Enfermagem**. Bahia, v. 28 :e38387, 2020. Disponível em: [https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/38387/pdf/161270#:~:text=Resultados%3A%20os%20principais%20fatores%20de,%25\)%20e%20obstru%C3%A7%C3%A3o%20\(6%25\)](https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/38387/pdf/161270#:~:text=Resultados%3A%20os%20principais%20fatores%20de,%25)%20e%20obstru%C3%A7%C3%A3o%20(6%25)). Acesso em: 06 de jun. 2022.
11. Nunes, B. M.; Xavier, T. C.; Martins, R. R. Problemas relacionados a medicamentos antimicrobianos em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo, v. 29, n. 3, p.331-336, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/ljrbti/a/cDkbcxm4XbmFDr48Tq5DHhc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 maio de 2022.
12. Oliveira, C. R. V.; Macedo, I. N.; Bendicho, M. T.; et al. Utilização de antimicrobianos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um estudo transversal retrospectivo. **Research, Society and Development**. São Paulo, v. 10, n. 1, e29810111794, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11794>. Acesso em: 06 jun. 2022.
13. Paula, A.O; Salge, A.K.M; Palos, M. A. P. Infecções relacionadas à assistência em saúde em unidades de terapia intensiva neonatal: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**. Espanha, v. 45, 2017. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/pt_1695-6141-eg-16-45-00508.pdf. Acesso em: 30 maio. 2022.
14. Procianoy, R. S.; Silveira, R. C. Os desafios no manejo da sepse neonatal. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 96, suppl 1, mar-apr 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2019.10.004>. Acesso em: 06 jun. 2022.
15. Santos, J. S.; Giordani, F.; Rosa, M. L. G. Interações medicamentosas potenciais em adultos e idosos na atenção primária. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.04692018>. Acesso em: 06 de jun. 2022
16. Villar, V. C. F. L.; Duarte, S. C. M.; Martins, M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 36, v. 12, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223019>. Acesso em: 06 de jun. 2022.

CAPÍTULO 12

TESTE DO CORAÇÃOZINHO VIVENCIADO NA DISCIPLINA DO ESTÁGIO SAÚDE DA MULHER. UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DA UNISUAM

Data de aceite: 04/07/2022

Vanusa Oliveira

INTRODUÇÃO

O presente estudo trata – se de um relato de experiência vivenciado por acadêmicos de enfermagem da UNISUAM, durante o estágio supervisionado na maternidade situada no município de Duque de Caxias. Onde foi possível a realização do teste do coraçãozinho e a sua importância na detecção de cardiopatias congênitas entre as primeiras 24 e 48 horas.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria são cardiopatias congênitas críticas as que decorrem do fechamento ou restrição do canal arterial. Ainda diz que a cada 1000 recém-nascidos de 1 a 2 apresentam essa patologia, dos quais 30% recebem alta hospitalar sem o diagnóstico precoce, podendo apresentar choque, hipóxia e levar a óbito precoce. Diante disso, o Ministério da Saúde através da PORTARIA nº20, DE 10 JUNHO DE 2014, tornou obrigatório como parte da triagem neonatal, a oximetria de pulso, a qual é denominada como Teste do Coraçãozinho.

OBJETIVO

Relatar a experiência vivenciada

pelos acadêmicos, assim como, descrever a importância e o passo a passo do teste do coraçãozinho. Visando a capacitação dos profissionais enfermeiros para a qualidade na assistência à puerpera e ao RN.

METODOLOGIA

Usou-se como metodologia à experiência vivenciada pelos acadêmicos de enfermagem na triagem neonatal de uma maternidade localizada em Duque de Caxias, a partir da participação na realização do Teste do Coraçãozinho.

RESULTADO E DISCUSSÃO

É extremamente importante a aferição da oximetria de pulso em todo RN supostamente saudável. Antes da alta hospitalar e dentro de 24 e 48 horas de vida. Considera-se normal a saturação periférica maior ou igual a 95% em ambas as medidas.

CONCLUSÃO

O teste é de grande valia para a melhoria na qualidade da assistência a puerpera e ao RN, também para a detecção precoce de doenças cardíacas congênitas, assim como, para o tratamento e redução das taxas de morbimortalidade neonatal. A experiência nos proporcionou maior conhecimento a cerca do teste do coraçãozinho, e concluímos que

a enfermagem necessita de constante aprimoramento diante dos desafios e avanços tecnológicos que estão a nossa disposição.

PREVENÇÃO E CORREÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO (IUE) DURANTE A GRAVIDEZ E PÓS-PARTO: CONTRIBUIÇÕES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 04/07/2022

Roxissandra Alves Ferreira

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/1538619121037304>

Ligia Canongia de Abreu Cardoso Duarte

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/0586479863892582>

Edineia Rodrigues Macedo

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/9551587348693696>

Marcone Ferreira Souto

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/1509753228081940>

Mikaela Pereira Lourenço

Centro Universitário Planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/5466278610902589>

RESUMO: Introdução: A Incontinência Urinária de Esforço (IUE) se constitui em um importante problema de saúde pública e diversos estudos vêm demonstrando que a gestação e o período pós-parto associam-se ao desencadeamento desta enfermidade. Neste sentido, teve-se por objetivo abordar as contribuições da assistência de enfermagem na prevenção e correção da IUE durante a gravidez e pós-parto. **Métodos:** Tratou-se de um estudo de campo, de cunho

descritivo, observacional do tipo transversal, com abordagem quantitativa, do tipo exploratória.

Resultados: 91% nunca participou de treinamento para lidar com pacientes grávidas e/ou pós-parto com IUE; conforme 64% as pacientes costumam receber aconselhamento rotineiro durante as consultas no período pré-natal e pós-parto; Segundo 91% costuma-se realizar investigação de comorbidades e hábitos de vida em mulheres com sinais e sintomas de IUE; 82% disseram que o hospital recebe os recursos necessários à investigação diagnóstica e tratamento da IUE em grávidas e puérperas; 91% disseram que são realizados exercícios ativos para a reabilitação do assoalho pélvico das pacientes grávidas e pós-parto que apresentam IUE; e 64% responderam que não são realizadas atividades de educação em saúde; **Conclusão:** O enfermeiro é o principal profissional para lidar com pacientes com IUE, sobretudo no que se refere à educação em saúde. Entretanto, é importante que a equipe profissional seja multidisciplinar devido à fisiopatologia da IUE durante o período da gravidez, parto e puerpério ser multifatorial e não estar ainda totalmente esclarecida.

PALAVRAS-CHAVE: Incontinência Urinária de Esforço; gravidez; puérpera; enfermagem.

PREVENTION AND CORRECTION OF
STRESS URINARY INCONTINENCE
(SUI) DURING PREGNANCY AND
POSTPARTUM: NURSING ASSISTANCE
CONTRIBUTIONS

ABSTRACT: Introduction: Stress Urinary Incontinence (SUI) is an important public health

problem and several studies have shown that pregnancy and the postpartum period are associated with the onset of this disease. In this sense, the objective was to address the contributions of nursing care in the prevention and correction of SUI during pregnancy and postpartum. **Methods:** This was a descriptive, observational, cross-sectional field study with a quantitative, exploratory approach. **Results:** 91% never participated in training to deal with pregnant and/or postpartum patients with SUI; according to 64%, patients usually receive routine counseling during consultations in the prenatal and postpartum period; According to 91%, it is customary to carry out investigation of comorbidities and life habits in women with signs and symptoms of SUI; 82% said that the hospital receives the necessary resources for the diagnostic investigation and treatment of SUI in pregnant and postpartum women; 91% said that active exercises are performed for pelvic floor rehabilitation in pregnant and postpartum patients with SUI; and 64% responded that health education activities are not carried out; **Conclusion:** The nurse is the main professional to deal with patients with SUI, especially with regard to health education. However, it is important that the professional team be multidisciplinary because the pathophysiology of SUI during the period of pregnancy, childbirth and puerperium is multifactorial and not yet fully understood.

KEYWORDS: Stress Urinary Incontinence; Pregnancy; Puerperal woman; Nursing.

INTRODUÇÃO

Diversos estudos vêm demonstrando que a gestação e o período pós-parto associam-se ao desencadeamento de Incontinência Urinária (IU), especialmente, a Incontinência Urinária de Esforço (IUE). Esta se caracteriza pela perda involuntária de urina frente a esforços como espirro, tosse e exercícios físicos.

O termo incontinência urinária é definido pela Sociedade Internacional de Continência (SIC) como o relato de qualquer perda involuntária de urina, sendo considerada não só um problema de saúde, como também um problema social e de higiene. As mulheres são mais afetadas pela continência urinária, devido, sobretudo, à anatomia de seu sistema urinário. Por ser interno, isso o torna mais suscetível aos problemas ligados à excreção, como também, aos eventos particulares de vida, exclusivos das mulheres, tais como o parto e o puerpério.³

Embora a etiologia da IU não se encontre totalmente esclarecida, acredita-se que seja mais comum durante a gravidez e pós-parto (puerpério) devido a maior prevalência de estiramento e ruptura dos nervos periféricos e de lesões graves no tecido conjuntivo dos músculos da fístula pélvica neste período.

Pelo fato de muitas mulheres terem contato constante com o serviço de saúde no período pré-natal e pós-parto, trata-se de um período ideal para o diagnóstico de distúrbios miccionais, sendo o enfermeiro o principal profissional atuante nas equipes multiprofissionais de saúde e que, portanto, desempenha papel fundamental na prevenção e correção da IU.^{3,5}

Tem-se, assim, a seguinte problemática: “Quais as contribuições de Enfermagem

para a prevenção e correção da Incontinência Urinária de Esforço (IUE) durante a gravidez e pós-parto?”. Parte-se da hipótese de que o enfermeiro é o profissional mais qualificado para prestar assistência às mulheres no que se refere à prevenção e correção da IUE durante a gravidez e pós-parto.

O presente artigo é de grande relevância acadêmica, visto que a IUE se constitui em um importante problema de saúde pública por conta dos impactos físicos, psíquicos e sociais na vida da mulher, afetando sua qualidade de vida e pelo fato de o profissional de enfermagem se constituir, segundo a literatura, no profissional de grande relevância e potencial educador na prevenção de problemas relacionados à saúde.^{2,5}

Tem-se por objetivo abordar as contribuições da assistência de enfermagem na prevenção e correção da IUE durante a gravidez e pós-parto.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de campo, de cunho descritivo, observacional do tipo transversal, com abordagem quantitativa, do tipo exploratória, cuja principal finalidade é a de apresentar uma abordagem acerca das contribuições da assistência de enfermagem na prevenção e correção da IUE durante a gravidez e pós-parto.

A amostra do estudo foi constituída de dez enfermeiros que atuam em obstetrícia no Distrito Federal (DF), os quais foram convidados a participar de forma voluntária. Os critérios de inclusão foram: os enfermeiros que atuam diretamente com as mulheres grávidas e/ou pós-parto e aceitaram fazer parte da pesquisa de forma voluntária. Os critérios de exclusão foram: enfermeiros que não concordaram com o termo de consentimento e aqueles que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O presente projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Paulista (UNIP), no intuito do cumprimento das diretrizes da Resolução 466/12 do CNS/MS, com aprovação sob o parecer CAEE 55194322.7.0000.5512. Todos os participantes concordaram e assinaram o TCLE. O instrumento de pesquisa foi um questionário estruturado contendo 10 questões objetivas aplicado de forma *online* por meio do *Google Forms*. Os dados quantitativos foram organizados em planilha elaborada através do programa Microsoft Excel a fim de serem avaliadas medidas de tendência central.

Para compor a discussão da pesquisa, realizou-se uma busca por artigos nas bases de dados especializadas, tais como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE). Foram utilizados os seguintes Descritores de Saúde (Decs): “incontinência urinária” [title] AND “gravidez” OR “período pós-parto” AND “cuidado de enfermagem”.

Os critérios de inclusão dos artigos foram: textos em português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra, publicados nos últimos dez anos (2011-2021) e que abordavam o

tema da pesquisa. O critério de exclusão foram: textos sem acesso livre e que fugiam ao tema.

RESULTADOS

O questionário foi respondido por 11 enfermeiros que atuam em obstetrícia no Distrito Federal (DF), sendo 07 mulheres e 04 homens. Sobre a participação em algum treinamento para lidar com pacientes grávidas e/ou pós-parto com IUE, 01 participante (09%) disse já ter participado. 10 participantes (91%) disseram nunca terem participado.

Os participantes foram questionados se durante as consultas no período pré-natal e pós-parto, as pacientes recebem, de forma rotineira, aconselhamento da equipe de enfermagem de como prevenir e/ou tratar a IUE, e se são consideradas relevantes as investigações de comorbidades e hábitos de vida em mulheres com sinais e sintomas de incontinência urinária (Tabela 01). Com relação ao recebimento de aconselhamento, os dados revelaram que 07 participantes (64%) responderam receber aconselhamento rotineiro, enquanto 04 (36%) responderam não receberem aconselhamento rotineiro (Gráfico 1). No que concerne à investigação de comorbidades e hábitos de vida em mulheres com sinais e sintomas de IUE, 10 participantes (91%) disseram que sim e 01 (09%) disse que não (Gráfico 2).

	Aconselhamento rotineiro da equipe de enfermagem de como prevenir e/ou tratar a IUE						Investigação de comorbidades e hábitos de vida em mulheres com sinais e sintomas de IUE					
	SIM		NÃO		TOTAL		SIM		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mulheres	05	45	02	18	07	64	06	55	01	09	07	64
Homens	02	18	02	18	04	36	04	36	00	00	04	36
TOTAL	07	64	04	36	11	100	10	91	01	09	11	100

Tabela 1. Aconselhamento da equipe de enfermagem e investigação de comorbidades e hábitos de vida das pacientes durante as consultas

Fonte: próprio autor.

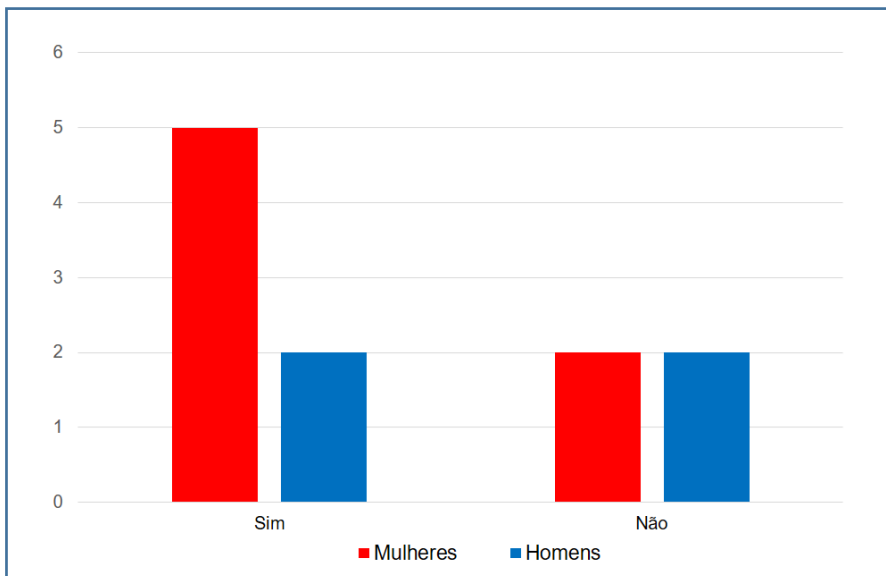


Gráfico 1. Aconselhamento da equipe de enfermagem de como prevenir ou tratar IUE, Brasília, 2022.

Fonte: próprio autor.

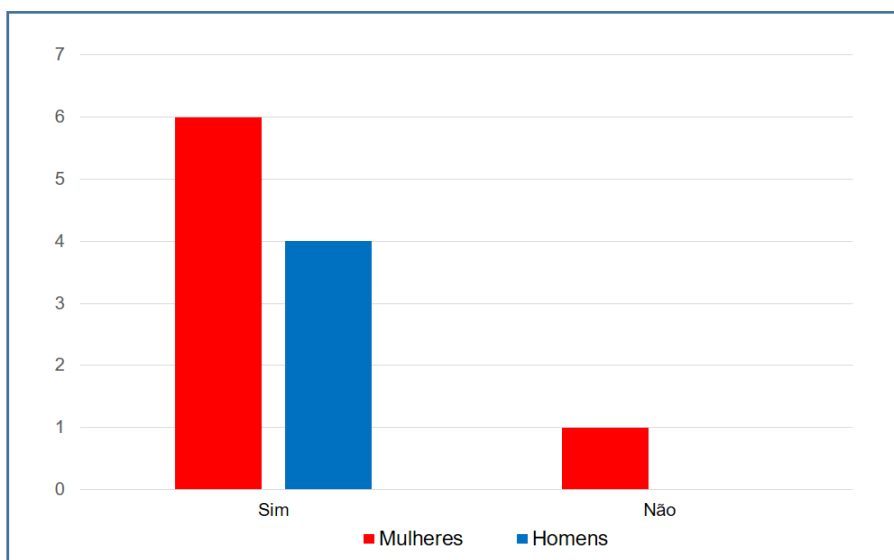


Gráfico 2. Investigação de comorbidades e hábitos de vida das pacientes durante as consultas, Brasília, 2022.

Fonte: próprio autor.

Sobre o oferecimento de recursos por parte do hospital, 09 participantes (82%) disseram que sim, que o hospital recebe os recursos necessários à investigação diagnóstica e tratamento da IUE em grávidas e puérperas, e 02 (18%) disseram que não recebem

(Gráfico 3).

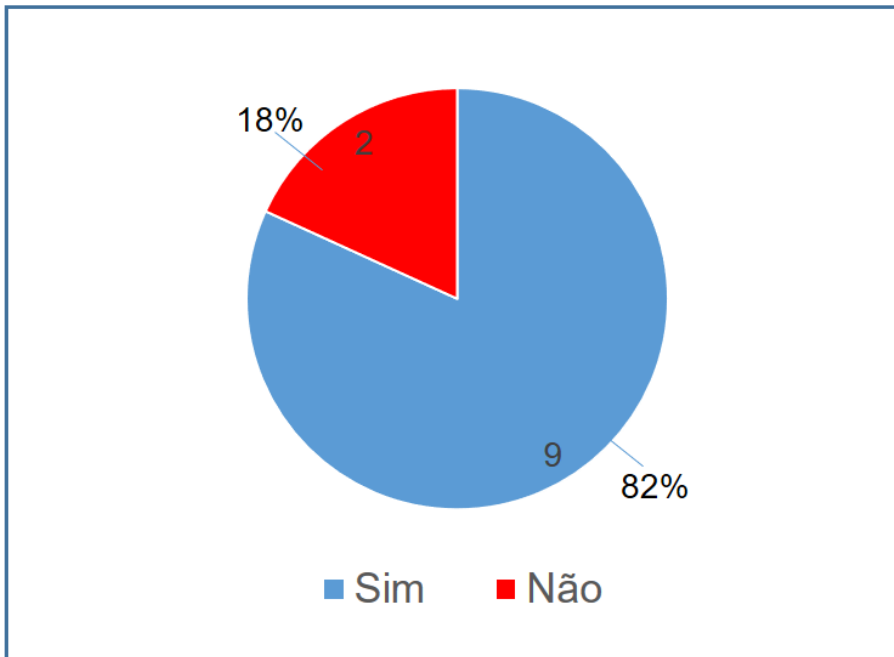


Gráfico 3. Oferecimento de recursos por parte do hospital

Fonte: próprio autor.

Em relação à realização de exercícios ativos para a reabilitação do assoalho pélvico das pacientes grávidas e pós-parto que apresentam IUE, 01 participante (09%) respondeu que sim, são realizados estes tipos de exercícios, e 10 (91%) respondeu que estes exercícios não são realizados (Tabela 02).

No que diz respeito à realização de atividades de educação em saúde (por exemplo, grupos, rodas de conversa, orientações em consultas individuais) com mulheres da comunidade para esclarecimentos e orientações sobre incontinência urinária, sobretudo no período da gravidez e pós-parto, 04 participantes (36%) responderam que sim, que são realizadas atividades voltadas à educação em saúde, e 07 participantes (64%) responderam que não são realizadas (Tabela 02).

	Exercícios ativos						Atividades de educação em saúde					
	SIM		NÃO		TOTAL		SIM		NÃO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mulheres	00	00	07	64	07	64	02	18	05	45	07	64
Homens	01	09	03	27	04	36	02	18	02	18	04	36
TOTAL	01	09	10	91	11	100	04	36	07	64	11	100

Tabela 2. Realizações diversas junto às pacientes

Fonte: próprio autor.

DISCUSSÃO

O estudo evidenciou aspectos relevantes sobre as contribuições de Enfermagem para a prevenção e correção da Incontinência Urinária de Esforço (IUE) durante a gravidez e pós-parto. Parcela considerável dos participantes (64%) respondeu receber aconselhamento rotineiro de como prevenir e/ou tratar a IUE. Isso representa um aspecto positivo, tendo em vista a importância de um programa de cuidado abrangente para a prevenção da IUE, realizado pelo enfermeiro, incluir aconselhamento psicológico, a fim de melhorar o estado psicológico das grávidas e das puérperas, e uma supervisão regular para medir a Força Muscular do Assoalho Pélvico (FMAP).

Estudo realizado por Qi e colaboradores (2019) demonstrou que o aconselhamento psicológico, aliado à supervisão regular, além de apresentar efeitos positivos na prevenção da IUE pós-parto, ainda melhora as funções dos músculos do assoalho pélvico das puérperas em comparação à orientação usual. Entre as explicações possíveis, pode-se citar: a possibilidade de maior acesso das puérperas à educação em saúde; à maior propensão à cooperação; à menor propensão à transtornos psicológicos, como depressão ou ansiedade; e ao fortalecimento mais pronunciado dos músculos do assoalho pélvico.⁹

Faz-se importante destacar, em relação ao fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico, que a não realização de exercícios pélvicos dificulta o tratamento, visto que a reabilitação destes músculos pode se dar de forma ativa e/ou passiva, mas a reeducação depende de uma solicitação de contração muscular voluntária.⁷

Soave e colaboradores (2019) destacam, ainda, a educação em saúde para o melhor tratamento e cura da IUE, pois é por meio da educação em saúde que se eliminam os mal-entendidos sobre a enfermidade, aliviando o medo e a ansiedade das mulheres acometidas por IUE, sendo esta, portanto, uma abordagem necessária para auxiliar na prevenção da enfermidade.

Ademais, o período da gravidez e pós-parto se constitui no período ideal para as mulheres serem educadas com relação à sua saúde, e de como prevenir e corrigir a IUE, pelo fato de no período pré-natal a mulher ter um contato constante com diversos profissionais da saúde, sendo o enfermeiros o profissional ideal para educar a mulher

quanto a sua saúde.⁵

Pelo fato de o enfermeiro desempenhar um papel fundamental dentro de uma equipe profissional, cabe a este profissional transmitir a confiança necessária para trabalhar a motivação de suas pacientes, de forma individualizada e humanizada, agregando conhecimentos acerca dos distúrbios miccionais e auxiliando na avaliação rápida e precisa, tendo em vista que na maioria das vezes as mulheres não chegam a relatar a perda urinária durante as consultas por achar algo normal e passageiro.³

O trabalho multidisciplinar, como, por exemplo, de fisioterapeutas e outros, é também muito importante, tendo em vista que a fisiopatologia da incontinência urinária por esforço durante o período da gravidez, parto e puerpério é multifatorial e ainda não foi totalmente definida, envolvendo alterações hormonais, modificações do tecido conjuntivo dos músculos do assoalho pélvico, alargamento do colo da bexiga e lesões anatômicas durante o parto.¹⁰

Outro dado pertinente da pesquisa é o fato de 91% dos participantes considerarem relevante as investigações de comorbidades e hábitos de vida em mulheres com sinais e sintomas de incontinência urinária durante as consultas de enfermagem com grávidas e puérperas, e 82% afirmaram que o hospital recebe os recursos necessários à investigação diagnóstica e tratamento da IUE em grávidas e puérperas.

A literatura evidencia a importância da investigação de comorbidades e hábitos de vida em mulheres grávidas e puérperas com sinais e sintomas de IUE durante as consultas de enfermagem, tendo em vista que mesmo a perda urinária leve decorrente de Incontinência Urinária de Esforço pode resultar em uma redução da qualidade de vida, com impacto psicossocial e econômico significativo, associada à maior frequência miccional e noctúria, disfunção sexual, problemas de relacionamento, retirada social e recreativa, carga financeira, ansiedade e depressão. Entre os principais fatores de risco que uma IU pode acarretar, estão o desenvolvimento da chamada Dermatite Associada à Incontinência (DAI).

Pelo fato de a IU se constituir num problema ainda muito pouco divulgado, tanto na área da saúde quanto nos meios de comunicação em geral, e que de acordo com o *National Institutes of Health Consensus Development Conference*, embora muitas mulheres possuam os sintomas, poucas sabem que a maioria deste são tratáveis, podendo chegar à cura, faz-se muito importante maiores pesquisas nesta área.³

CONCLUSÃO

Os dados permitem concluir que a Incontinência Urinária de Esforço é o subtipo mais comum de incontinência urinária, atingindo, principalmente, grávidas e puérperas pelo fato de se tratar de um período de grandes alterações físicas hormonais, de crescimento de peso e de enfraquecimento do músculo pélvico.

O trabalho evidenciou a importância do enfermeiro como principal profissional para lidar com pacientes com IUE, sobretudo no que se refere à educação em saúde. Entretanto, é importante que a equipe profissional seja multidisciplinar devido à fisiopatologia da IUE durante o período da gravidez, parto e puerpério ser multifatorial e não estar ainda totalmente esclarecida.

Entre as contribuições possíveis da enfermagem, para a prevenção e correção da IUE durante a gravidez e pós-parto, estão o aconselhamento psicológico, aliado à supervisão regular, a prática de atividades de educação permanente, e o incentivo à realização de exercícios ativos para a reabilitação do assoalho pélvico das pacientes grávidas e pós-parto com IUE.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira SMJV, Caroci AS, Mendes EPB, Oliveira SG, Silva FP. Disfunções do assoalho pélvico em primíparas após o parto. *Enfermería Global*. 2018, 51:40-53.
2. Riesco MLG, Fernandes-Trevisan K, Leister N, Cruz CS, Caroci AS, Zanetti MRD. Incontinência urinária relacionada à força muscular perineal no primeiro trimestre da gestação: estudo transversal. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48:33-39.
3. Jacob LSM, Matida FPM, Diniz RMN, Mafetoni RR, Jorge HMF, Pereira APS. Prevenção da incontinência urinária no puerpério. *Revista Enfermagem Atual in Derme*. 2019, 87(25):1-11.
4. Mendes EPB, Oliveira SMJV, Caroci AS, Francisco AA, Oliveira SG, Silva RL. Força muscular do assoalho pélvico em primíparas segundo o tipo de parto: estudo transversal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016, 24:e2758:1-9.
5. Bezerra KC, Rocha SR, Oriá MOB, Vasconcelos CTM, Sabóia DM, Oliveira TDA. Intervenções para prevenção da incontinência urinária durante o pré-natal: revisão integrativa. X COBEON - Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. 2016,15(1):73-82.
6. Xing W, Zhang Y, Gu C, Lizarondo L. Pelvic floor muscle training for the prevention of urinary incontinence in antenatal and postnatal women: a best practice implementation project. *Rev Implement Rep*. 2017,15(2):567–583.
7. Oliveira M, Ferreira M, Azevedo MJ, Firmino-Machado J, Santos PC. Pelvic floor muscle training protocol for stress urinary incontinence in women: a systematic review. *Rev Assoc Med Brasil*. 2017,63(7):642-650.
8. Hernández RRV, Aznaer CT, Aranda ER. Factors associated with treatment-seeking behavior for postpartum urinary incontinence. *Journal of Nursing Scholarship*. 2014,46(6)391-397.
9. Qi X, Shan J, Peng L, Zhang C, Xu F. The effect of a comprehensive care and rehabilitation program on enhancing pelvicfloor muscle functions and preventing postpartum stress urinary incontinence. *Medicine*. 2019, 98(35):1-8.

10. Soave I, Scarani S, Mallozzi M, Nobili F, Marci R, Caserta. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary incontinence during pregnancy and after childbirth and its effect on urinary system and supportive structures assessed by objective measurement techniques. **Archives of Gynecology and Obstetrics**. 2019, 299(3):609-623.
11. Caroci AS, Riesgo MLG, Rocha BMC, Ventura LJ, Oliveira SG. Avaliação da força muscular perineal no primeiro trimestre da gestação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014, 22(3065):893-901.
12. Slavin V, Creedy DK, Gamble J. Benchmarking outcomes in maternity care: peripartum incontinence - a framework for standardised reporting. *Journal pré-proof*. 2020, (83):1-37.

CAPÍTULO 14

DESAFIOS DA ENFERMAGEM NO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO NA PANDEMIA COVID-19

Data de aceite: 04/07/2022

Amanda Silva de Oliveira

Universidade Federal do Maranhão- UFMA
São Luis – Ma
<https://orcid.org/0000-0003-0787-9989>

Emanuella Pereira Lacerda

Universidade Estadual do Maranhão- UFMA
São Luis – Ma
<http://lattes.cnpq.br/5938903400860283>

Fabiano Rossi Soares Ribeiro

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
São Luis – Ma
<http://lattes.cnpq.br/6900082006066566>

Joseneide Teixeira Câmara

Universidade Estadual do Maranhão- UEMA
Caxias-Ma
<https://orcid.org/0000-0002-8312-1697>

Jocilene da Cruz Silva

Universidade Estadual do Maranhão- UEMA
São Luis – Ma
<http://lattes.cnpq.br/1660973279681276>

Bianca Vieira da Silva

Universidade Federal do Maranhão- UFMA
São Luis – Ma

Polyanna Freitas Albuquerque Castro

Universidade Federal do Maranhão- UFMA
São Luis – Ma
<https://orcid.org/0000-0003-2586-6065>

Priscilla Fernanda Dominici Tercas

Universidade Federal do Maranhão- UFMA
São Luis – Ma
<http://lattes.cnpq.br/6683175158195331>

Danessa Silva Araújo Gomes

Universidade Federal do Maranhão- UFMA
São Luis – Ma
<http://lattes.cnpq.br/9600992265820479>

Luciana Cortez Almeida Navia

Universidade Estadual do Maranhão- UEMA
São Luis-Ma
<http://lattes.cnpq.br/7059164628114091>

Suzana Portilho Amaral Dourado

Centro Universitário do Maranhão _ Ceuma
São Luis -Ma
<http://lattes.cnpq.br/7133793096287504>

Michael Jakson Silva dos Santos

Universidade do Vale do Rio dos Sinos
São Luis-Ma
<http://lattes.cnpq.br/5968213351921775>

RESUMO: A pandemia por COVID-19 proporcionou diversas estratégias e mudanças nas práticas assistenciais. Com essa nova realidade da assistência, surgiu a exigência de criação e adequação de protocolos e fluxos nas maternidades, observando tanto os sintomas da COVID-19, como as queixas obstétricas pela classificação de risco em obstetria do Ministério da Saúde. **Objetivo:** Relatar os desafios vivenciados por enfermeiros, frente a nova realidade da pandemia por COVID-19, no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal, em uma maternidade. **Método:** Relato de experiência de enfermeiros acerca dos desafios ocupacional, vivenciado durante a pandemia por COVID-19, no fluxo de atendimento da emergência obstétrica de uma

maternidade no Maranhão. **Resultados:** Dentre os principais resultados temos o aumento da demanda e carga de trabalho nos plantões, o estresse vivido por se tratar de uma doença nova, sem muito conhecimento sobre a mesma, o desgaste físico e emocional vivido por esses profissionais. **Conclusão:** Em decorrência da pandemia de COVID-19 os fluxos e protocolos de atendimento às mulheres no ciclo gravídico puerperal foram modificados e adaptados, causando insegurança e estresse aos profissionais de saúde que precisaram aplicar estratégias atualizadas para prestar assistência segura e humanizada e eficaz.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de enfermagem, COVID-19, Mulheres em Período Gravídico e puerperal, Triagem.

ABSTRACT: The COVID-19 pandemic provided several strategies and changes in care practices. With this new reality of care, there was a need to create and adapt protocols and flows in maternity hospitals, observing both the symptoms of COVID-19 and obstetric complaints by the risk classification in obstetrics of the Ministry of Health. **Objective:** To report the challenges experienced by nurses, facing the new reality of the COVID-19 pandemic, in the care of women in the pregnancy-puerperal cycle, in a maternity hospital. **Method:** Experience report of nurses about the occupational challenges experienced during the COVID-19 pandemic in the obstetric emergency care flow of a maternity hospital in Maranhão. **Results:** Among the main results we have the increase in demand and workload on shifts, the stress experienced because it is a new disease, without much knowledge about it, the physical and emotional exhaustion experienced by these professionals. **Conclusion:** As a result of the COVID-19 pandemic, the care flows and protocols for women in the pregnancy-puerperal cycle were modified and adapted, causing insecurity and stress to health professionals who needed to apply updated strategies to provide safe, humanized and effective care.

KEYWORDS: Nursing care, COVID-19, Women in Pregnancy and Puerperal Period, Screening.

INTRODUÇÃO

A Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) é causada por um novo tipo de coronavírus que leva a uma doença infecciosa emergente com notável envolvimento pulmonar. Este vírus surgiu na China, em dezembro de 2019 e, desde então, espalhou-se por diversos países do mundo, tornando-se uma pandemia (LI T et al., 2020). A Organização Mundial de Saúde (OMS) nomeou a doença causada pelo novo vírus de COVID-19, sendo declarada uma emergência de saúde pública de importância internacional em 30 de janeiro de 2020, e em 11 de março de 2020 como uma pandemia (Brasil, 2020a).

A Covid-19 é uma doença contagiosa de rápida disseminação e afeta as pessoas de diferentes formas: desde um resfriado leve até uma síndrome respiratória aguda grave e outras complicações. Os sinais e sintomas clínicos predominantes são tosse, febre, coriza, dor de garganta e dispnéia, cursando de forma branda na maior parte dos infectados. Entretanto, entre 5% a 10% dos casos evoluem com insuficiência respiratória grave, e quando o organismo não consegue se restabelecer, evoluem ao óbito. (BRASIL, 2021).

O Ministério da Saúde (MS) incluiu todas as gestantes, puérperas, e pacientes que tenham tido perda gestacional ou fetal até 15 dias como um grupo de risco para a infecção causada pela COVID-19 (Costa et al., 2021). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as gestantes se apresentam como um grupo de risco para a COVID-19, pois, as gestantes que adquirem a infecção por SARS-CoV-2 podem evoluir para um quadro grave associado a uma comorbidades e, têm a possibilidade de passar por um parto cesariano de emergência ou um parto prematuro, elevando assim o risco de morte neonatal e materna (Estrela et al., 2020).

Agestação é um processo que implica em alterações emocionais, sociais e fisiológicas no organismo da mulher, sendo considerada de baixo risco quando seu desenvolvimento não afeta desfavoravelmente a mulher e/ou o feto (CORREIA et al., 2019). A gravidez é definida como de alto risco quando a probabilidade de um resultado adverso para a mulher ou para o feto é maior do que o esperado para a população em geral, e há fatores de risco ou determinantes (RICCI, 2015).

No pré-natal de alto risco, o Ministério da Saúde preconiza o atendimento materno por equipe multiprofissional, que inclui enfermeiros; este é um profissional fundamental nessa área de atuação, sendo responsável pela assistência de enfermagem em seus diversos níveis de apoio assistencial, com competência técnica para desempenhar funções preventivas, promocionais, protetoras e reabilitadoras (ALVES et al., 2021).

No Brasil, a morte materna ainda se configura como um problema de saúde pública, mesmo antes da COVID-19. Pesquisas revelam que a mortalidade materna representa apenas a ponta de um iceberg e para cada mulher que morre várias outras sofrem sequelas ou problemas crônicos de saúde. Para tanto, em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha, como estratégia para ampliar a excelência na atenção ao pré-natal, parto e puerpério e desenvolvimento da criança até os dois anos de idade, através da garantia de acolhimento e classificação de risco, uma iniciativa do Ministério da Saúde para apoiar as Redes de Atenção à Saúde visando à ampliação do acesso e qualificação do cuidado, com foco nas maternidades e serviços de obstetrícia do Brasil (BRASIL, 2018).

O Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia tem como perspectiva apoiar o processo de Regionalização, enfatizando a relação interfederativa e favorecendo o aumento da capacidade de articulação dos serviços em rede nas regiões de saúde, além de favorecer a organização das portas de entradas dos serviços de urgência obstétrica, garantindo acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal e assim impactar positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2018).

Diante do cenário da pandemia por COVID-19, foram necessárias medidas para adequação da assistência de enfermagem no acolhimento e classificação de risco, como também em outras áreas da assistência obstétrica. Essas mudanças de atitudes mostrou ser algo desafiador durante no período pandêmico da COVID-19, requerendo do enfermeiro,

uma séria disponibilidade para tentar ofertar uma promoção, prevenção e um tratamento de qualidade em um período tão importante da vida humana.

Diante do exposto, conforme Amorim et al. (2017), não existem dúvidas que, a assistência à gestante de alto risco necessita de capacitação, habilidade e aptidão dos profissionais no manejo de situações de alerta, emergenciais ou potencialmente complicadas durante o ciclo gravídico puerperal, sendo imprescindível que o profissional enfermeiro esteja assistindo em todos os níveis do sistema de saúde, a fim de corroborar com a precisão diagnóstica, com orientações e acolhimento psicoemocional, trabalhando em prol da prevenção e promoção da saúde da gestante de alto risco e do feto.

Portanto, os enfermeiros são profissionais presentes em momentos mais preciosos e alguns mais trágicos, de acordo com a essência da profissão, servem a humanidade, protegendo a saúde e o bem-estar dos indivíduos, comunidades e nações, aspecto também revelado no presente contexto pandêmico (VENTURA; SILVA et al., 2020).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, realizado durante a pandemia por COVID-19. Esse estudo foi realizado a partir da vivência de enfermeiros da urgência e emergência obstétrica de uma Maternidade no Maranhão, acerca dos desafios encontrados ao se prestar a assistência durante a pandemia no acolhimento e classificação de risco. As vivências de cada auto explanadas durante um encontro virtual ocorrido em outubro de 2021. Todos os relatos partiram de uma única pergunta norteadora: Quais os desafios vivenciados no cotidiano de trabalho no acolhimento e classificação de risco obstétrico durante o início da pandemia por COVID-19?

RESULTADOS

Na Rede de Atenção às Urgências, o acolhimento é uma das principais diretrizes que norteiam a reorganização dos processos de trabalho nos serviços de emergência obstétrica e asseguram um atendimento eficaz. Quando associado à classificação de risco, leva à tomada de decisão do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente. Inicia-se no momento da chegada da mulher, com a identificação do motivo da procura ao serviço de saúde, o que também indicará o fluxograma de classificação de risco a ser utilizado e as ações a serem realizadas (GALLASCH et al., 2020; EL-HAGE et al, 2020). O tempo de atendimento e a classificação do risco obstétrico é crucial e requer do profissional uma resposta efetiva e segura.

Quando se iniciou o atendimento durante a pandemia por COVID-19, a triagem era feita na recepção, realizada pelo recepcionista, que investigava sinais e/ou sintomas gripais

de todas as pacientes e acompanhante em seguida, ofertava-se uma máscara cirúrgica para cada paciente e acompanhante, independentemente de ter ou não sinais e/ou sintomas gripais (solicitava-se a substituição da máscara que a paciente e o acompanhante estavam utilizando pela máscara cirúrgica fornecida pela instituição). Se a paciente tivesse sinais e/ou sintomas gripais e queixas obstétricas, ela era encaminhada ao consultório 3 (consultório destinado a síndromes gripais), o enfermeiro se paramentava com os equipamentos de proteção individual (EPI), (gorro, luva, máscara N95, óculos de proteção e/ou protetor facial e avental descartável) para atendimento, realizava a anamnese e exame físico, concluindo a classificação de risco obstétrica e comunicava ao médico obstetra, a fim de otimizar o atendimento. O médico realizava o mesmo fluxo descrito anteriormente e após avaliação da paciente realizava o desfecho: alta, realização de exames ou internamento hospitalar. Caso aparecesse mais de uma paciente suspeita/confirmada de COVID-19, elas eram direcionadas a aguardar a classificação de risco na sala de espera destinada apenas para esse público-alvo, enquanto era finalizado o atendimento da paciente anterior, levando em consideração os riscos à saúde materno-fetal para reorganização da fila de espera.

Caso houvesse indicação de internação acionava-se o setor para qual a paciente iria, se fosse centro obstétrico o contato por telefone era feito com o enfermeiro do setor já informando há necessidade de um leito isolamento, se fosse para às enfermarias a comunicação era realizada via central de leitos da maternidade- o NIR que fazia contato com as enfermarias e retornava por meio telefônico para o ACCR, informando o leito disponibilizado. Na sequência entrava-se em contato com o serviço de transporte de pacientes do hospital (maqueiros) que realizavam a transferência obedecendo todas as orientações e paramentação necessário. Os desafios apresentados pela equipe de enfermagem nesse momento foram: a falta de informação e de orientação das pacientes e acompanhantes, principalmente quando não aceitavam, que tinham algum sinal ou sintoma suspeito de Covid-19 e a recusa em serem atendidas na sala destinada exclusivamente para os casos de sintomas gripais. Posteriormente a isso outra situação conflitante que o enfermeiro enfrentava, era sensibilizar em poucos instantes antes da internação da paciente sobre a necessidade da mesma permanecer em um leito isolamento, o que gerava estresse e desconforto à paciente que por vezes recusava-se.

Em relação ao uso de EPI, houve um treinamento virtual e também vídeos explicativos acerca da paramentação e desparamentação dos profissionais de saúde em tempos de pandemia de COVID-19 segundo o que preconizava o Ministério da Saúde em suas diversas normas técnicas publicadas. Na instituição em questão, eram ofertadas todos os EPI necessários para o atendimento.

No decorrer da prática profissional nos deparamos com diversas situações desafiadoras e instigantes. O que não é diverso na área da saúde sobretudo em obstetrícia, porém, no início da pandemia por COVID-19, muitas eram as incertezas quanto a transmissibilidade, tratamento e cuidados prestados as gestantes. No acolhimento e

classificação de risco obstétrico o tempo de atendimento é crucial e requer do profissional uma resposta efetiva e segura em meio a essa particularidade os profissionais ainda tinham que se preocupar em paramentar-se e desparamentar-se sem se contaminar, o que gerou muita preocupação e estresse.

O estresse no trabalho em obstetrícia envolve incertezas relacionadas à nova doença, como formas de transmissão, tempo de incubação do vírus, letalidade, tratamento, diagnóstico seguro, uso correto e racional de equipamentos de proteção individual (EPI) associados a necessidade de manutenção das boas práticas do trabalho de parto e parto. Realização de treinamentos constantes com a equipe assistencial à medida que novas informações surgiam.

Em suma com o surgimento dos casos de COVID- 19, várias dúvidas e incertezas pairaram sobre os profissionais de saúde, sobretudo a equipe de enfermagem e o enfermeiro. A emergência de uma doença altamente transmissível e de pouco conhecimento a respeito quanto a tratamento, prognóstico e vacinação. Em relação à clientela atendida na obstetrícia não se sabia quais repercussões o vírus teria na mãe e no feto e posteriormente recém-nascido. O estigma por ser profissional de saúde e por conta disso, ter que se distanciar dos seus familiares e por vezes sofrer com comportamentos de aversão da sociedade. A não valorização e reconhecimento frente à essencialidade do profissional nesse caso enfermeiro no enfrentamento de uma doença até então desconhecida. O aumento da demanda e carga de trabalho nos plantões. O desgaste físico e emocional vivido por esses profissionais.

CONCLUSÃO

O processo de trabalho do Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia é psicologicamente exigente devido à necessidade de atenção imediata, decisões rápidas em relação ao bem-estar materno e fetal e às situações emergenciais. Isso requer do enfermeiro habilidades e especificidades, que por si só já exigem desse profissional agilidade e resolubilidade, dentro do contexto da pandemia essas especificidades tiveram como adicionais de demanda o enfrentamento de uma doença inusitada de caráter pandêmico e desafiador às tecnologias em saúde até então utilizada. Outro fator importante é em face de todo esse contexto de emergência em saúde, em relação ao atendimento da gestante/ parturiente não se perder a qualidade e a humanização no atendimento prestado.

As mudanças e adaptações repentinas dos fluxos e protocolos de atendimento às mulheres no ciclo gravídico puerperal, no entendimento de que os profissionais de saúde precisaram aplicar estratégias atualizadas para prestar assistência segura e humanizada às pacientes acolhidas na maternidade foi um dos fatores que causou um grande estresse nos profissionais de enfermagem da linha de frente, além do altos índices de afastamentos, rotatividade, mudanças de função, inadequação de pessoal, foram algumas

das consequências indesejáveis para profissionais, pacientes e organizações de saúde.

As dificuldades e os desafios apresentados, contudo, não podem e nem devem ser vistos como desencorajadores para prática do enfermeiro na unidade de acolhimento e classificação de risco obstétrico, pois a partir das limitações expostas é possível fomentar novos estudos sobre a prática da enfermagem obstétrica para COVID-19, com a intenção de contribuir para a redução da mortalidade materna por COVID-19, uma vez que o enfermeiro atua em todos os níveis da rede de assistência às gestantes.

REFERÊNCIAS

Alves, T. O., Nunes, R. L. N., Sena, L. H. A., Alves, F. G., Souza, A. G. S., Salviano, A. M., et al (2021). Gestação de alto risco: epidemiologia e cuidados, uma revisão de literatura. BJRH. 4(4), 14860-14872.

Amorim, T. V., Souza, I. E. O., Moura, M. A. V., Queiroz, A. B. A. & Salimena, A. M. O. (2017). Perspectivas do cuidado de enfermagem na gesta o de alto risco: revisão integrativa. *Enferm. glob.* 46, 515-528

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de acolhimento e classifica o de risco em obstetrícia. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/10/Manual_obs-tetr%C3%ADcia-final-1.pdf

Brasil. Ministério da Saúde (2020a). Manual de recomenda es para a assistência   gestante e puerpério frente   pandemia de COVID-19. Secretaria de Aten o Primária   Saúde: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Painel Geral. Painel Coron v rus. Brasil, 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acessado em: 02 de junho de 2022

Correia RA, Rodrigues ARM, Araújo PF, Monte AS. Análise do acolhimento com classifica o de risco em uma maternidade pública terciária de Fortaleza. *Enferm. foco.* 2019; 10(1): 105-10. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1448>. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1448>.

Costa, T. P., Ferreira, E. S., Rodrigues, D. P., Neri, D. T., & Soares, E. A. (2021). Os desafios da enfermagem obstétrica no início da pandemia da COVID-19 no Estado do Pará. *Research, Society and Development*, 10(3):e9510313042. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13042>

El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T et al. Les professionnels de santé face   la pand mie de la maladie   coronavirus (Covid-19): Quels risques pour leur santé mentale? *L'Encephale.* 2020;22;46(3Suppl):S73-S80. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>

Estrela, F. M., Silva, K. K. A., Cruz, M. A., & Gomes, N. P. (2020). Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. *Revista de Saúde Coletiva*, 30(2):e300215. <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/biblio-1125361?src=similardocs>

Gallasch CH, Cunha ML, Pereira LAS, Silva-Junior JS. Preven o relacionada   exposi o ocupacional do profissional de saúde no cenário de Covid-19. *Rev enferm UERJ.* 2020;28:e49596. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.49596>

Li T, Lu H, Zhang W. Clinical observation and management of COVID-19 patients. *Emerg Microbes Infect.* 2020 Dec;9(1):687-690. doi: 10.1080/22221751.2020.1741327. PMID: 32208840; PMCID: PMC7103696.

Takemoto, M., Menezes, M. O., Andreucci, C. B., Nakamura-Pereira, M., Amorim, M., Katz, L., & Knobel, R. (2020). The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 151(1), 154–156. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13300>

Ricci, S. E. (2015). *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. Guanabara Koogan

VENTURA-SILVA, João Miguel Almeida et al. Planejamento organizacional no contexto de pandemia por COVID-19: implicações para a gestão em enfermagem. *Journal HealthNPEPS*, v. 5, n. 1, p. 4626, 2020

LUTO PARENTAL: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA AOS PAIS QUE PERDERAM FILHOS AINDA NA GESTAÇÃO E INFÂNCIA

Data de aceite: 04/07/2022

Data de submissão: 23/05/2022

Mikaela Pereira Lourenço

Centro universitário planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/5466278610902589>

Roxisandra Alves Ferreira

Centro universitário planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/1538619121037304>

Ednéia Rodrigues Macedo

Centro universitário planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/9551587348693696>

Samuel da Silva Pontes

Centro universitário planalto do Distrito Federal
Brasília-DF
<http://lattes.cnpq.br/6600655673888729>

RESUMO: Introdução: Avaliar a qualidade da assistência prestada por enfermeiros aos pais que perderam filhos no período gestacional e na infância. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional transversal, que foi realizado pelas redes sociais *WhatsApp/ facebook*, na cidade de Ceilândia- DF ,a amostra contou com 15 participantes com idade de 18 a 45 anos, para avaliação de cada assistência foi utilizado um questionário feito pelo *google forms* com 10 questões objetiva e descritiva que avaliou idade de cada participante, qualidade de cada

assistência, foi relatada por cada participante o nível de assistência. **Resultados:** De acordo com o estudo avaliado, observou-se que o presente estudo corrobora com os achados em outras pesquisa, onde a assistência do enfermeiro não é bem relatada por mulheres que perderam filhos na gestação e na infância, com relação ao apoio, cuidados emocionais. Os profissionais de saúde precisam ser melhor capacitados para o serviço de saúde no momento de morte/luto. **Conclusão:** Os dados permitem concluir que embora o enfermeiro esteja ciente de que a morte faça parte de seu exercício profissional, ele não é preparado em sua formação para lidar com o processo de morte.

PALAVRAS-CHAVE: Morte; luto parental; gestação; infância.

PARENTAL GRIEF: NURSING ASSISTANCE PROVIDED TO PARENTS WHO LOST CHILDREN IN PREGNANCY AND CHILDHOOD

ABSTRACT: To assess the quality of care provided by nurses to parents who have lost children during pregnancy and childhood. **Methods:** This is a cross-sectional observational study, which was carried out by the social networks *WhatsApp / facebook*, in the city of Ceilândia-DF, the sample had 15 participants aged 18 to 45 years, to evaluate each assistance, a questionnaire made by *google forms* with 10 objective and descriptive questions that evaluated age of each participant, quality of each assistance, the level of assistance was reported by each participant. **Results:** According to the study evaluated, it was observed

that the present study corroborates the findings in other research, where the assistance of nurses is not well reported by women who have lost children during pregnancy and childhood, in relation to support, care emotional. Health professionals need to be better trained for the health service at the time of death/bereavement. **Conclusion:** The data allow us to conclude that although nurses are aware that death is part of their professional practice, they are not prepared in their training to deal with the death process.

KEYWORDS: Death; parental grief; gestation; childhood.

INTRODUÇÃO

A morte de uma criança no início da vida é uma grande interrupção no processo natural da vida, pois foge às expectativas e programas biológicos. Manifestações de luto têm sido observadas em uma ampla variedade de espécies, no entanto, o drama e a dor especial vivenciada pela perda de um filho surge como um dos fenômenos de estresse emocional mais intenso que uma pessoa pode vivenciar ao longo da vida.¹

A prática assistencial dos profissionais da saúde pode influenciar na evolução correta do luto dos pais que se sentem pouco preparados para estabelecer uma relação empática com familiares, amigos até mesmo com a sociedade.²

Em relação à assistência de enfermagem, realizada pelo profissional enfermeiro, esse estudo buscou por pais que receberam acolhimento na perda perinatal, por estes profissionais, tendo então como problema de pesquisa, a análise sobre cada assistência prestada. Espera-se então que a assistência de enfermagem tenha ofertado, da melhor forma, uma relação terapêutica capaz de fornecer ferramentas para se enfrentar esse momento tão difícil. O apoio empático e a compreensão dos cuidadores profissionais de saúde têm um efeito positivo no processo de morte/luto.²

Enfrentar a perda perinatal é uma tarefa delicada e essa experiência não deixa indiferentes os profissionais que não sabem como se comportar, nem como acompanhar e cuidar da mulher e do companheiro quando sofreram uma perda. É necessário, portanto, saber como as perdas perinatais e as percepções em torno desse fenômeno são interpretadas e abordadas pelos pais que receberam assistência por profissionais da saúde.³

Segundo Driessnack⁴ (2007) a perda de um filho é uma experiência particularmente traumática, que mina a capacidade de reflexão emocional e limita a disponibilidade dos pais com os outros filhos. Esses casos são de enorme risco para o desenvolvimento de distúrbios do vínculo mãe-pai-filho. É importante notar que, para compreender a dor e o sofrimento de uma mãe enlutada e como essa experiência pode influenciar sua capacidade de cuidar de um novo filho, é necessário explorar desejos e ideias em relação ao filho perdido.

Entretanto, o estudo tem como objetivo geral apresentar o luto parental em situação de luto perinatal, com base nos cuidados prestados pela enfermagem.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal, que foi realizado no primeiro semestre de 2022. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Paulista-UNIP, sob o protocolo CAAE: 5671582200005512.

Os dados foram coletados de forma individual e aleatória, entre os meses de Fevereiro a junho, mediante a assinatura ao Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a realização da coleta de dados foi utilizado um questionário autoral, contendo 10 perguntas objetivas e descritivas, o público alvo foram mulheres que perderam filhos na gestação e infância que residem na Ceilândia Brasília-DF, o formulário foi enviado por meio das redes sócias, *WhatsApp/facebook*. Os dados foram organizados por meio do programa *google forms*.

Os dados foram codificados e tabulados. Para análise das variáveis foi utilizada a planilha do tipo Microsoft *Excel* (2013).

Critérios de inclusão: Mulheres de 18 a 45 anos que tiveram perda de filhos ainda na gestação e infância com até 5 anos, que residem em Ceilândia e aceitem participar do estudo além de assinarem o TCLE.

Critérios de exclusão : Mulheres que não teve ajuda de profissionais de saúde, mulheres que não procuraram ao hospital.

Para descrever a pesquisa, buscou-se a artigos nas bases de dados especializadas como: *Pub Med, Scientific Eletronic Libray Online (SCIELO),Índice Bibliográfico Espanõl em Ciências de la salud (IBECS)*.

Foram usados os seguintes descritores (Dós): “Gestação” AND “Luto perinatal” OR “Infância” [title]

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 15 mulheres, que perderam filhos na gestação e infância e tiveram atendimento de profissionais da saúde, dentre as mulheres que participaram da pesquisa 11 mulheres perderam filhos ainda na gestação que corresponde (73,3%) de mulheres participantes e outras 4 (26,7%) tiveram a perda quando o filho ainda estava na infância, conforme Tabela 1.

	N	%
PERDA GESTAÇÃO	11	73,3
PERDA INFÂNCIA	4	26,7
TOTAL	15	100

Tabela 1. Mortalidade fetal e na infância.

Fonte: próprio autor.

Os dados coletados da pesquisa, foram organizados em um gráfico demonstrando a taxa percentual dos dados, onde (73,3%) corresponde 11 mulheres que responderam na pesquisa que perderam filhos durante a gestação e (26,7%) corresponde a 4 mulheres que responderam que perderam filhos quando eles ainda estavam na infância, como mostra abaixo, gráfico 1.

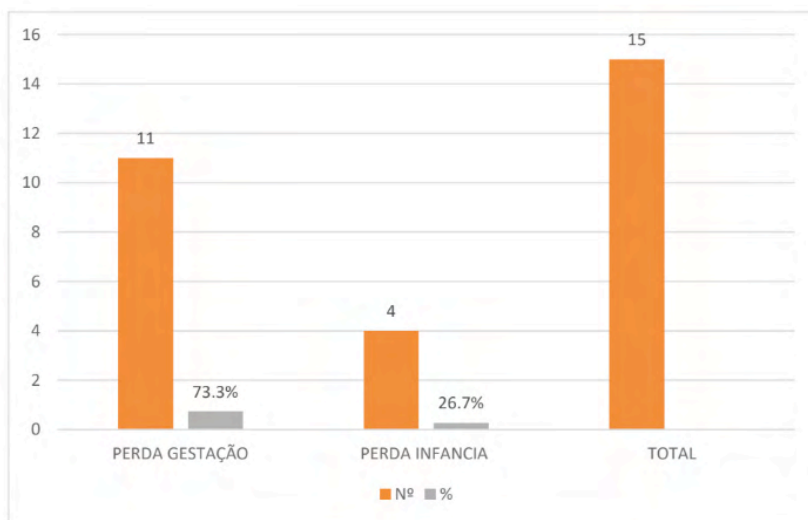


Gráfico 1: Taxa percentual de morte fetal e infância

Fonte: próprio autor.

Ministério da saúde⁵ (2021) no boletim epidemiológico de volume 52 de outubro, realizado sobre a mortalidade infantil no Brasil, vem avançando na redução da mortalidade infantil, mas ainda é preciso um grande esforço para enfrentar as diferenças regionais e alcançar patamares mais baixos. O que corrobora dos achados do presente estudo que encontrou menor taxa de morte na infância do que no período fetal.

Segundo o boletim epidemiológico Observatório do Desenvolvimento⁶ (2014) do Nordeste, (ODNE) entre os anos 2000 e 2014, em termos de variação absoluta, houve

uma queda na razão de mortalidade materna no Brasil e na Região Sul. Entretanto, nas quatro demais regiões a mortalidade aumentou, com destaque para o Centro Oeste, assim também corrobora com este estudo que feito em uma região que predomina-se dentro da região centro oeste, onde os resultados achados também revela maior número de morte fetal do que na infância.

Participaram da pesquisa 15 mulheres de 18 a 45 anos, onde 5 das mulheres tinham idade de 18-25 anos, que corresponde uma taxa de (33,3%) das participantes da pesquisa, e as outras 10 tinham idade entre 25-45 anos, que corresponde a maior taxa de participantes (66,7%), como mostra na tabela 2.

IDADE	N	%
18-25	5	33,3
25-45	10	66,7
TOTAL	15	100

Tabela 2. Idade das participantes da pesquisa

Fonte: próprio autor

Segundo a Agencia brasil ⁷ (2016) a pesquisa Estatísticas do Registro Civil 2015, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Rio de Janeiro, confirma a tendência de que as mulheres brasileiras estão sendo mães mais tarde. Segundo o estudo, os dados de 2015 evidenciam o aumento da representatividade de mães entre 30 e 39 anos (de 22,5%, em 2005, chegando a 30,8%, em 2015) e a redução dos registros de filhos de mães mais jovens. Assim corrobora com os achados do presente estudo, onde mulheres com maior idade foram a maior amostra da pesquisa.

Para descrever a qualidade da assistência do enfermeiro, cada participante da pesquisa descreveu o nível de assistência recebida em uma classificação de: (ótimo, boa, péssima e nenhum tipo de assistência), apenas 1 (6,7%) participante classificou a assistência como ótima, 3 (20%) participante responderam que considerava a assistência como boa, 5 (33,3%) dos participantes respondeu que assistência foi péssima e 6 (40%) dos participantes responderam que não receberam nenhum tipo de assistência, como mostrado abaixo, gráfico 2.

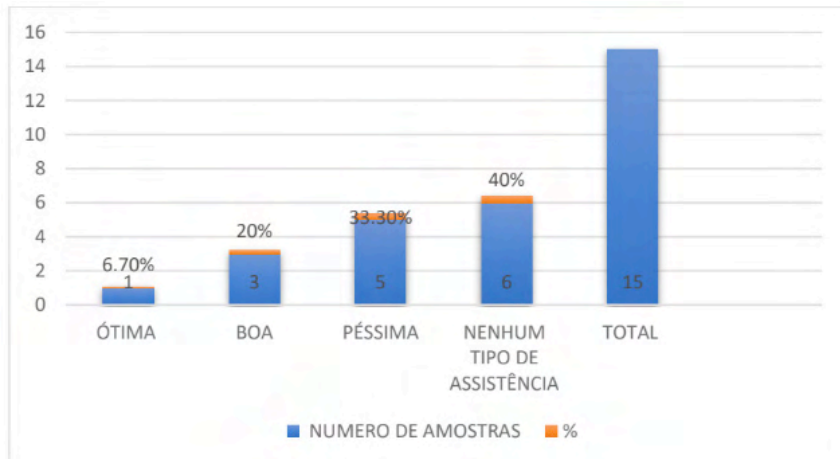


Gráfico 2. Nível de Assistência

Fonte : própria autor

Gonçalves (2017)⁸ em um estudo qualitativo realizado na cidade de Cambridge, do qual participaram dez mães que perderam seus filhos, foi demonstrado que as participantes reconheciam a necessidade de suporte oferecido por outras pessoas, como grupos de apoio, profissionais da área de saúde ou seus familiares. Do mesmo modo, as mães relataram que não tiveram o apoio eficiente e muitas se tornaram dependentes de drogas enquanto tentavam superar a perda, o que corrobora com os achados do presente estudo que encontrou como o maior número, mulheres que classificaram a assistência de enfermagem como péssima (33,3%) ou não receberam nenhum tipo de assistência (40,0%).

Para demonstrar o nível de assistência recebida, cada participante da pesquisa descreveu em pequenas palavras a assistência que viveu pelos profissionais de saúde, como mostra nas falas das pessoas abaixo:

Horrível ,faltou humanidade.

Quando compareci, só me informaram que atrás da ultra meu útero estava limpo, e que eu estava bem.

Ninguém falou sobre, cuidaram de mim como outra grávida que estava com bebês. Fiquei num quarto com seis mães todas com bebês, só eu não.

Nem me visitaram em minha residência

Me trataram como qualquer uma. Não senti que enxergam meu caso como algo especial.

Excelente

Perdi meu filho da uti neonatal nasceu prematuro com 25 semanas, viveu 12 dias. No dia que ele faleceu corri para o hospital, cheguei lá não tive assistência alguma, não me deram tempo no hospital para me despedir e ver meu filho. Só pude ver ele e ter ele nos braços horas depois, no necrotério corpinho gelado

não houve

Não teve tanta assistência por que tipo elas chegaram pra mim é já falaram que eu ia perder minha filha sendo que estava em processo de parto elas poderia ter chamado a minha mãe no particular

Não recebi assistência

Fui tratada mal Nenhum deles deu assistência nenhuma e por conta de uma enfermeira minha filha faleceu por negligência.

Infelizmente não foram boas

Igual se não tivesse acontecido nada pra eles

na primeira gestação foi grosso, na segunda gestação o médico deu a entender q eu poderia ter outro q tudo iria ficar bem como se realmente fosse possível e no terceiro foi o único q tive apoio do médico e da esposa q me consolaram

CONCLUSÃO

Os dados permitem concluir que embora o enfermeiro esteja ciente de que a morte faça parte de seu exercício profissional, ele não é preparado em sua formação acadêmica para lidar com o processo de morte, ainda, observamos que ambientes hospitalares não dispõem de grupos de discussão sobre a terminalidade da vida que auxiliem os profissionais de saúde a compreender o processo de morte, e nem de grupos de apoio que os ajude a lidar com o luto, este despreparo na assistência de enfermagem prestada à família, causa insegurança profissional.

É de total importância que o assunto seja mais abordado nos componentes curriculares dos cursos de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem, que se crie nos ambientes de assistência grupos de discussão e estudos sobre a terminalidade, para que assim, se possa prestar uma assistência de enfermagem eficaz e efetiva às famílias.

Enfermeiros capacitados para lidar com a morte fetal e criança na infância, e que recebam apoio psicológico para lidar com a dor e luto, compreenderão os mecanismos de enfrentamento da família, poderão ouvir as angústias dos pais de forma atenta e auxiliá-los efetivamente durante o processo de terminalidade da vida, descrevendo sobre a importância na transparência das informações dadas à família.

Apenas através da capacitação profissional qualificada e da criação de canais de

comunicação, grupos de apoios ou rodas de conversa poderemos prestar uma assistência de cuidado adequada e sua família durante o processo de morte/luto.

Finaliza-se esse trabalho citando uma frase que é a essência desta pesquisa e que se traduz na finitude da enfermagem:

“É preciso dar aos que sofrem mais do que a técnica da nossa arte, a nossa força afetiva e o próprio coração, derramando a mãos cheias o bálsamo da caridade anônima.” (LOCAZ, 2003).

REFERÊNCIAS

1 Río SI, Bosch SS, Castelló PA, López MA, García SC, Zurriaga LO. Avaliação da mortalidade perinatal em mulheres autóctones e imigrantes. Gac Saint 2009; 23 (5): 403-9.

2 Geerinck VCR, Duijvestijn MJ. Enfrentando o luto após a morte perinatal: um processo multifacetado e natural. Ned Tijdschr Geneeskd. 2004;19;148 (25):1231-4.

3 Gold KJ, Dalton VK, Shwenk TL. Assistência hospitalar aos pais após morte perinatal. Obstet Gynecol. 2007; 109 (5): 1156-66.

4 Driessnack M, Sousa VD, Mendes IAC. Revisão de desenhos relevantes para enfermagem: Rev. Latino-Am Enfermagem. 2007; 15 (4): 2.

5 Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde 2 Volume 52 Mortalidade infantil no Brasil | N° 37 | Out. 2021

6 Odne - observatório do desenvolvimento do nordeste. boletim temático - social Mortalidade Materna e Infantil 2014 ; pág. (2)

7 Agência Brasil Publicado em Por Ana Cristina Campos - Repórter da Agência Brasil Rio de Janeiro 2016 - 10:36

8 Gonçalves B L, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil | Luto materno: dor e enfrentamento da perda de um bebê ;Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, vol. 18, núm. 3, pp. 307-313, 2017

COMPREENSÃO DOS PROFESSORES FRENTE ÀS NECESSIDADES DE ALUNOS COM *DIABETES* TIPO 1 NAS ESCOLAS

Data de aceite: 04/07/2022

Data de submissão: 13/06/2022

Karina Líbia Mendes da Silva

Enfermeira pela Universidade de Brasília
Brasília - DF
<http://lattes.cnpq.br/2325962568171144>

Solange Baraldi

Docente da Faculdade Ciências da Saúde,
Departamento de Enfermagem
Brasília - DF
ORCID: 0000-0003-4629-3825

Pedro Sadi Monteiro

Docente da Faculdade Ciências da Saúde,
Departamento de Enfermagem
Brasília - DF
<http://lattes.cnpq.br/0278203809000236>

Ana Paula Franco Pacheco

Docente do Centro Universitário Euro
Americano - Unieuro
Brasília - DF
<http://lattes.cnpq.br/7131483615475261>

RESUMO: Introdução: O Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) revela-se uma das doenças crônicas mais prevalentes na idade escolar, atingindo cerca de 88 mil crianças no Brasil, seu manejo nesse ambiente é pouco descrito na literatura nacional. Objetivo: Descrever o grau de conhecimento de professores de escolas públicas, no manejo de situações com crianças portadoras de DM1. Metodologia: Trata-se de

estudo de base epidemiológico transversal descritivo, com aplicação de questionário validado contendo quatro categorias: Dados de Identificação; Conhecimentos sobre DM1; Manejo dos educadores na presença de uma criança diabética na escola e Manejo do DM1 pela instituição. Os dados foram coletados e teve n amostral = 151. Resultados: A maioria dos entrevistados é do sexo feminino e os mesmos consideraram seu conhecimento pouco suficiente quanto à doença e ao manejo das situações de descompensação glicêmica; 31,13% referiram ser orientados sobre a ocorrência da doença na escola; 69,54% relataram que a alimentação ofertada é padronizada para todas as crianças. Conclusões: Os professores consideram seus conhecimentos sobre DM1 circunscritos à definição da doença, um baixo domínio quanto ao manejo em situações de risco como, por exemplo, episódios de hipoglicemia. Tais percepções revelam a necessidade de melhorar a qualificação e a comunicação junto aos professores quanto ao manejo de situações que envolvem os escolares com DM1.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus; Educação em Saúde; Saúde Pública; Enfermagem

TEACHERS' UNDERSTANDING OF STUDENTS' NEEDS WITH TYPE 1 DIABETES IN SCHOOLS

ABSTRACT: Introduction: Type 1 Diabetes Mellitus (T1DM) is one of the most prevalent chronic diseases at school age, affecting about 88 thousand children in Brazil, its management in this environment is little described in the national

literature. Objective: To describe the level of knowledge of public school teachers in handling situations with children with T1DM. Methodology: This is a descriptive cross-sectional epidemiological study, with application of a validated questionnaire containing four categories: Identification Data; Knowledge about T1DM; Management of educators in the presence of a diabetic child at school and Management of DM1 by the institution. Data were collected and had sample $n = 151$. Results: Most of the interviewees are female and they considered their knowledge little enough about the disease and the management of situations of glycemic decompensation; 31.13% reported being oriented about the occurrence of the disease at school; 69.54% reported that the food offered is standardized for all children. Conclusions: Teachers consider their knowledge about T1DM limited to the definition of the disease, a low domain regarding the management in risk situations such as, for example, episodes of hypoglycemia. Such perceptions reveal the need to improve qualification and communication with teachers regarding the management of situations involving students with T1DM.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus; Health education; Public health; Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O DM1 é uma doença autoimune, que destrói as células betas no pâncreas impedindo a produção endógena de insulina pelo organismo, correspondendo a 90% dos casos de diabetes na infância e a 10% de todos os casos de diabetes no Brasil (IDF, 2020; SILVA, 2018; SIMIONATO, 2018; KHARROUBI, 2015).

A autodestruição dessas células leva a uma necessidade permanente de insulinoterapia, repercutindo em picos glicêmicos (hiperglicemia ou hipoglicemia) a depender da ingestão e do quadro geral do portador, requerendo cuidados contínuos e permanentes para a prevenção e/ou retardamento de complicações, de médio prazo, como hipoglicemias, cetoacidoses, síndrome hiperosmolar hiperglicêmica aguda, coma e óbito; e de longo prazo, como retinopatia, neuropatia e nefropatia diabética (SBD, 2020), sendo a DCNT mais prevalente e grave nesta faixa etária (GUTIÉRREZ-MANZANEDO, 2018).

O indivíduo com diabetes demanda cuidados sistemáticos com acompanhamento multiprofissional e uso de fármacos para controle glicêmico, necessitando de uma assistência específica e integral do poder público (DOS SANTOS PENNAFORT, 2016). A rede de apoio ao portador da doença vem se consolidando por meio de políticas públicas que visam à prevenção e promoção da mesma no território nacional.

Dentre elas o Projeto de Lei 6.754, de 2013, que dispõe sobre a assistência de forma integral da saúde do indivíduo com diabetes, a política nacional de prevenção do diabetes e da Lei Nº 11.347 de 2006 que prevê a distribuição gratuita de insumos necessários para aplicação e monitoramento da glicemia capilar (BRASIL, 2013). No entanto, não foram encontradas políticas públicas específicas para o cuidado integral do diabético em ambiente escolar.

O DM1 se desenvolve durante a infância e adolescência, gerando inúmeras repercussões de ordem fisiológica, emocional e psicológica, tanto no ciclo familiar como no

crescimento e desenvolvimento da criança em seu meio social. Nessa condição, é necessário aprender a conviver com algumas limitações relacionadas ao tratamento e ao autocuidado da criança diabética, que impacta em suas atividades diárias tais como a necessidade de seguimento de dieta restrita, submissão a procedimentos invasivos (insulinoterapia e testes de glicemia capilar) e riscos de internações hospitalares, requerendo o apoio ofertado pelos membros da rede social, ao portador e aos seus familiares (OKIDO, 2017).

Entretanto, o conhecimento científico para lidar com todas as adaptações específicas ao DM1, geralmente é buscado junto aos profissionais de saúde, pelo portador e familiar, tendendo a ser mais restrito ao restante da população.

As crianças com DM1 estão sujeitas a riscos e complicações severas em situações cotidianas de suas vidas, portanto seus cuidadores, educadores e interlocutores, que partilham seu desenvolvimento, requerem conhecimento especializado.

As adaptações vivenciadas com a confirmação diagnóstica demandam a cooperação de adultos durante a jornada escolar, para o adequado manejo da condição especial de saúde desta criança, sendo necessária uma qualificação apropriada dos profissionais que participam da vida cotidiana desse estudante (MARSHALL, M.; GIDMAN, W.; CALLERY, P., 2013).

Dessa forma, o conhecimento do profissional de educação é imprescindível para oferecer um ambiente seguro para as crianças portadoras de DM1, levando em consideração que as mesmas passam parte do seu dia na escola, uma vez que é preconizado pela Lei das Diretrizes e Bases da Educação que o aluno do ensino fundamental tenha pelo menos 4,5 horas/aula por dia (KISE, S.; HOPKINS, A.; BURKE, S., 2017).

Nota-se não ser incomum a presença de alunos com necessidades especiais de saúde em sala de aula, entre eles alunos diabéticos, sendo um dos grandes desafios da escola (BRAGA, et. Al., 2012).

Além disso, observa-se uma fragilidade nos censos demográficos e nas estimativas de incidência e prevalência das condições crônicas de saúde desta faixa etária, que contabilizam apenas casos gerais de DM em maiores de 18 anos no território nacional, dado que pode subestimar a importância da gestão desta enfermidade em escolares (SIMÕES, 2010; GARCIA, 2017) e que somados às especificidades citadas acima fazem com que o DM1 seja menos conhecido e trabalhado no ambiente escolar.

Assim, este estudo objetivou descrever o grau de conhecimento dos professores, no manejo de situações com crianças portadoras de DM1 dentro do ambiente escolar, a partir da aplicação de questionário, utilizando como método o estudo de base epidemiológico transversal descritivo.

2 | MÉTODOS

Trata-se de um estudo de base epidemiológica transversal descritivo, realizado com

professores da rede pública de ensino, da Secretaria de Educação do Governo do Distrito Federal (SE-GDF), nas escolas da primeira etapa do ensino fundamental (1º ao 5º ano) do Paranoá, região administrativa do Distrito Federal (DF).

A pesquisa foi autorizada pelos diretores das instituições públicas de ensino do GDF e aprovado pelo comitê de ética da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília sob o parecer 2.933.447.

A amostra foi composta por 203 professores da rede pública de ensino do GDF, distribuídos em seis instituições públicas de ensino do Paranoá, região administrativa do DF.

Coleta de Dados

Os dados foram coletados de forma presencial, entre dezembro de 2018 e março de 2019, a partir da entrega de questionário semiestruturado e esclarecimento aos participantes sobre a pesquisa durante encontros de coordenações pedagógicas em cada uma das instituições de ensino. Dos 203 professores, 151 aceitaram participar da pesquisa, autorizando a coleta de dados e sua divulgação a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento de coleta é composto por 04 conjuntos de perguntas, sendo eles respectivamente: Dados de identificação; Conhecimento sobre Diabetes Mellitus Tipo 1, Manejo dos educadores na presença de uma criança diabética na escola e Manejo do Diabetes tipo 1 pela instituição de ensino.

Para aplicação do instrumento foi utilizado como critérios de inclusão os professores que apresentaram interesse em participar do estudo, os que trabalhavam na instituição há mais de um ano e que estivessem envolvidos em atividades de docência dentro da instituição. Como critérios de exclusão seriam os professores que apresentassem alguma dificuldade cognitiva que impossibilitasse a compreensão do instrumento, no entanto tal situação não ocorreu.

Análise dos Dados

Os dados foram inseridos, codificados e categorizados em um banco de dados do software estatístico EPI-INFO 7.2.2.6 para Windows, em dupla checagem, para a análise descritiva e comparativa da frequência das variáveis do instrumento, adotando-se análises brutas e ajustadas com um intervalo de confiança de 95%.

Como possível benefício do estudo, espera-se reforçar e prestigiar as atitudes destes professores frente ao manejo de crianças portadoras de DM1 e suas especificidades. Contribuir com a produção de informações sobre o tema e despertar o interesse em buscas/pesquisas sobre a temática, possibilitando a formulação de estratégias futuras para o enfrentamento das dificuldades do manejo do aluno diabético pelo professor, como por exemplo, cursos de capacitação e orientação aos professores e gestores das escolas quanto ao manejo adequado nessas situações.

3 | RESULTADOS

De acordo com os “dados de identificação” do questionário, a rede pública de ensino da SE-GDF contava com aproximadamente 400 mil matrículas no ensino regular em 2019; 149 mil apenas nos anos iniciais do ensino fundamental, sendo 24 mil matrículas (6%) na região administrativa do Paranoá; destas, 5.391 são das escolas selecionadas para a pesquisa (Ministério da Educação, 2019).

Dentre os 203 professores regulares das 06 instituições de ensino embarcadas pela pesquisa, 151 aceitaram participar, dos quais 86,75 % pertenciam ao sexo feminino e 13,25 % ao sexo masculino, tendo a média de idade de 36,92 anos, variando de 20 a 69 anos. A formação mais prevalente foi em Pedagogia com 86,75 %, seguida respectivamente por Letras, Educação Física, Geografia, História, Química, Biologia, Matemática e Psicologia. Dentre as especializações apontadas destacam-se psicopedagogia 44,68 %, educação inclusiva 21,28 % e alfabetização 6,38 %.

Em relação ao vínculo empregatício, 39,74 % possuem vínculo efetivo e 60,26 % vínculo temporário com as instituições de ensino da Secretaria de Ensino do DF. Quanto ao tempo de magistério, 37,75 % têm de 05 a 10 anos, 30,46 % têm mais de 10 anos, 27,15 % têm de 01 a 04 anos e apenas 4,64 % menos de 01 ano de magistério; 64,90 % referiram que sua remuneração varia de 03 a 05 salários mínimos. Apresentado em **Tabela 1**:

Variável	Frequência	Percentual	Media	Mediana
Sexo				
Masculino	20	13,25%	-	-
Feminino	131	86,75%	-	-
Total	151	100%	-	-
Faixa Etária				
20 a 29 anos	27	17,88%	26,11 anos	25,50 anos
30 a 39 anos	73	48,36%	37,64 anos	34,50 anos
40 a 49 anos	38	25,17%	43,50 anos	44,50 anos
50 anos ou mais	13	8,59%	54,46 anos	54,00 anos
Total	151	100%	38,50 anos	40,00 anos
Situação Conjugal				
Casado (a)	84	55,63%	-	-
Solteiro (a)	67	44,37%	-	-
Total	151	100%	-	-

Grau de Escolaridade				
Graduado (a)	104	68,87%	-	-
Pós-Graduado (a)	47	31,13%	-	-
Total	151	100%	-	-
Vínculo Empregaticio				
Efetivo	60	39,74%	-	-
Temporário	91	60,26%	-	-
Total	151	100%	-	-
Remuneração				
Menos que 3 salários mínimos	2	1,32%	-	-
De 3 a 5 salários mínimos	98	64,90%	-	-
Mais de 5 salários mínimos	51	33,77%	-	-
Total	151	100%	-	-

Tabela 1 Distribuição das características Sócio Demográficas dos Docentes da primeira etapa do ensino fundamental da rede pública de ensino do Governo do Distrito Federal-GDF, do Paranoá região administrativa do DF. Brasília-DF, 2019.

De acordo com o “Conhecimento sobre Diabetes Mellitus Tipo 1 – DM1” do questionário: 30,46 % conceituaram corretamente o DM1; apenas 13,91 % acreditam que o DM1 ocorre com maior frequência em crianças e jovens.

Quanto ao tratamento indicado, 80,79 % conceituaram corretamente o seguimento da dieta a ser adotada pelo portador de DM1, evitando-se alimentos doces, excesso de massa e alimentos ricos em gordura; 39,07 % acreditavam que o portador de DM1 que adotar mudanças no estilo de vida, como dieta balanceada e atividades físicas regulares, pode não precisar de aplicações diárias de insulina.

No que se refere aos sintomas de hiperglicemia e hipoglicemia 34,44 % e 38,41 %, respectivamente, conceituaram corretamente a sintomatologia. Quanto à suspeita de a criança ter DM1, 57,62 % descreveram que ela pode apresentar sintomas como: polidipsia, polifagia, perda de peso, dor abdominal, ocorrência de náuseas e vômitos, polaciúria, sonolência e alterações visuais; 54,30 % afirmaram conhecer pouco sobre diabetes e desejam conhecer mais a respeito desta doença. Apresentado em **Tabela 2**:

Tabela 2 - Frequência de respostas a respeito do conhecimento sobre diabetes dos docentes da primeira etapa do ensino fundamental da rede pública de ensino do Governo do Distrito Federal – GDF, do Paranoá região administrativa do DF. Brasília-DF, 2019.

Questão	Padrão da Resposta	N	%
Conceito de DM 1			
Correto	Decorre da falta de insulina e caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbio exclusivo de glicose.	46	30,46%
Parcialmente Correto	Decorre da falta de insulina e caracteriza-se por hiperglicemia crônica.	53	35,10%
Incorreto	Decorre da falta de insulina e caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbio do metabolismo dos carboidratos lipídeos e proteínas.	52	34,44%
Incidência de DM1			
Correto	Ocorre mais frequentemente em crianças e jovens.	21	13,91%
Parcialmente Correto	Ocorre em pessoas de todas as faixas etárias.	112	74,17%
Incorreto	Ocorre mais frequentemente em adultos.	18	11,92%
Tratamento indicado para o DM1			
Correto	Injeções diárias de insulina.	46	30,46%
Parcialmente correto	Medicações orais e mudanças no estilo de vida.	46	30,46%
Incorreto	Mudanças no estilo de vida e prática regular de exercícios físicos excluem a necessidade das aplicações de insulina.	59	39,07%
Dieta do diabético			
Correto	Deve evitar alimentos doces, excesso de “massa” e alimentos ricos em gorduras.	122	80,79%
Parcialmente Correto	Deve evitar apenas alimentos que contenham açúcar.	22	14,57%
Incorreto	Não pode comer açúcar nunca mais devendo, portanto fazer uso constante de alimentos diet.	5	3,31%
Parcialmente Incorreto	Fazendo uso de medicação, pode comer o alimento que quiser e o quanto quiser.	2	1,32%

Tabela 2 Frequência de respostas a respeito do conhecimento sobre diabetes dos docentes da primeira etapa do ensino fundamental da rede pública de ensino do Governo do Distrito Federal-GDF, do Paranoá região administrativa do DF. Brasília-DF, 2019.

Sobre o “Manejo dos professores na presença de uma criança diabética na escola”: cinco professores integrantes da amostra afirmaram possuir pelo menos um aluno diabético, destes cinco, todos afirmaram conhecer os pais destas crianças.

Quanto à conduta necessária caso um aluno apresente hipoglicemia, 60,26% afirmaram que “não” se deve oferecer açúcar em nenhuma hipótese e sim comunicar ao responsável e/ou encaminhá-lo ao serviço médico, sendo que 5,30% consideram que a hipoglicemia não é uma situação de urgência, que basta comunicar ao responsável legal o ocorrido; e apenas 34,44% pontuaram que se deve oferecer ao aluno alguma bebida doce, como suco, refrigerante ou água com açúcar ou oferecê-lo uma bala, e caso o aluno esteja inconsciente, encaminhá-lo imediatamente ao atendimento médico, comunicando ao responsável o ocorrido.

Ao serem questionados se já presenciaram uma criança com hipoglicemia, 81,43% afirmam não saberem ao certo o que é esta complicação; 10,60 % afirmam ter presenciado alguma criança com hipoglicemia, e destes, 62,50 % afirmaram que encaminhou a criança à direção da escola para que se tomassem as devidas providências; 18,75 % afirmaram que ofereceram à criança água com açúcar, refrigerante ou outro alimento doce; 12,5 % levaram a criança ao hospital e 6,25 % afirmaram que solicitou atendimento imediato, conforme **Tabela 3**:

Questionamento	Padrão de Resposta	N	%	
Quantas crianças diabéticas são suas alunas?	1	5	3,31%	
	Não sei	35	23,18%	
	Nenhuma	111	73,51%	
Conduta necessária caso um aluno diabético apresente hipoglicemia				
	Correto	Oferecer ao aluno alguma bebida doce e caso esteja inconsciente encaminhá-lo ao serviço médico imediatamente comunicando à mãe.	52	34,44%
	Parcialmente Incorreto	Não se deve oferecer açúcar em nenhuma hipótese e sim comunicar o responsável legal e/ou encaminhá-lo ao serviço médico.	91	60,26%
Incorreto	Hipoglicemia não é uma situação de urgência basta comunicar à mãe o ocorrido.	8	5,30%	
O(a) Sr.(a) já atendeu ou presenciou alguma criança diabética com hipoglicemia?				
	Não sei ao certo o que é hipoglicemia.	12	7,95%	
	Não.	123	81,46%	
	Sim.	16	10,60%	

Tabela 3 Frequência de respostas a respeito do manejo do DM pelos docentes da primeira etapa do ensino fundamental da rede pública de ensino do Governo do Distrito Federal-GDF, do Paranoá região administrativa do DF. Brasília-DF, 2019.

A maior parte da amostra (94,04 %) considera que a prática de atividade física deve ser liberada de acordo com a vontade da criança, seguindo recomendações médicas, mas o professor deve estar atento aos sinais e sintomas de hipoglicemia.

E por fim, sobre o “Manejo do Diabetes Mellitus Tipo 1 – DM1 pela instituição de ensino”: quanto ao uso do refeitório da escola pelas crianças, 69,54 % dos entrevistados responderam que são ofertados alimentos padronizados para todas as crianças. Referente à presença de crianças diabéticas na escola, 41,06 % dos professores afirmaram que são comunicados formalmente apenas na vigência de algum incidente; 27,81% pontuam que são comunicados, mas relataram não ser realizada nenhuma atividade educacional específica sobre o diabetes e apenas 31,13% dos professores dizem ser comunicados e orientados sobre a doença.

4 | DISCUSSÃO

O presente estudo buscou conhecer o manejo dos professores frente aos alunos portadores de DM1. O DM é uma doença endócrina multifatorial que se caracteriza por déficits no metabolismo de insulina, seja pela deficiência total ou parcial da secreção e/ou da ação deste hormônio, atingindo todas as faixas etárias (GUTIÉRREZ-MANZANEDO, 2018; IDF, 2020).

A insuficiência insulínica leva a diversas complicações de curto prazo como cetoacidose diabética, hipoglicemia e coma, e de longo prazo como retinopatia, nefropatia e acidente vascular cerebral que podem ser prevenidas e/ou retardadas com a correta adesão ao tratamento (FLORA, M.; GAMEIRO, M., 2016). Tais complicações levam ao óbito em 10 anos de 2 a 3% dos pacientes diagnosticados com DM1 e em 20 anos de 12 a 13% desta população (SIMIONATO, R. et al., 2018). Isso repercute em elevada taxa de mortalidade como evidenciado pelos dados dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), do Ministério da Saúde, que apontam 4.241 óbitos decorrentes de complicações do DM1 em 2017, onde destes, 58 óbitos ocorreram na população com menos de 19 anos (Ministério da Saúde, 2017).

Apesar desses desfechos frente às complicações do DM1, a pesquisa evidenciou que apenas 33,44% dos professores conceituaram corretamente a sintomatologia da hiperglicemia e 38,41% da hipoglicemia, principais complicações de curto prazo do portador de DM1. Quanto ao manejo da doença, a minoria dos professores indicou a correta conduta a ser tomada caso o aluno apresente hipoglicemia. Tal medida é imprescindível para a gestão adequada destas complicações e, sinalizam a necessidade de capacitação destes profissionais e da articulação com a atenção básica em saúde, para o enfrentamento destas situações, dados congruentes com os de pesquisas anteriores (SIMÕES A. et al., 2010; GARCIA L. et al.; 2017; SBD, 2022).

A interação social no ambiente escolar promove suporte afetivo e pode exercer influência na correta adesão ao tratamento, na aquisição de hábitos saudáveis de vida inerentes ao desenvolvimento da criança diabética. Ressalte-se que essa interação requer supervisão de um adulto devido ao grau de autonomia que uma criança em idade escolar possui, visando um melhor apoio ao seguimento de seu tratamento, tanto para a insulinoterapia e/ou para verificação dos níveis glicêmicos, minimizar ocorrência de complicações, bem como para sua integração social na comunidade escolar (DRISCOLL, K.A. et al., 2015; OLIVEIRA, S. M. et al., 2018).

Uma das estratégias adotadas na França, para facilitar a gestão da criança diabética na escola, é a elaboração de um Projeto de Acolhimento Individualizado, um documento desenvolvido a pedido e em conjunto com a escola, família e médico da escola, para padronização dos cuidados necessários a serem ofertados às crianças com DM1, a fim de proporcionar uma melhor inserção da criança na comunidade escolar (CROSNIER,

H.; TUBIANA-RUFI, N., 2013). Estratégia semelhante a adotada pelos EUA, que utiliza um plano médico individual direcionado aos cuidados do escolar diabético (FREEBORN, D et al., 2013). Como estratégia para a gestão do escolar com comorbidades, o Brasil conta com o Programa Saúde na Escola – PSE, que a partir da articulação intersetorial visa disseminar ações de saúde ao escolar. No entanto, um estudo qualitativo sobre a percepção dos profissionais da educação e saúde frente o PSE apontou fragilidades desta integração (SOBRINHO, R. A. S. et al., 2017).

Quanto ao fato de que cinco professores integrantes da amostra informaram possuir pelo menos um aluno diabético, sugere-se que tais resultados possuem coerência com as estatísticas relacionadas à prevalência da doença (IDF, 2019; SBD 2022). Ademais, tal resultado sinaliza que há algum acompanhamento e interação por parte dos professores, uma vez que afirmaram conhecer os pais destas crianças.

O déficit do manejo da criança diabética na escola é uma das vulnerabilidades evidenciadas nesta pesquisa, na qual apenas 30,46% dos professores souberam definir corretamente o DM1 e a maioria considerou que esta doença é mais prevalente na população idosa, fato que demonstra a fragilidade de conhecimento acerca deste assunto, o qual acomete aproximadamente 88 mil crianças brasileiras (IDF, 2019)

Em contrapartida, apesar de uma pesquisa realizada no estado de Minas Gerais com 184 professores evidenciar que a maioria dos professores conceituaram corretamente o DM1, estes também acreditam que esta doença ocorre frequentemente em adultos e idosos. Essa percepção demonstra o déficit de conhecimento sobre o DM1 pelos profissionais de educação em diferentes cenários brasileiros (SIMÕES A. et al., 2010).

Na presença de uma criança diabética na escola, a maioria dos professores (68,87 %) informou não receber orientação ou capacitação para o manejo adequado da situação, salvo na vigência de um incidente envolvendo esse contexto. Este resultado sugere a deficiência de um preparo específico para a oferta de cuidado a este público com necessidade especial de saúde, evidenciado também, pelo fato de 54,3 % dos profissionais expressarem o desejo de se obter mais informações sobre a doença e seus cuidados.

Já em outro cenário internacional, ocorre de forma diferente, como evidenciado em uma pesquisa sueca. País onde os professores contam com regulamentação do autocuidado das doenças crônicas nas escolas, com a presença de enfermeiros responsáveis pela prevenção e promoção em saúde de seus alunos. Existe apoio à criança e fornecimento de estruturas adequadas e de treinamentos ao pessoal da escola quando há uma criança diagnosticada com DM1 (FREEBORN, D. et al. 2013).

Apesar do controle dos níveis glicêmicos, da administração de insulina endógena, da regulação da alimentação e das atividades físicas constituírem os pilares do tratamento do DM1, a maior parte dos professores acredita que apenas a prática de atividade física associada à restrição do consumo de carboidratos é suficiente para o tratamento adequado das crianças acometidas pelo DM1, corroborando com resultados de pesquisas anteriores

(SIMÕES A. et al., 2010).

Este dado reforça o desconhecimento destes profissionais sobre uma abordagem mais completa do tratamento e seus desdobramentos, ao perpetuarem em ambos os estudos um pseudoconhecimento disseminado pelo senso comum, que pode trazer riscos à saúde do aluno diabético (GARCIA, L. R. S. et al., 2017).

A alimentação é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado garanti-lo ao aluno da rede pública de ensino, inclusive aos com necessidade de alimentação especial, como aos escolares diabéticos, conforme preconizado pelo Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE (ROSA, M. et al., 2019).

Foi apontado por 69,54 % dos professores que a escola oferece alimentos padronizados para todos os alunos, inclusive aos diabéticos, conforme a regulamentação do PNAE, estando as refeições a encargo do cardápio ofertado pela SE-GDF, entretanto o mesmo não é publicizado (ALMEIDA, E. L. S. T. et al., 2015; PEDRAZA, D. F. et al., 2018; SECRETARIA DE PLANEJAMENTO – DF, 2015).

A criança diabética necessita de um controle alimentar composto por uma dieta saudável pobre em lipídios, moderada em sódio e carboidrato e rica em hortaliças, cereais integrais e fibras, assim como preconizado pelo PNAE. Desta forma, ela não necessita de uma alimentação especial, diferente da dieta das demais crianças, desde que seja feita a correta contagem dos carboidratos e da administração da insulina (ALMEIDA, E. L. S. T. et al., 2015).

5 | CONCLUSÃO

Os professores consideraram seu conhecimento quanto ao “manejo adequado do aluno diabético” insuficiente, evidenciadas por uma maioria de suas respostas incorretas ou pouco adequadas, especialmente frente às situações de intercorrências. Os resultados revelaram que se faz necessário fortalecer os processos de educação permanente nessas instituições de ensino.

O cuidado da criança diabética é complexo e requer conhecimento prévio para o manejo adequado do seu tratamento e para sua integração social durante a jornada escolar. Nesse ambiente, a criança depende da cooperação dos professores e da estrutura institucional para continuidade de seu tratamento e autocuidado, ressaltando a importância dos processos de qualificação desses profissionais em termos conceituais, estratégias de monitoramento dos estudantes com DM1 no ambiente escolar e manejo em situações rotineiras ou incidentais. Situações essas que demandam uma orientação correta, condutas específicas e com segurança, necessitando da articulação intersetorial do setor saúde e educação.

Sugere-se a inserção de programas de capacitação permanente aos professores, ofertados por equipes de saúde da família, anualmente, visto a rotatividade dos profissionais

de educação apresentada na pesquisa, dos quais a maioria informou vínculo temporário com a instituição de ensino. Além disso, a inserção de profissionais de enfermagem neste cenário, de forma a promover a integração dos setores, uma melhor gestão sobre os cuidados para este público com necessidade especial de saúde e o acolhimento dos alunos e familiares desse contexto.

Por fim, sugere-se para estudos futuros em escolas públicas, a adequação do instrumento utilizado para possibilitar a avaliação das refeições ofertadas em ambientes com e sem cantinas particulares.

REFERÊNCIAS

1. _____. Ministério da Educação. Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal. Dados do Censo Escolar. Dados por ano. 2019 Brasília, DF. Disponível em: http://www.se.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/07/2019_PUB_DF_MAT_ETM_Total-DF-LOCAL.pdf. Acesso em 10 de outubro de 2019.
2. _____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Mortalidade. Óbitos por causas evitáveis de 5 a 74 anos, Brasil. Diabetes Mellitus. 2017. Brasília, DF. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evitb10uf.def>. Acesso em 13 de julho de 2020.
3. _____. Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão do Governo do Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa distrital por amostra de domicílios - Paranoá. PDAD 2015. Brasília, DF. Disponível: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/PDAD-Parano%C3%A1-1.pdf>. Acesso em 10 de outubro de 2019.
4. ALMEIDA, Estefanini Líbia Siqueira Teixeira de et al. Alimentação em unidades de educação infantil: planejamento, processo produtivo, distribuição e adequação da refeição principal. Mundo saúde (Impr.), v. 39, n. 3, p. [333-344], 2015. Disponível em: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/Alimentacao_unidades_educacao.pdf. Acessado em 24 de setembro de 2019.
5. BRAGA, Tania Moron Saes; BOMFIM, Diogo Pazzini; SABBAG FILHO, Daher. Necessidades especiais de escolares com diabetes Mellitus tipo 1 identificadas por familiares. Revista Brasileira de Educação Especial, p. 431-448, 2012. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/117887>. Acessado em 08 de junho de 2019.
6. BRASIL. Lei nº 11.347. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2006/lei-11347-27-setembro-2006-545572-norma-pl.html>. Acessado em 13 de janeiro de 2021.
7. BRASIL. Projeto Lei nº 6.754 de 2013. Institui política nacional de prevenção do diabetes e de assistência integral à saúde da pessoa portadora de Diabetes. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=600672>. Acessado em 12 de janeiro de 2021.
8. CROSNIER, H.; TUBIANA-RUFI, N. Integration to school of young children with type 1 diabetes on insulin pump therapy: parent's feed-back. **Archives de pediatrie: organe officiel de la Societe francaise de pediatrie**, v. 20, p. S149-56, 2013. Disponível em: <https://europepmc.org/abstract/med/24360367>. Acessado em 05 de agosto de 2019.

9. DOS SANTOS PENNAFORT, Viviane Peixoto et al. Rede e apoio social no cuidado familiar da criança com diabetes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 912-919, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267047824014.pdf>. Acessado em 26 de setembro de 2020.
10. DRISCOLL, Kimberly A. et al. Are children with type 1 diabetes safe at school? Examining parent perceptions. **Pediatric diabetes**, v. 16, n. 8, p. 613-620, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/pedi.12204>. Acessado em 06 de agosto de 2019.
11. FLORA, Marília Costa; GAMEIRO, Manuel Gonçalves Henriques. Autocuidado dos Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1: Conhecimento acerca da Doença. *Rev. Enf. Ref.*, Coimbra, v. serIV, n. 8, p. 17-26, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000100003&Ing=pt&nrm=iso. Acessado em 23 de setembro de 2019.
12. FREEBORN, Donna et al. Addressing school challenges for children and adolescents with type 1 diabetes: The nurse practitioner's role. **The journal for nurse practitioners**, v. 9, n. 1, p. 11-16, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1555415512005673>. Acessado em 05 de agosto de 2019.
13. GARCIA, Ligia Rejane Siqueira et al. Conhecimento sobre diabetes mellitus entre profissionais da rede pública de ensino. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 1, 2017. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5455>. Acessado em 06 de agosto de 2019.
14. GUTIÉRREZ-MANZANEDO, José V. et al. Teachers' knowledge about type 1 diabetes in south of Spain public schools. *Diabetes research and clinical practice*, v. 143, p. 140-145, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822717319691>. Acessado em 06 de agosto de 2020.
15. IDF diabetes atlas. International Diabetes Federation, 2019. (9º Ed.). Available in: www.diabetesatlas.org. accessed July 1, 2020.
16. KHARROUBI, Akram T.; DARWISH, Hisham M. Diabetes mellitus: The epidemic of the century. **World journal of diabetes**, v. 6, n. 6, p. 850, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4478580/>. Acesso em 20 de junho de 2020.
17. KISE, Saori S.; HOPKINS, Amanda; BURKE, Sandra. Improving School Experiences for Adolescents With Type 1 Diabetes. **Journal of School Health**, v. 87, n. 5, p. 363-375, 2017. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/josh.12507/fullhttp://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/josh.12507/full>. Acessado em 04 de janeiro de 2019.
18. MARSHALL, M.; GIDMAN, W.; CALLERY, P. Supporting the care of children with diabetes in school: a qualitative study of nurses in the UK. **Diabetic Medicine**, v. 30, n. 7, p. 871-877, 2013. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/dme.12154>. Acessado em 05 de agosto de 2019.
19. OKIDO, Aline Cristiane Cavicchioli; et al. As demandas de cuidado das crianças com Diabetes Mellitus tipo 1. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/1277/127750429007/>. Acessado em 21 de dezembro de 2022.
20. Oliveira, Stella Minasi de; Gomes, Giovana Calcagno; Xavier, Daiani Modernel; Pintanel, Aline Campelo; Montesó, Maria Pilar; Rocha, Laureлизe Pereira Contextos de cuidado à criança/adolescente com Diabetes Mellitus: uma abordagem socioambiental Aquichán, vol. 18, núm. 1, Janeiro-Março, 2018, pp. 69-79. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74155410007>. Acessado em 19 de agosto de 2019.

21. PEDRAZA, Dixis Figueroa et al. Avaliação do Programa Nacional de Alimentação Escolar: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1551-1560, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2018.v23n5/1551-1560/pt/>. Acessado em 24 de setembro de 2019.
22. ROSA, Mileni da Silveira Fernandes; DE OLIVEIRA PAVÃO, Sílvia Maria; MARQUEZAN, Lorena Ines Peterini. Alimentação para alunos com necessidades de alimentação especial como preceito educacional inclusivo. **Revista on line de Política e Gestão Educacional**, v. 23, n. 3, p. 656-664, 2019. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/rpge/article/view/12573>. Acesso em 06 de dezembro de 2019.
23. SÄRNBLAD, Stefan et al. Diabetes management in Swedish schools: a national survey of attitudes of parents, children, and diabetes teams. **Pediatric diabetes**, v. 15, n. 8, p. 550-556, 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/pedi.12133>. Acessado em 05 de agosto de 2019.
24. SILVA, Amanda Newle Sousa et al. Características socioculturais e clínicas de adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, n. 4, 2016. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/12/45699-190743-1-PB.pdf>. Acessado em 14 de janeiro de 2021.
25. SIMIONATO, Renata et al. Adesão ao tratamento de adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. *Ciência & Saúde*, v. 11, n. 3, p. 184-189, 2018. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/30675/0>. Acessado em 23 de setembro de 2021.
26. SIMÕES, Ana Lúcia de Assis et al. Conhecimento dos professores sobre o manejo da criança com diabetes mellitus. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 651-657, 2010. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/3142>. Acessado em 10 de abril de 2019.
27. SOBRINHO, Reinaldo Antonio Silva et al. Percepção dos profissionais da educação e saúde sobre o programa saúde na escola. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 5, n. 7, p. 93-108, 2017. Disponível em: <http://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/77>. Acesso em 06 de dezembro de 2019.
28. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2021-2022). 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf> Acessado em 06 de maio de 2022.

CAPÍTULO 17

ESTILOS DE VIDA DE PACIENTES APÓS DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 04/07/2022

Ariane Gomes Silva

Acadêmica do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Planalto do Distrito Federal, Campus Brasília-DF

Samuel Pontes

Professor do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Planalto do Distrito Federal, Campus Brasília-DF

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição do Instituto de Ciências da Saúde do Centro Universitário Planalto do Distrito Federal, Campus Brasília, para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

RESUMO: **Introdução:** Diabetes mellitus tipo 2 é considerada uma epidemia mundial causada por diversos fatores como elevada taxa de urbanização, sedentarismo, obesidade e maus hábitos alimentares. Pacientes que recebem o diagnóstico da doença necessitam passar por mudanças no estilo de vida e podem encontrar dificuldades neste processo, uma vez que o antes e o pós-diagnóstico possuem grandes diferenças de hábitos. A mudança no estilo de vida é crucial para garantia de qualidade de vida em indivíduos nesta condição. **Objetivo:** Este estudo teve como principal objetivo analisar trabalhos publicados acerca do estilo de vida de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 antes e após o diagnóstico através de Revisão de Literatura dentro dos últimos 5 anos, no Brasil. **Métodos:** Foi realizada Revisão

de Literatura de trabalhos publicados nos últimos cinco anos (2018-2022) nas bases de dados SCIELO e Google Acadêmico, em Português e Inglês sobre o estilo de vida antes e depois do diagnóstico de pacientes com diabetes tipo 2. **Resultados:** 10 (dez) artigos foram selecionados após passarem nos filtros de exclusão e inclusão preestabelecidos. **Conclusão:** Através da revisão de literatura foi possível que o estilo de vida de pacientes diagnosticados com Diabetes mellitus tipo 2 muda na fase pós-diagnóstico e esta mudança está condicionada à fatores como: acompanhamento de profissionais capacitados, apoio familiar, informações de qualidade e eventos de conscientização, além de grupos de apoio liderados por profissionais de saúde. Além disso, o autocuidado é um elemento de destaque em alguns estudos e exerce um papel importante no processo de mudança de hábitos associados à condição.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes mellitus tipo 2; Estilo de vida e Diagnóstico.

LIFE STYLES OF PATIENTS AFTER DIAGNOSIS OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Type 2 diabetes mellitus is considered a worldwide epidemic caused by several factors such as a high rate of urbanization, sedentary lifestyle, obesity and poor eating habits. Patients who are diagnosed with the disease need to undergo lifestyle changes and may encounter difficulties in this process, since before and after diagnosis have great differences in habits. The change in lifestyle is crucial to guarantee quality of life in individuals

with this condition. Objective: This study aimed to analyze published works about the lifestyle of people with type 2 diabetes mellitus before and after diagnosis through Literature Review within the last 5 years, in Brazil. Methods: A literature review of works published in the last five years (2018-2022) was carried out in the SCiELO and Google Scholar databases, in Portuguese and English, on lifestyle before and after the diagnosis of patients with type 2 diabetes. Results : 10 (ten) articles were selected after passing the pre-established exclusion and inclusion filters. Conclusion: Through the literature review, it was possible that the lifestyle of patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus changes in the post-diagnosis phase and this change is conditioned to factors such as: monitoring of trained professionals, family support, quality information and events awareness campaigns, as well as support groups led by health professionals. In addition, self-care is a prominent element in some studies and plays an important role in the process of changing habits associated with the condition.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus, Type 2; Life Style; Diagnosis.

INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus é um grupo de doenças metabólicas crônicas, é caracterizada pela deficiência/ausência de produção, secreção ou ação da insulina, que altera o metabolismo de proteínas, carboidratos e lipídios, sendo a hiperglicemia uma de suas principais características. Pode resultar de defeitos de secreção ou a ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, como por exemplo, resistência a ação da insulina, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina) distúrbios da secreção da insulina, entre outros. ¹

O diabetes mellitus tipo 2 costuma ter início mais lento e sintomas mais brandos. O início das manifestações em geral é na fase adulta, com decorrência de excesso de peso e forte herança familiar, ainda não completamente esclarecida, cuja ocorrência tem contribuição significativa de fatores ambientais. Dentre eles, hábitos dietéticos e a ausência de atividades física, que contribuem para a obesidade, destacam-se como os principais fatores de risco. Embora seja crescente o número de crianças atingidas pelo diabetes mellitus 2, observa-se um aumento na incidência de diabetes em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes ^{2,3}

De acordo com um painel indicador exclusivo do sistema de saúde, o diabetes representa uma epidemia mundial hoje. No Brasil, o ministério da saúde estima que existam 12,5 milhões de diabéticos, muito dos quais sem diagnóstico. A doença pode afetar o corpo dez anos antes de o paciente suspeitar do aparecimento dos sintomas. O envelhecimento da população, a aceleração da urbanização, o sedentarismo, a alimentação pouco saudável e a obesidade são os principais fatores causadores do diabetes. ⁴

Segundo a Federação Nacional das Associações e Entidades Diabéticas ⁵, o Brasil é o terceiro país que mais gasta com diabetes no mundo. As despesas globais diretas que estão relacionadas com a diabetes somaram cerca de 760 bilhões de dólares no ano de

2019.

Portanto, este estudo teve como principal objetivo analisar trabalhos publicados acerca do estilo de vida de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 antes e após o diagnóstico através de Revisão de Literatura dentro dos últimos 5 anos, no Brasil.

É possível avaliar e ter percepção, através de estudos publicados, sobre mudanças no estilo de vida depois do diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 em pacientes diagnosticados?

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão narrativa de literatura. Foi realizado utilizada a abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa, considerada subjetiva e não científica, não opera com dados matemáticos que permitem descobrir relações de causas e efeitos no tratamento estatístico⁶. A metodologia adotada foi do tipo exploratória de caráter revisional de literatura acerca do tema.

O levantamento bibliográfico ocorreu nos meses de abril a maio de 2022, realizado nas bases de dados: SCiELO e Google Acadêmico, em Português e Inglês, selecionando artigos publicados nos últimos 5 anos (2018-2022), utilizando-se os seguintes descritores a partir da busca nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): foram utilizados os termos: “estilo de vida diabetes mellitus tipo 2”; “diagnóstico diabetes mellitus tipo 2” e “antes e depois diabetes mellitus tipo 2”. Além disso, foram consideradas as publicações realizadas em periódicos indexados, para maior credibilidade de informação; bem como teses e dissertações disponíveis.

Os títulos e resumos dos trabalhos foram lidos antes da escolha, para verificação quanto à adequação ao tema.

Os critérios de inclusão adotados foram: estudos publicados em outros países, estudos publicados em e após 2018 e estudos disponibilizados gratuitamente, com textos completos.

Como critérios de exclusão, consideram-se: trabalhos fora da temática-alvo, trabalhos publicados antes de 2018, trabalhos repetidos e em outros idiomas.

A base deste estudo foi realizada através da comparação dos estudos filtrados como intuito de avaliar o estilo de vida dos pacientes após o diagnóstico e quando possível, realizar comparações entre o antes e depois.

RESULTADOS

A partir da busca estruturada realizada nos bancos de dados, foram identificados 7.553 estudos. Foram obtidos 2.413 no SCiELO e 4.940 no Google acadêmico. Após leitura dos títulos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados dez artigos (figura 1) para o *corpus* de análise.

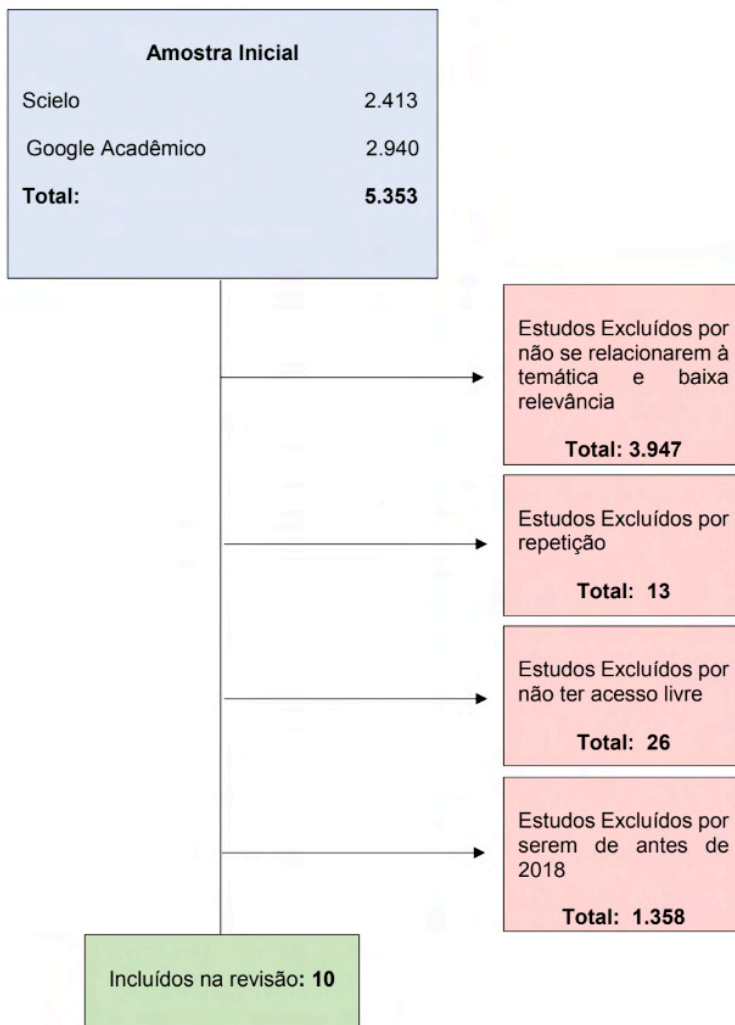


Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos, 2022.

Assim, entre os artigos analisados, dez (10) foram incluídos para leitura completa, análise e discussão (Quadro 1).

Título	Autores	Ano	Objetivo	Resultados
Contribuição para a promoção de estilos de vida saudáveis em usuários com Diabetes Mellitus Tipo 2, pertencentes à ESF Morrinhos do Sul, no município Morrinhos do Sul/RS.	Exposito, MP.	2020	Identificar os fatores de risco e realizar atividades de educação sobre promoção em saúde e estilos de vida saudáveis em usuários com Diabetes Mellitus tipo 2 na população atendida na ESF de Morrinhos do Sul	Contribuir nas mudanças de estilo de vida, a prática regular de atividade física e uma alimentação saudável. Sendo muito importante manter estilos de vida saudáveis como o exercício físico, manter um peso ideal, uma dieta rica em frutas e legumes, reduzir o consumo excessivo de doce e gorduras, não fumar, não beber álcool, para melhorar a qualidade de vida e evitar complicações futuras. Além disso, espera-se contribuir para reduzir o uso excessivo de medicamentos e melhorar o seguimento e a avaliação dos diabéticos.
O efeito da orientação preventiva multiprofissional em pacientes com diabetes mellitus	Ferreira DL, Fonseca ECR, Lucas ALR, Silva ACF, Lenci SS, Silva SGF, Resende EAMR	2020	Avaliar o impacto do aconselhamento multiprofissional sobre o conhecimento do doente acerca do Diabetes, observando a melhora dos parâmetros clínicos e laboratoriais e na aderência à hábitos e estilo de vida saudáveis	A orientação preventiva ocasionou melhora nos dois grupos. As variáveis analisadas foram o autocuidado, controle e conhecimento da doença. Ocorreu melhora nos parâmetros clínicos (Glicemia Pós-Prandial, Colesterol Total e Frações, entre outros). A orientação preventiva multiprofissional em Diabetes traz resultados positivos para o paciente, tanto do tipo 1 quanto do tipo 2.
Dinâmica das alterações na funcionalidade psíquica e atividade psicossocial antes e depois do diagnóstico de Diabetes mellitus	Pereira, FO	2020	Estudar a dinâmica das alterações na funcionalidade psíquica e psicossocial em pacientes com diabetes mellitus, antes e depois de conhecer o diagnóstico	Os pacientes de diabetes mellitus no período temporal da vida “depois de conhecer o diagnóstico”, comparativamente ao período “antes de conhecer o diagnóstico”, evidenciam diferenças estatisticamente significativas de maior expressividade de manifestações da funcionalidade psíquica (nervosismo, ansiedade irritabilidade, depressividade, pessimismo, cansaço e fadiga) e mais baixos nas da atividade psicossocial e laboral (capacidade de trabalho, disponibilidade mental para o convívio com amigos e no seio da família). Na comparação “antes do diagnóstico” e o “momento atual da vida” existem diferenças estatisticamente significativas em todas as categorias acima reportadas, mas quando se compara “depois do diagnóstico” com o “momento atual” as diferenças estatisticamente significativas apenas existem na capacidade de trabalho, cansaço e fadiga, disponibilidade para convívio com amigos, sendo os valores mais baixos no momento atual

Mulheres sob a necessidade de mudança nos hábitos alimentares: aspectos da vivência do diabetes mellitus	Marcelino JA, Ranieri LP, Barreira CRA, Azevedo-Martins AK	2020	Compreender como mulheres com DM vivenciaram a necessidade de mudança em seu hábito alimentar a partir do diagnóstico da doença	Observaram-se três momentos relacionados à mudança de hábito alimentar: antes, depois e o momento do diagnóstico. Os relatos apreendidos resultaram em três categorias para discussão: enfrentamento, recordação do diagnóstico e compartilhamento e convivência em grupo
Diabetes mellitus: a importância da equipe multidisciplinar	Sousa FSR, Andrade AG	2021	Discutir sobre os fatores para minimizar maior incidência e letalidade devido a complicações de ordem micro e macrovasculares; através de um tratamento e acompanhamento eficaz, trazendo enfoque também para outros profissionais da área de saúde, como enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, educador físico e não somente centralizar no médico especialista, buscando assim orientar e estimular mudanças no estilo de vida por meio da educação em saúde	É imprescindível um atendimento voltado a um programa multidisciplinar, com acolhimento e apoio social que vise ofertar ao paciente conhecimento a respeito dos sintomas da doença, suas causas, sua duração e consequências, para que ele possa entender a importância da sua própria recuperação e obter uma adesão muito maior.
Experiências e narrativas de portadores de diabetes mellitus tipo 2 na cidade de Salvador (Bahia) sobre dificuldades para a mudança dos estilos de vida	Almeida TP, Pena PGL.	2021	Compreender a dificuldade de indivíduos com diabetes em mudar o estilo de vida e como este fenômeno funciona para melhor intervenção, explora narrativas e experiências de 10 portadores de diabetes na cidade de Salvador, comparando-as com a literatura a fim de analisar como determinantes sociais lhe são influenciadores	As dificuldades são provenientes de um fenômeno multifatorial, e aspectos como concepções sobre a doença e seu controle, uso e acesso aos serviços de saúde, relacionamento profissional-paciente, suporte social, e ambiente, personalizam cada vivência com a doença, facilitando ou não a motivação para a mudança. Profissionais de saúde e poder público devem se sensibilizar para tais aspectos, e encontram no texto sugestões para contribuir na mitigação de dificuldades e facilitar um estilo de vida preventivo aos adoecidos.
A influência da família na autonomia e participação do cuidado do sujeito diagnosticado com Diabetes mellitus	Souza YRS, Silva JÁ, Silva ITS, Souza TA, Souto Medeiros MR	2021	Compreender a influência da família na autonomia e participação do cuidado do sujeito diagnosticado com diabetes mellitus tipo 2	Os resultados obtidos mostraram que os fatores que influenciam na adesão ao tratamento são multifatoriais e que nem sempre estão diretamente associados à síndrome, mas também à maneira como as pessoas vivem e se relacionam com os outros.

O autocuidado de homens e mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2	Rubira LO, Gutmann VLR, Silva VM, Mota MS, Francioni FF, Piexak DR, Silva CD	2021	Conhecer o autocuidado de homens e mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2	A análise resultou em quatro categorias, denominadas “Conhecimento sobre o que é autocuidado frente ao DM2 e a participação familiar”; “Aspectos gerais do autocuidado praticado acerca do DM2”; “Comportamento alimentar versus o autocuidado”; e “A rotina de vida versus a realização de atividade física”. Comportamentos similares de autocuidado foram encontrados entre homens e mulheres, tais como o cuidado com a alimentação, com os pés e com a medicação, além da realização de exercícios físicos. Neste último, verificou-se que as mulheres estão mais envolvidas nas tarefas do lar e cuidados com outros membros de sua família, o que as distancia, quando comparado aos homens, das práticas de atividades físicas, evidenciando diferenças entre os gêneros
As estratégias em saúde para prevenção da diabetes mellitus na atenção primária: revisão integrativa da literatura	Cordeiro GA, Souza VB	2021	Citar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para identificação e tratamento dos pacientes pré-diabéticos	Foram selecionados oito artigos, publicados em periódicos nacionais e internacionais, com predomínio de estudos randomizados controlados e quase experimentais que avaliaram as estratégias em intervenções em estilo de vida e ferramentas para diagnóstico precoce de pacientes com risco de desenvolver diabetes mellitus. As estratégias utilizadas foram consultas periódicas, educação alimentar, atividade física, palestras, dinâmicas em grupos, envolvimento da comunidade na educação de fatores de risco, além de ferramentas para identificação de pacientes com risco de desenvolver diabetes
Intervenção educativa sobre diabetes mellitus em pacientes atendidos em Nova Iguaçu-RJ	Silva EIR, Martins HDSN, Castro RRT, Moreno AM, Sobreira PGP, Carvalho RW	2021	Analisar os efeitos da educação em saúde em pacientes com Diabetes Mellitus atendidos no Hospital Geral de Nova Iguaçu-RJ, visando ampliar o conhecimento sobre o cuidado integral e interdisciplinar a respeito da doença	Houve mudança significativa em 100% das respostas dos participantes, imediatamente após as oficinas educativas, demonstrando ampliação no conhecimento sobre a doença. Três meses após a intervenção educativa não houve mudança significativamente estatística, demonstrando que a retenção do aprendizado foi eficaz a ponto de perdurar nesse intervalo de tempo

Quadro 1. Características dos artigos científicos selecionados, segundo título, autores, ano de publicação, objetivo e resultados, 2021.

DISCUSSÃO

A incidência de Diabetes mellitus tipo 2 tem aumentado no mundo todo, incluindo o Brasil. Seus desdobramentos atingem também os âmbitos sociais e econômicos, para além dos impactos na saúde pública. Atualmente, são relatados estudos e iniciativas para minimizar esta incidência, especialmente no que se refere às mudanças no estilo de vida de pacientes diagnosticados com a doença; pois é um fator crucial no controle dos efeitos adversos e nas consequências desta condição.⁸

A mudança no estilo de vida de pacientes diagnosticados com Diabetes mellitus necessita de orientações de prevenção e, para tanto, o auxílio de profissionais da saúde e a busca por informações nutricionais de qualidade sobre alimentos e boas práticas de exercícios físicos são fundamentais.⁹

De acordo com Pereira (2020)¹⁰, esta condição afeta também a função psíquica e psicossocial do indivíduo e população acometidos por Diabetes tipo 2. O autor estudou como estas funções são alteradas antes e após seu diagnóstico em 50 indivíduos de ambos os sexos. O método aplicado foi questionário clínico-dinâmico e entrevista. Como resultados, foi possível observar que os indivíduos estudados tiveram impactos negativos após serem diagnosticados com a doença, os sintomas mais relatados foram: ansiedade, irritação, cansaço, eventos depressivos, pensamentos pessimistas, disposição para trabalhar, disposição para eventos sociais e familiares. Portanto, o momento imediato no pós-diagnóstico demonstrou alterações nas funções psíquicas e na capacidade psicossocial dos pacientes, atingindo diretamente a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo.

Para Marcelino e colaboradores (2020)¹¹, em mulheres há o enfrentamento de três momentos diretamente associados às mudanças de hábitos. Primeiro é o momento antes do diagnóstico, o diagnóstico e o pós-diagnóstico. No estudo foram citados que o enfrentamento, a lembrança do diagnóstico e o apoio com vivências e compartilhamento de experiências em grupo são fatores positivos para tais mudanças nos hábitos.

Dessa forma, torna-se primordial o destaque aos estímulos na mudança de estilo de vida de indivíduos acometidos por esta condição, visando a diminuição das consequências negativas em todos os âmbitos.

É importante salientar que o processo de readaptação e as mudanças no estilo de vida para se adequar e controlar a doença são verdadeiros desafios para os pacientes, ainda que haja acompanhamento de profissionais capacitados e de diversos setores da saúde como: médicos, nutricionistas, enfermeiros, psicólogos, educadores físicos, dentre outros.¹²

Neste contexto, Almeida e Pena (2021)¹³, coletaram informações, através de entrevistas, a experiência de 10 indivíduos, diagnosticados com Diabetes tipo 2 em Salvador – BA, em relação às dificuldades diante do estilo de vida e suas mudanças frente à doença. Como resultados, os autores demonstraram que a dificuldade tem natureza multifatorial,

sendo os principais: acesso à saúde, relação paciente-profissional, ambiente e até mesmo apoio social. Tais aspectos podem impactar positivamente ou negativamente nas mudanças dos hábitos de vida. Por fim, os pesquisadores apoiam a tese de que há necessidade de o poder público incentivar e sensibilizar a população sobre tais fatores, uma vez que é direito do cidadão e, incentivar também estudos voltados às práticas efetivas para minimização destas dificuldades, facilitando o acesso destes indivíduos à maior qualidade de vida.

É importante frisar que estudos demonstram que o autocuidado perante à doença é primordial e tem relação direta com as mudanças nos hábitos de vida. Muitos indivíduos não possuem apoio familiar e necessitam de autonomia. Ainda que todo suporte seja necessário, abrir a discussão sobre a própria responsabilidade do paciente perante sua condição e posterior mudança no estilo de vida são essenciais durante o tratamento ¹⁴.

Em relação ao autocuidado, Rubira e colaboradores (2021) ¹⁵, analisaram o autocuidado em pacientes do sexo masculino e feminino com a doença. Para eles, houve semelhança entre os sexos no cuidado com os hábitos alimentares, atividade física, cuidados com os pés e a administração de medicamentos. No caso das mulheres, houve uma pequena diferença no quesito prática de exercício físico, uma vez que a maioria das mulheres do estudo eram donas de casa com tarefas caseiras, portanto, com maiores dificuldades em realizar atividade física. Dessa forma, os autores pontuaram a necessidade de conscientização sobre os cuidados e as mudanças no estilo de vida. Este processo de conscientização pode ser intermediado por profissionais da saúde, de forma prática e através de eventos educativos.

Além disso, medidas e estratégias para prevenção da Diabetes devem ser desenvolvidas e aplicadas na atenção primária ¹⁶. As principais citadas em estudos recentes são: educação alimentar, prática de atividades físicas, consultas regulares, eventos informativos e de instrução, grupos de apoio e dinâmicas e, não menos importante, iniciativas para identificação precoce de indivíduos com predisposição e riscos a desenvolver a doença.

Silva e colaboradores (2021) ¹⁷, analisaram os efeitos da aplicação de eventos educativos em 77 indivíduos com Diabetes tipo 2 em um hospital no Rio de Janeiro, através da aplicação de questionário que abrangia a doença, seus fatores de risco e tratamento. A aplicação foi realizada antes e após a exposição de palestras sobre o tema. Como resultados, os autores mostraram que as respostas dos participantes mudaram em 100% após o evento educativo. Portanto, investir em iniciativas educativas é primordial para aquisição de conhecimento e melhores condições para futuras mudanças no estilo de vida e cuidado com a doença.

CONCLUSÃO

Foi possível concluir que, de acordo com os achados em literatura nos últimos

cinco anos, os pacientes com Diabetes tipo 2 demonstraram impactos negativos após o diagnóstico, alterando as funções psíquicas e psicossocial dos mesmos. Este impacto inicial tem relação direta com a tomada de decisão acerca das mudanças no estilo de vida destes pacientes os quais tendem a passar por três fases: antes, durante e após o diagnóstico.

Em todas as fases foi possível verificar a necessidade de apoio ao enfrentamento da doença, bem como compartilhar a experiência, as vivências e ter no grupo de apoio o suporte necessário para se abrir às mudanças nos hábitos.

Antes do diagnóstico são relatados hábitos como má alimentação e falta de atividade física, durante o diagnóstico notou-se o despertar para a mudança no estilo de vida e no pós-diagnóstico foram percebidos, de fato, as mudanças nos hábitos, porém com ênfase sobre o apoio familiar, determinado grau de autonomia e autocuidado do paciente e, não menos importante, acesso e acompanhamento de profissionais da saúde.

Concluiu-se também que, mulheres tem uma menor disposição para mudança de hábitos, especialmente no quesito atividade física, em detrimento das atividades domésticas que muitas possuem.

De maneira geral, a maioria dos autores frisaram a importância da conscientização sobre cuidados e como realizar mudanças no estilo de vida do paciente. Tal prática é papel do profissional da enfermagem, seja de modo prático nas unidades de saúde, seja em iniciativas educativas, muito efetivas na conscientização, Tais eventos educativos podem ser mediados por estes profissionais dentro do contexto da educação alimentar, incentivo à atividade física, instruções, grupos de apoio liderados por enfermeiros tanto para auxiliar o paciente como os familiares do mesmo. Além disso, iniciativas para prevenção, alerta sobre os fatores de risco e até mesmo diagnóstico precoce cabe ao corpo de enfermagem.

Assim, a mudança positiva no estilo de vida de pacientes com Diabetes mellitus tipo 2 pode ser influenciada pela atuação do enfermeiro (a), garantindo e contribuindo para melhorar a qualidade e a expectativa de vida destes indivíduos.

CONFLITO DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

DEDICATÓRIA

À minha família, por todo apoio e incentivo constantes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por que sem ele eu não teria conseguido, por todas as noites quando pensava em desistir, parava pensava, rezava e ele acalmava meu coração.

À nossa senhora que é minha protetora e mãe, à minha família por sempre me apoiar em todas as minhas decisões, vocês são excepcionais na minha vida acadêmica e profissional.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e Acompanhamento do Diabetes Mellitus- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora; 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica. Diabetes mellitus. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2013:160 p.
3. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: AC Farmacêutica; 2020.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, 2010.
5. Associação Carioca de Diabetes. Federação Nacional das Associações e entidades de diabetes. Diabetes: dê um passo em favor de sua saúde. Aprenda cuidar de seus pés! Campanha de Atenção ao Pé Diabético “De Olho No Pé”[Internet]. 2012.
6. Minayo MCS, Deslandes SF. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. SciELO – Editora FIOCRUZ, 2008.
7. Ministério da Saúde (BR). Resolução N° 510, de 7 de abril de 2016. O plenário do conselho nacional de saúde em sua quinquagésima nona reunião extraordinária, realizada nos dias 6 e 7 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei N° 142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto N° 5.839, de 11 de julho de 2006. Diário Oficial União. 8 abr 2016.
8. Exposito MP. Contribuição para a promoção de estilos de vida saudáveis em usuários com Diabetes Mellitus Tipo 2, pertencentes à ESF Morrinhos do Sul, no município Morrinhos do Sul/RS. Trabalho de Conclusão de Curso UNASUS/UFSCPA, 40 p., 2020.
9. Ferreira DL, Fonseca ECR, Lucas ALR, Silva ACF, Lenci SS, Silva SGF, Resende EAMR. O efeito da orientação preventiva multiprofissional em pacientes com diabetes mellitus. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 45, p. e2381-e2381, 2020.
10. Pereira, FO. Dinâmica das alterações na funcionalidade psíquica e atividade psicossocial antes e depois do diagnóstico de Diabetes mellitus. Psicologia e Saúde em debate, v. 6, n. 2, p. 388-414, 2020.
11. Marcelino JA, Ranieri LP, Barreira CRA, Azevedo-Martins AK. Mulheres sob a necessidade de mudança nos hábitos alimentares: aspectos da vivência do diabetes mellitus. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research, v. 22, n. 2, p. 48-57, 2020.
12. Sousa FSR, Andrade AG. Diabetes mellitus: a importância da equipe multidisciplinar. Gep News, v. 5, n. 1, p. 165-168, 2021.

13. Almeida TP, Pena PGL. Experiências e narrativas de portadores de diabetes mellitus tipo 2 na cidade de Salvador (Bahia) sobre dificuldades para a mudança dos estilos de vida. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, 2021.
14. Souza YRS, Silva JÁ, Silva ITS, Souza TA, Souto Medeiros MR. A influência da família na autonomia e participação do cuidado do sujeito diagnosticado com Diabetes mellitus. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 4, p. e567104141113-e567104141113, 2021.
15. Rubira LO, Gutmann VLR, Silva VM, Mota MS, Francioni FF, Piexak DR, Silva CD. O autocuidado de homens e mulheres com Diabetes Mellitus tipo 2. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 1, p. e27210111675-e27210111675, 2021.
16. Cordeiro GA, Souza VB. As estratégias em saúde para prevenção da diabetes mellitus na atenção primária: revisão integrativa da literatura. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 8, p. 78313-78327, 2021.
17. Silva EIR, Martins HDSN, Castro RRT, Moreno AM, Sobreira PGP, Carvalho RW. Intervenção educativa sobre diabetes mellitus em pacientes atendidos em Nova Iguaçu-RJ. *Revista Neurociências*, v. 29, p. 1-15, 2021.

VALIDAÇÃO DE ELEMENTOS PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM A USUÁRIOS (AS) COM DIABETES MELLITUS: ESTUDO DE TENDÊNCIA

Data de aceite: 04/07/2022

Data de submissão: 07/06/2022

Bárbara Belmonte Bedin

Universidade Federal de Santa Maria.
Mestranda em Enfermagem
Santa Maria, RS
<https://orcid.org/0000-0003-3243-9141>

Laís Mara Caetano da Silva Corcini

Universidade Federal de Santa Maria,
Departamento de Enfermagem
Santa Maria, RS
<https://orcid.org/0000-0001-7596-2333>

Maria Denise Schimith

Universidade Federal de Santa Maria,
Departamento de Enfermagem
Santa Maria, RS
<https://orcid.org/0000-0002-4867-4990>

RESUMO: Objetivo: analisar as tendências das produções acerca da validação de elementos para a consulta de enfermagem a usuários (as) com Diabetes Mellitus. **Método:** trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura realizada no mês de julho de 2021, no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, utilizando como estratégia de busca: “diabetes mellitus” AND tecnologia. A amostra final foi composta por seis estudos. **Resultados e discussão:** a partir da análise identificou-se a tendência para realização de estudos metodológicos, com a validação de manuais,

cartilha educativa, instrumentos, protocolos para serem utilizados durante a consulta de enfermagem, voltada para o autocuidado, prevenção, orientação ao usuário com diabetes mellitus, bem como a dificuldade na devolutiva de juízes especialistas. **Conclusão:** identificou-se inexistência de elementos específicos para guiar a consulta de enfermagem, pontuando, assim, uma lacuna de pesquisas nesta temática. **PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem. Diabetes Mellitus. Estudo de Validação.

VALIDATION OF ELEMENTS FOR NURSING CONSULTATION TO USERS WITH DIABETES MELLITUS: TREND STUDY

ABSTRACT: Objective: to analyze trends in productions about the validation of elements for nursing consultations for users with Diabetes Mellitus. **Method:** this is a narrative literature review study carried out in July 2021, in the Catalog of Theses and Dissertations of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel, using as a search strategy: “diabetes mellitus” AND technology. The final sample consisted of six studies. **Results and discussion:** from the analysis, a tendency to carry out methodological studies was identified, with the validation of manuals, educational booklet, instruments, protocols to be used during the nursing consultation, focused on self-care, prevention, user orientation with diabetes mellitus, as well as the difficulty in returning expert judges. **Conclusion:** the absence of specific elements to guide the nursing consultation was identified, thus punctuating a gap in research on this topic.

KEYWORDS: Nursing. Diabetes Mellitus. Validation Study.

1 | INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) constituem o maior problema global de saúde e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação e incapacidade, além de gerar impactos econômicos para as famílias e sociedade geral. As quatro principais DCNT (Diabetes Mellitus (DM), doença do aparelho circulatório, cânceres e doenças respiratórias crônicas) são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais (MALTA, et al., 2017).

De acordo com a nova Diretriz Oficial 2022 da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), propõe uma nova classificação do DM, focada na etiopatogenia que classifica em Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e os outros tipos de diabetes, incluindo a sua classificação em subtipos de DM, levando em conta as características clínicas do início do diabetes, história familiar, a função residual das células beta, os índices de resistência à insulina, o risco de complicações crônicas, o grau de obesidade e eventuais características sindrômicas. O DM2 é o tipo mais prevalente entre a população, correspondendo a em torno de 90% a 95% dos casos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2022).

Sabe-se que o DM possui alta prevalência e está relacionada a elevadas taxas de morbimortalidade, representando um importante desafio de saúde pública, sendo que seu crescimento é rápido e suas causas estão relacionadas a uma complexa interação entre fatores socioeconômicos, demográficos, ambientais e genéticos (MORECHI et al., 2018).

O profissional enfermeiro está envolvido com ações e práticas de educação, promoção à saúde e prevenção das doenças da comunidade, sendo isto, primordial para o cuidado à saúde das pessoas com DCNT. As ações de promoção à saúde fornecem um olhar sobre a doença, evitam complicações e melhoram a qualidade de vida dos pacientes com cronicidades, assim como das famílias (BECKER; HEIDEMANN, 2020).

Dessa forma, o enfermeiro deve realizar o acompanhamento das pessoas com doenças crônicas, como o DM, por meio da consulta de enfermagem realizada por um processo contínuo de coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, implementação de intervenções necessárias e avaliação do processo, pautados no raciocínio clínico para a tomada de decisões e em um planejamento do cuidado. Porém, na maioria dos serviços de saúde no Brasil a consulta de enfermagem não é ainda instituída e quando realizada, apresenta lacunas em sua implementação e execução (CORTEZ; SANTOS; LANZA, 2021. COFEN, 2009).

Para sistematizar a assistência durante a consulta de enfermagem é necessário o uso de ferramentas como protocolos, tecnologias educativas, instrumentos, formulários, guias,

cartilha educativa. Essas ferramentas auxiliam a promover maior segurança aos profissionais e usuários, melhoria na tomada de decisões. A inclusão de novas tecnologias, auxiliam a aquisição de dados quanto à forma e conteúdo, ampliando o olhar do enfermeiro sobre o processo saúde-doença, trazendo qualificação para o cuidado prestado (LAUTERTE et al., 2020).

Dessa maneira, justifica-se este estudo a partir da necessidade de conhecer os elementos validados para utilizar durante a consulta de enfermagem aos usuários com DM. Neste contexto, o estudo foi conduzido pela seguinte questão de pesquisa: quais as tendências de teses e dissertações acerca da validação de elementos para a consulta de enfermagem aos usuários com Diabetes Mellitus? E tem como objetivo, analisar as tendências das produções acerca da validação de elementos para a consulta de enfermagem aos usuários com Diabetes Mellitus.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão narrativa de literatura, a qual se configura em uma revisão bibliográfica, caracterizada por publicações amplas, que possibilita descrever e discutir o desenvolvimento ou o estado da arte de um determinado assunto, sob ponto de vista contextual ou teórico (LACERDDA; COSTENARO, 2016).

A busca dos estudos foi realizada no mês de agosto de 2021, no Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Para a identificação das produções utilizou-se como estratégia de busca: “diabetes mellitus” AND tecnologia, com aplicação do filtro “Ciências da Saúde” no campo Grande Área Conhecimento.

Como critérios de inclusão estabeleceram-se: teses e dissertações que abordassem a temática, respondendo à questão de pesquisa. Os critérios de exclusão foram: os estudos com resumo incompleto ou não disponível no banco de dados. Para a realização da busca não foi determinado recorte temporal. Dessa forma, o processo de seleção dos estudos, está representado abaixo no fluxograma do processo de seleção das produções (Figura 1).

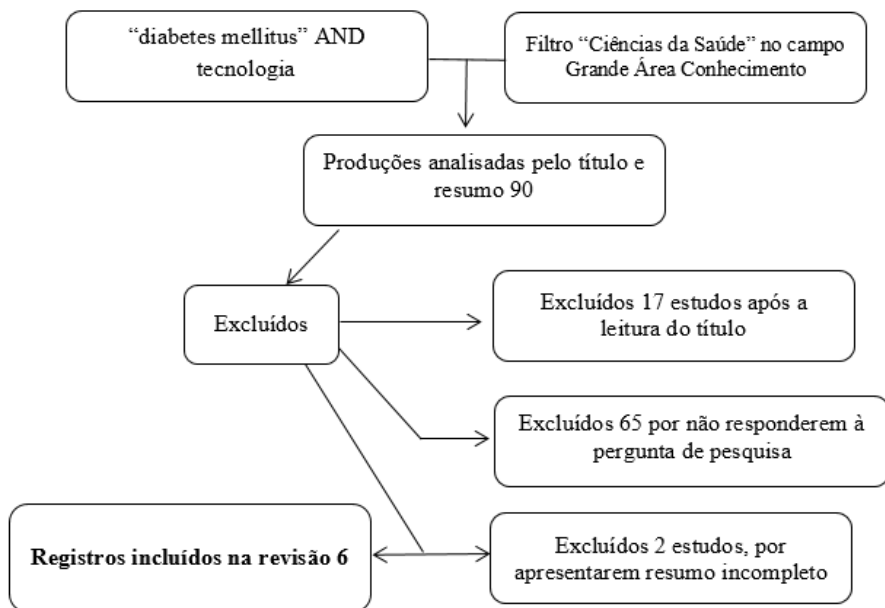


Figura 1- Fluxograma do processo de seleção das produções, no Banco de Teses e Dissertações da Capes. Santa Maria, RS, Brasil, 2021.

Fonte: Próprio Autor, Santa Maria, RS, 2021.

A primeira etapa da análise dos estudos foi realizada por meio da leitura dos resumos e construção do quadro sinóptico, sendo extraídas as seguintes variáveis: código, autor, título do trabalho, objetivo, ano e nível acadêmico, para caracterização dos estudos. Em seguida foi realizada a interpretação dos dados e a elaboração de categorias para avaliar os estudos de acordo com a similaridade.

3 | RESULTADOS E DICUSSÃO

Na presente revisão narrativa de literatura, analisaram-se seis estudos que contemplaram a temática, questão de pesquisa e os critérios de inclusão. Os mesmos foram analisados na íntegra, para que a caracterização, interpretação e discussão fossem realizadas. Inicialmente serão apresentados e caracterizados os estudos selecionados por meio do Quadro Sinóptico (Quadro 1). Após, serão apresentados os principais resultados encontrados nos estudos selecionados por meio de categorias temáticas.

Código	Autor	Título do trabalho	Objetivo	Ano	Nível Acadêmico
A1	MELO, INGRID ALMEIDA DE	Validação de um manual educativo como tecnologia de enfermagem para pessoas com diabetes mellitus tipo 2	Validar um manual educativo para pessoas com diabetes mellitus tipo 2 como tecnologia de enfermagem.	2017	Dissertação
A2	MENDONCA, SIMONIZE CUNHA BARRETO DE	Construção de um instrumento de avaliação do autocuidado dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2	Construir um instrumento de avaliação do autocuidado dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2.	2016	Dissertação
A3	GALDINO, YARA LANNE SANTIAGO	Construção e validação de cartilha educativa para o autocuidado com os pés de pessoas com diabetes	Desenvolver uma cartilha educativa para o autocuidado com os pés junto a pessoas com diabetes mellitus, e sua validação.	2014	Dissertação
A4	PIMENTEL, THIAGO SOUZA.	Construção e Validação do Instrumento para Consulta de Enfermagem ao Indivíduo com Diabetes Mellitus Tipo 2'	Construir e validar o conteúdo e a aparência do instrumento para a consulta de enfermagem ao indivíduo com diabetes mellitus tipo 2 na Atenção Básica	2018	Dissertação
A5	LIMA, NALVA KELLY GOMES DE.	Construção e validação de protocolo de cuidados em enfermagem a pessoa com amputação por complicações diabéticas	Validar um protocolo de cuidados em enfermagem à pessoa com amputação por complicações diabéticas.	2020	Dissertação
A6	LACERDA, CAROLINA MARANHÃO MARQUES.	Construção de cartilha educativa de cuidados preventivos com os pés em pessoas diabéticas	Construir uma cartilha educativa de cuidados preventivos com os pés em pessoas diabéticas.	2017	Dissertação

Quadro 1- Quadro Sinóptico: Caracterização dos estudos selecionados com as variáveis: código, autor, título do trabalho, objetivo, ano e nível acadêmico.

Fonte: Próprio Autor, Santa Maria, RS, 2021.

Dentre os estudos selecionados 100% (06) eram provenientes de dissertações, sendo 33,3% (02) dissertações oriundas de mestrado profissional e 66,6% (04) de mestrado acadêmico. Quanto ao ano de publicação, o ano de 2017 teve 33,3% (02) dos estudos e nos anos de 2014, 2016, 2018 e 2020 16,6% (01) em cada ano descrito. Ao analisar a distribuição demográfica dos estudos a totalidade das produções está concentrada na região do Nordeste do Brasil com 100% (06) dos estudos. Em relação às instituições de ensino, destacaram-se a Universidade Federal de Sergipe com 50% (03) das produções, em seguida a Universidade Estadual do Ceará 33,3% (02) e a Universidade de Pernambuco 16,6% (01). Quanto ao tipo de abordagem, constatou-se a prevalência de pesquisa de desenvolvimento metodológico 100% (06). Este dado relacionado ao tipo de abordagem vai ao encontro a metodologia que é utilizada para realizar a construção e validação de

elementos.

Como resultado da análise emergiram as seguintes categorias: “**Elementos validados para a utilização durante a consulta de enfermagem ao usuário com Diabetes Mellitus**”; e “**Dificuldade na devolutiva dos juízes-especialistas durante a etapa de validação dos estudos**”.

Elementos validados para a utilização durante a consulta de enfermagem ao usuário com Diabetes Mellitus

O estudo **A1** realizou a validação de um manual educativo, como uma tecnologia educacional intitulado “Dona Bete e sua turma de remédios”, para pessoas com DM tipo 2, com o foco em orientações para auxiliar nas atividades de autocuidado. A pesquisa aborda o manual educativo como uma tecnologia de enfermagem, validada, que pode ser utilizada pelos profissionais durante as consultas de enfermagem a fim de auxílio na autonomia para o cuidado de pessoas com DM tipo 2. O manual educativo foi validado pelos juízes e público-alvo.

Já a pesquisa **A2**, propôs a construção e validação de um instrumento específico para realizar a avaliação do autocuidado de pacientes com DM tipo 2, tendo como finalidade contribuir com a melhoria da assistência a esses pacientes. A autora nomeou o instrumento como “Instrumento de Avaliação do Autocuidado dos pacientes com DM2 (INAAP-DM2)”, este elemento poderá instrumentalizar equipes multiprofissionais no desenvolvimento de um modelo de atenção integral aos pacientes impactando, especialmente, no planejando da assistência de enfermagem para avaliar como está o autocuidado do usuário. Ademais o instrumento passou por um pré-teste e foi validado por juízes.

Além disso, o estudo **A3**, aborda a elaboração e validação com juízes e público-alvo, de outra tecnologia educacional, uma cartilha educativa intitulada “Pé Saudável é Pé Bem Cuidado”, para o autocuidado com os pés de pessoas com diabetes mellitus, para promover a adesão ao autocuidado com os pés, sendo outra alternativa para utilizar durante a consulta de enfermagem com o objetivo de sensibilizar e promover o conhecimento acerca dos cuidados necessários para prevenir o surgimento de complicações nos pés de pessoas com diabetes.

A dissertação **A4**, realizou a construção e validação de um instrumento para a consulta de enfermagem ao indivíduo com DM tipo 2 na Atenção Básica, o estudo mencionado mostra a relevância de aplicar o instrumento durante a consulta de enfermagem voltada para o indivíduo, família e comunidade. Por meio deste elemento utilizado na consulta de enfermagem visa alcançar a integralidade do usuário portador de DM2, pois, permite de maneira sistemática, a captação da realidade objetiva como subsídio para o planejamento de intervenções na realidade de vida e saúde desses indivíduos, oportunizando a organização da assistência de enfermagem a esta população. Este instrumento teve a fase de pré-teste e validação por juízes.

O estudo **A5**, foi voltado para a construção e validação de um protocolo de cuidados

em enfermagem à pessoa com amputação devido a complicações diabéticas, este elemento é apropriado para a utilização na prática de enfermagem, pois o instrumento mostrou-se válido quanto ao conteúdo e aparência. Essa ferramenta é válida para a aplicação na prática de enfermagem, servindo para o aperfeiçoamento da assistência e padronização do cuidado, pois está pautado em evidência científica. O estudo foi validado por juízes e público-alvo.

A pesquisa **A6**, também aborda uma cartilha educativa sobre cuidados preventivos com os pés em pessoas diabéticas, intitulada “Cuidado com os pés –Guia prático para prevenir feridas–Orientações para o autocuidado em pessoas portadoras de Diabetes Mellitus”, a mesma foi validada com juízes e público-alvo. A autora da dissertação aborda que por meio da cartilha é possível promover o conhecimento acerca dos cuidados necessários para prevenir o surgimento de complicações nos pés, impactar na adesão em relação ao autocuidado, prevenindo possíveis complicações. Ademais o uso na consulta de enfermagem é capaz de contribuir no diálogo entre profissionais e pacientes, pois a mesma constitui-se uma tecnologia ilustrada de fácil compreensão.

Dificuldade na devolutiva dos juízes-especialistas durante a etapa de validação dos estudos

Os estudos **A1**, **A2** e **A4**, apresentaram dificuldades relacionadas ao tempo de retorno das avaliações, da devolutiva dos juízes durante a etapa de validação dos elementos. A autora da dissertação **A1**, relata que foi estipulado um prazo de 15 dias para a devolução da avaliação dos juízes, porém os questionários foram devolvidos com média de 42 dias, sendo necessário estender o prazo.

No estudo **A2**, também pode-se observar dificuldade no tempo de retorno das avaliações, sucedendo a necessidade de estender o prazo inicialmente da devolutiva, que foi de 30 dias, houve dificuldade também em relação ao número de juízes para aceitarem participar da pesquisa, visto que dos 20 juízes convidados, apenas sete aceitaram o convite da pesquisadora.

Como relatado no estudo **A2**, o estudo **A4**, igualmente houve pouca aceitação dos juízes em participar do estudo e demora em relação ao prazo de devolução dos questionários, além de alguns juízes não apresentarem sugestões para melhoria do instrumento. Ressalta-se que este atraso na devolutiva dos juízes acaba impedindo a produção de estudos utilizando a pesquisa metodológica, o que acaba dificultando a padronização na consulta de enfermagem para os pacientes com diabetes mellitus.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de tendência a respeito das produções acerca da validação de elementos para a consulta de enfermagem aos usuários com DM possibilitou conhecer o que já foi produzido no Brasil referente ao tema. Dessa forma, observou-se uma tendência

a realização de estudos metodológicos, com a validação de elementos, como manuais, cartilha educativa, instrumentos, protocolos para serem utilizados durante a consulta de enfermagem como uma ferramenta para qualificar a assistência, voltada para o autocuidado, prevenção e orientação ao usuário com DM.

Salienta-se a tendência do predomínio de estudos de validação na região Nordeste do Brasil, constatou-se a tendência da realização de validação com juízes e público-alvo, no qual apresenta dificuldades no que tange o prazo para o retorno e aceite dos juízes. Assim, considerando os elementos validados, somente uma pesquisa validou um instrumento para conduzir a consulta de enfermagem, identificando-se, portanto, a lacuna na falta de elementos validados específicos para guiar a consulta de enfermagem. Portanto pontua-se a necessidade de desenvolver novos estudos, pesquisa com esta temática, para fortalecer a assistência, padronizar o cuidado, garantir a cientificidade e preencher a lacuna evidenciada no presente estudo.

REFERÊNCIAS

BECKER, R. M.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível: revisão integrativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2020.

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF): COFEN; 2009.

CORTEZ, D.N.; SANTOS, M.T.; LANZA, F.M. Consulta de enfermagem: o cuidado na perspectiva da pessoa com diabetes mellitus tipo 2/Nursing consultation: care from the perspective of the person with type 2 diabetes mellitus. **Journal of Nursing and Health**, v. 11, n. 1, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 2022 DOI: 10.29327/557753 Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/?utm_source=googleads&utm_medium=search&gclid=CjwKCAjwu_mSBhAYEiwA5BBmf1dkgTFN5KegkLv9BCmeBA5iCiCy_ScNwvFznjKV38zyBVWuCimDxhoC604QAvD_BwE

GALDINO, Y.L.S. **Construção e validação de cartilha educativa para o autocuidado com os pés de pessoas com diabetes** Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, p. 89, 2014.

LACERDA M.R.; COSTENARO R.G.S. **Metodologias da pesquisa para Enfermagem e Saúde: da teoria à prática**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2016.

LACERDA, C. M. M. **Construção de cartilha educativa de cuidados preventivos com os pés em pessoas diabéticas** Dissertação (Mestrado em Gestão em Saúde) Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, p. 114, 2017.

LAUTERTE, P. et al. Protocolo de enfermagem para o cuidado da pessoa com diabetes mellitus na atenção primária. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. 72, 2020.

LIMA, N.K.G. **Construção e validação de protocolo de cuidados em enfermagem a pessoa com amputação por complicações diabéticas** Dissertação (Mestrado em enfermagem) Universidade de Pernambuco. Recife, p. 109, 2020.

MALTA, D.C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

MELO, I.A. **Validação de um manual educativo como tecnologia de enfermagem para pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. Dissertação** (Mestrado em Enfermagem) Universidade federal de Sergipe. Aracaju, p. 183. 2017.

MENDONÇA, S.C.B. **Construção de um instrumento de avaliação do autocuidado dos pacientes com diabetes Mellitus tipo 2.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, p. 179. 2016.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 2014.

MORESCHI, C. et al. Ações das equipes da ESF para a qualidade de vida das pessoas com diabetes/ Actions of FHS teams for the quality of life of people with diabetes< b. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 2, 2018.

PIMENTEL, T.S. **Construção e validação do instrumento para consulta de enfermagem ao indivíduo com diabetes mellitus tipo 2.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, p. 129, 2018.

CAPÍTULO 19

A INTERVENÇÃO EDUCACIONAL DE ENFERMAGEM NA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Data de aceite: 04/07/2022

Data de submissão: 26/04/2022

Luciana Isabel dos Santos Correia

Unidade de Saúde Familiar Águeda + Saúde
– Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo
Vouga – Águeda, Portugal
ORCID: 0000-0002-2424-5104

Sandra Maria Sousa Silva Marques

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
Águeda II – Agrupamento de Centros de Saúde
do Baixo Vouga – Águeda, Portugal
ORCID: 0000-0002-4054-4251

Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira

Escola Superior de Saúde da Universidade
de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) – Vila
Real, Portugal
ORCID: 0000-0002-3162-2086

João Filipe Fernandes Lindo Simões

Escola Superior de Saúde da Universidade de
Aveiro (ESSUA) e Instituto de Biomedicina de
Aveiro (iBiMED) - Aveiro, Portugal
ORCID: 0000-0002-4989-2252

RESUMO: No seu dia a dia a pessoa com Diabetes *Mellitus* (DM) é confrontada com vários desafios (dieta, exercício físico, medicação, autovigilância, cuidar dos pés, consultas) que exigem habilidades e competências para mobilizar recursos físicos, psicológicos, sociais e materiais e ainda capacidade para se autocuidar nos vários contextos: familiar, profissional e

social. A adesão ao regime terapêutico depende muito da mudança de comportamento em saúde, o que representa um esforço difícil para a maioria das pessoas, permanecendo um dos maiores desafios associados à DM. A este respeito a Organização Mundial da Saúde ressalva que a não adesão é reconhecida como um problema de saúde multidimensional, particularmente relevante nas condições crónicas, que para além das consequências negativas que representa para a saúde tem um impacto significativo nos custos em saúde. A educação terapêutica realizada pelo enfermeiro é entendida como uma ferramenta essencial no desenvolvimento de capacidades de autogestão e adaptação do tratamento à doença, ajudando as pessoas e suas famílias a gerir o tratamento e a prevenir ou retardar as complicações, enquanto mantém ou melhoram a sua qualidade de vida, uma vez que permite à pessoa com DM colaborar, com competência reconhecida e de forma ativa, no seu tratamento, como elemento integrante da equipa de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Familiar, Educação em Saúde, Cooperação do Paciente, Autogestão, Diabetes *Mellitus*

EDUCATIONAL NURSING INTERVENTION ON THE ADHERENCE TO THERAPEUTIC REGIME IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

ABSTRACT: In their daily life, people with Diabetes *Mellitus* (DM) are faced with several challenges (diet, physical exercise, medication, self-monitoring, foot care, appointments) that require skills and competencies to mobilize

physical, psychological, social, and material resources and the ability to self-care in various contexts, such as family or professional and social contexts. Adherence to the therapeutic regimen depends heavily on health behaviour change, what represents a difficult effort for most people, remaining one of the biggest challenges associated with DM. In this regard, the World Health Organization points out that non-adherence is recognized as a multidimensional health problem, particularly relevant in chronic conditions, which, in addition to its negative consequences for health, has a significant impact on health costs. Therapeutic education carried out by nurses is seen as an essential tool for the development of self-management skills and adaptation of the disease treatment, helping people and their families to manage the treatment and prevent or delay complications, while maintaining or improving their quality of life, since it allows people with DM to collaborate, with recognized competence and in an active way, in their treatment, as an integral element of the health team.

KEYWORDS: Family Nursing, Health Education, Patient Compliance, Self-Management, *Diabetes Mellitus*.

1 | INTRODUÇÃO

A *Diabetes Mellitus* (DM) é um importante problema de saúde pública, a sua crescente incidência, tratamento e complicações resultam em altos custos, tanto económicos quanto sociais (AL-LAWATI, 2017).

A manutenção do bom controlo metabólico alcançado por meio do processo de adesão ao regime terapêutico é um desafio para os profissionais de saúde, pois a maioria dos utentes tem consciência do que deve fazer, como deve fazer e até quer fazer, mas apenas não o faz (FAJRIYAH et al., 2019).

A adesão ao regime terapêutico é um fenómeno complexo e multifatorial e compreender os elementos que limitam a atuação dos profissionais de saúde nesse processo é fundamental (PRADO & SOARES, 2015). Nesse contexto e sob essa ótica, o tratamento da pessoa com DM deve favorecer a adaptação à sua condição de saúde, possibilitando-lhe através dos seus recursos, o desenvolvimento de mecanismos que lhe permitam conhecer o seu processo saúde/doença de forma mais eficiente para identificar e prevenir complicações e principalmente a mortalidade precoce (ERNAWATI et al., 2021).

As recomendações clínicas referem-se ao autocuidado como elemento fundamental para prevenir complicações da doença, manter a saúde e a qualidade de vida ao longo do tempo (CHESTER et al., 2018).

A educação em enfermagem e os programas de apoio para o autocuidado na DM facilitam o conhecimento, as competências e as habilidades necessárias para alcançar o autocuidado ideal e fornecem o suporte necessário para implementar e sustentar o ajustamento mental e os comportamentos necessários para o autocuidado contínuo (ERNAWATI et al., 2021; FAJRIYAH et al., 2019). A atuação numa prática baseada em evidências científicas e que considere as necessidades, objetivos e experiências de vida dos doentes com DM e outros fatores que influenciam a capacidade de cada um para

enfrentar os desafios da autogestão, promove comportamentos de autocuidado, tomada de decisão informada, resolução de problemas, colaboração ativa da equipa de saúde e por conseguinte melhores resultados clínicos, estado de saúde e qualidade de vida com custo-benefício (WAREHAM & HERMAN, 2016).

2 | EPIDEMIOLOGIA DA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Quanto ao panorama mundial, o IDF (2015), aponta que 415 milhões de pessoas têm DM e outros 318 milhões estão em risco de a desenvolver, estimando-se que em 2040 esse número ascenda a 642 milhões. Especificamente na Europa, estima-se que 8,5% da população adulta possui DM, com taxas de prevalência nacionais dos estados membros a variar entre 2,4% e quase 15,0%, sendo que nesta análise comparativa, Portugal, ocupa o quarto lugar no *ranking* com 9,57% (IDF, 2015).

De acordo com a SPD (2016), em 2015 a prevalência estimada da DM na população portuguesa entre os 20 e os 79 anos (7,7 milhões de utentes), foi de 13,3%, ou seja mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem diabetes e mais de um quarto da população com idades compreendidas entre os 60-79 anos tem DM, pelo que se constata um forte aumento da sua prevalência com a idade. Contudo, dessa proporção 5,8% da população permanece não diagnosticada. A mesma entidade aponta ainda a existência de uma diferença estatisticamente significativa na prevalência entre homens (15,9%) e mulheres (10,9%).

A DM constitui uma das doenças não transmissíveis mais comuns e o aumento da sua prevalência está a ter um impacto negativo na sustentabilidade dos sistemas de saúde em todo o mundo (ADA, 2016). Além do sofrimento humano que as complicações relacionadas com a doença causam na pessoa e nos seus familiares, os seus custos económicos são elevados e abrangem os cuidados de saúde, a perda de rendimentos e os custos económicos para a sociedade em geral, tais como a perda de produtividade e os custos associados às oportunidades perdidas para o desenvolvimento económico (HANDELSMAN et al., 2015; SPD, 2016). As complicações inerentes à DM afetam a qualidade de vida dos portadores (SALEH, MUMU, ARA, HAFEZ & ALI, 2014) e aumentam o risco de eventos negativos, tais como episódios de emergência, hospitalização e a morte, influenciando os custos de saúde e a sustentabilidade do sistema (Fernandes et al., 2016). Por estes motivos, se entende que as pessoas com DM usem os recursos de saúde duas vezes e meia mais do que as pessoas sem DM (WHO, 2010).

A este respeito, em Portugal os custos com a DM são avultados, sendo que em 2014 representou um custo direto estimado entre 1300 – 1550 milhões de euros (valor similar ao ano anterior), correspondendo a 0,7-0,9% do valor do PIB português e 8-10% da despesa em saúde no ano de 2015. Noutra perspetiva se considerarmos o custo médio das pessoas com DM, este representou no ano de 2015, um custo de 1 936 milhões de euros para todos

os indivíduos com DM entre os 20-79 anos, 1% do PIB português e 12% da despesa em saúde (SPD, 2016).

3 | A PESSOA E A FAMÍLIA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Considerando os aspetos epidemiológicos da DM, o envelhecimento populacional verificado na atualidade e o facto de a maioria das pessoas com DM viverem com os seus familiares, é fundamental e urgente que se considere a família como um suporte de interação e relação mútua e como estratégia de cuidados para os seus membros.

A experiência de viver com DM é considerada por NICOLUCCI et al. (2013) um evento causador de stresse crónico para o portador e famílias, afetando vários domínios da vida e na opinião de BURNS et al. (2013) a DM tipo 2 afeta os membros da família de forma diferente, podendo por um lado potenciar a coesão familiar ou por outro causar stresse psicológico.

Face a um indivíduo portador de doença crónica, como é o caso da DM, o foco não pode centrar-se unicamente na doença e no seu portador, uma vez que estes fazem parte de um universo muito maior, complexo e dinâmico que é a família, cujas relações e interações acontecem através de um complexo mecanismo de retroalimentação em que o todo influencia as partes e as partes o todo. Para WRIGHT e LEAHEY (2012), a totalidade da família é muito mais que o simples somatório de cada membro, reforçando que os indivíduos são mais bem compreendidos quando integrados num contexto maior - a família. Neste sentido, BURNS et al.(2013) acrescentam que a DM é uma condição familiar que induz a uma adaptação/reorganização familiar pelas exigências que impõe. Com efeito, a vivência da DM quebra a harmonia orgânica e, muitas vezes, transcende a pessoa do portador, interferindo na vida familiar e comunitária, afetando o seu universo de relações (PÉRES, SANTOS, ZANETTI, & FERRONATO, 2007).

Numa outra perspetiva concetual e esclarecedora da experiência de viver com a DM, MELEIS (2010) refere que, quer ao nível individual, quer ao nível familiar, as mudanças que ocorrem nas funções de identidade, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento constituem transições, ou seja a passagem de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável requer por parte da(s) pessoa(s), a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do *self*.

Ao validar-se que a família influencia de forma marcada o comportamento de saúde dos seus membros e que o estado de saúde de cada indivíduo influencia o modo como a unidade familiar funciona, se depreende que a família é uma organização central que pode ajudar ou não, a pessoa com DM na gestão da doença e a alcançar as metas do seu tratamento (WRIGHT & LEAHEY, 2012).

SILVA (2007), afirma que no contexto familiar face ao diagnóstico de DM tipo 2

acontece a redefinição de papéis na organização hierárquica do sistema familiar para garantir os cuidados e a manutenção do sistema para a sua funcionalidade estrutural, troca esta verificada entre cônjuges, filhos, netos ou outros subsistemas parentais em função do envolvimento afetivo e do grau de conhecimento sobre a doença. Além disso, envolve frequentes adaptações na dinâmica de relações da estrutura familiar pela necessidade de garantir cuidados, pelo significado atribuído à doença e necessidade de melhor conhecê-la, pelos vínculos estabelecidos com os profissionais de saúde possibilitando-lhes mais fácil acesso aos serviços e inserção do cuidado no contexto familiar na sua totalidade e não individualizado ao portador de DM, do suporte de apoio social, de melhores recursos financeiros para o tratamento da doença e de atividades de desporto e lazer.

SAMUEL-HODGE, GENE, CORSINO, THOMAS e SVETKEY (2013) referem que as famílias fazem dois tipos de ajustes para viver com DM, ajustes relacionados aos papéis familiares e ao ambiente alimentar familiar, principalmente quando os padrões tradicionais são considerados como inconsistentes para a gestão da DM, porém as dificuldades na comunicação familiar são uma realidade, pela confusão e conseqüentes conflitos que podem surgir na adoção de novos papéis.

BURNS et al. (2013) afirmam haver um efeito substancialmente negativo no bem-estar emocional dos familiares, ao concluírem que em algumas famílias a obrigação de suporte do familiar com DM constitui uma experiência penosa, preocupante, frustrante e angustiante, pelas complicações a curto e longo prazo e por não terem o conhecimento de como ajudar a pessoa com quem vivem. WRAY (2007), acrescenta ainda, que toda esta condição potencia a sua vulnerabilidade. Por outro lado, há também referências do impacto positivo nos familiares de pessoas com DM, na medida em que promove a adoção de uma alimentação saudável, a prática de exercício físico, e a realização de lidar com os desafios do controlo da DM (BURNS et al., 2013).

As interações que ocorrem entre utentes com DM e a família, desempenham um importante papel na manutenção das mudanças de estilo de vida e na otimização da autogestão da DM e controlo metabólico, pelo que o suporte construtivo disponibilizado pela família, no que se refere ao planeamento de refeições, lembretes de medicação, controlo de glicémia e atividade física, influencia a habilidade para a adoção das atividades do autocuidado e o bem-estar do utente com DM e família (DALTON & MATTEIS, 2014).

A este respeito, MILLER e DIMATTEO (2013), referem que embora o mecanismo preciso pelo qual o suporte social contribui para os resultados de saúde ainda não seja completamente compreendido, alertam no entanto, que o apoio social pode beneficiar a saúde dos indivíduos, amortecendo o stresse, alterando estados afetivos, aumentando a autoeficácia e influenciando a mudança nos comportamentos negativos para a saúde. Também BAIG et al. (2015) encontram evidências de melhoria nos sintomas depressivos, no desconforto, na qualidade de vida, na autoeficácia, no apoio social percebido, no conhecimento, nos comportamentos de autocuidado e hábitos alimentares inerentes à

autogestão da DM.

Neste âmbito, os membros da família constituem importantes fontes de suporte instrumental no acompanhamento às consultas médicas (ROSLAND & PIETTE, 2010), ou lembrando/ajudando a pessoa a realizar um determinado comportamento (TANG, BROWN, FUNNELL & ANDERSON, 2008) e suporte emocional quando disponibilizam conforto e encorajamento nas situações de sofrimento/angústia ou frustração ao longo do tratamento da DM.

Por outro lado, a família pode adotar comportamentos perturbadores ao potencializar conflitos relacionados com os hábitos alimentares, o exercício físico ou a medicação, constituindo barreiras à efetiva autogestão da DM (MAYBERRY & OSBORN, 2014). Com efeito, há evidências de que a falta de suporte nas atividades de autocuidado pode impedir os esforços do utente na implementação das necessárias mudanças comportamentais (MAYBERRY, EGEDE, WAGNER & OSBORN, 2015).

No que se refere às estratégias adaptativas, BENNICH et al. (2017), na revisão integrativa efetuada concluem que ser capaz de comunicar, ajudar e compartilhar a responsabilidade são consideradas interações de suporte, por outro lado a pressão, a crítica e a repreensão contrariam esse efeito, sendo que as primeiras diminuem o stresse, melhoram a interação familiar e por conseguinte aumentam a adesão (AUGUST, ROOK, FRANKS & STEPHENS, 2013) e as segundas contrariamente promovem o sofrimento, a ansiedade e a baixa autoestima, pois um comportamento forçado induz a uma resposta emocional negativa sem um efeito positivo nesse âmbito (AUGUST & SORKIN, 2010). A este respeito ROSLAND et al. (2012) acrescenta ainda que o incentivo por parte da família à autoconfiança, autonomia e realização pessoal para a pessoa com doença, bem como a coesão familiar, associam-se a melhores resultados de saúde e tal como o estudo anterior para além do anteriormente referido os comportamentos familiares que enfatizavam o controlo e a superproteção associam-se a resultados negativos.

Apesar de se verificar esta dualidade de influências na interação familiar a associação entre comportamentos familiares de apoio e obstrutivos é positiva, uma vez que realça o envolvimento dos membros da família no autocuidado, contudo podem não estar capacitados para o desempenho desse papel (MAYBERRY & OSBORN, 2014).

O desenvolvimento de intervenções para a abordagem da pessoa com DM, com o apoio da família é parte integrante da manutenção dos comportamentos de autogestão e da melhoria dos resultados de saúde dos indivíduos com DM tipo 2 (PAMUNGKAS, CHAMROONSAWASDI & VATANASOMBOON, 2017).

4 | A INTERVENÇÃO EDUCACIONAL DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA NA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO DO UTENTE COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

A adesão ao regime terapêutico da DM tipo 2 é complexa, uma vez que esta não se limita apenas a tomar medicação. O regime terapêutico da DM tipo 2 e a consequente manutenção do controlo metabólico compreende o uso de antidiabéticos insulínicos e/ou não insulínicos (em escalada progressiva, segundo norma de orientação da Direcção-Geral da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), e/ou apenas a mudança comportamental relativa aos hábitos de vida (FARIA, 2008).

As recomendações clínicas referem-se ao autocuidado como um elemento fundamental para prevenir complicações da doença, para manter a saúde e a qualidade de vida ao longo do tempo (POWERS et al., 2015).

Neste âmbito, o Modelo de Cuidados na Doença Crónica, constitui uma nova estratégia sistematizada de prestação de cuidados na DM e que está a ser continuamente introduzida em todo o mundo para melhorar o controlo da doença (ADA, 2016). O modelo representa um método para reestruturar os cuidados de saúde através de interações entre sistemas de saúde e comunidades (STELLEFSON, DIPNARINE & STOPKA, 2013) e o seu foco essencial é melhorar o uso de recursos existentes, criar novos recursos e promover uma nova política de interação entre utentes mais esclarecidos e capacitados e equipas de saúde melhor preparadas e proativas (COLEMAN, AUSTIN, BRACH & WAGNER, 2009).

Esta abordagem integrada para o cuidado da pessoa com DM, destaca a importância de um cuidado centrado na pessoa com DM e sua família, definido como um cuidado respeitador e responsivo às suas preferências, necessidades e valores individuais, continuamente em todo o processo de tomada de decisão (ADA, 2016).

A DM exige que a pessoa tome múltiplas decisões diárias relacionadas com a autogestão e realize atividades de cuidados complexas. Neste âmbito, e por forma a garantir o cumprimento das *guidelines* apontadas anteriormente, os programas de educação e o apoio para a autogestão na DM proposto por Powers et al. (2015), fornecem a base para orientar as pessoas na tomada de decisão e nas atividades de autocuidado, programas estes que demonstram evidências consistentes na melhoria dos resultados em saúde, uma vez que para além de reconhecerem o utente como elemento central, há comprometimento mútuo e responsabilidade partilhada (BRUNISHOLZ et al., 2014).

O desenvolvimento de uma abordagem sistémica no cuidado à pessoa com DM tipo 2, que inclua o suporte da família/comunidade/pessoas significativas revela-se custo-efetiva e capaz de reduzir o risco de complicações (Baig et al., 2015), de melhorar os níveis de HbA1c em até 1% (TANG et al., 2015), com efeito positivo na relação psicossocial (AIKENS, ZIVIN, TRIVEDI & PIETTE, 2014), autoeficácia (HU et. al 2014), melhoria de comportamentos relacionados com alimentação saudável e exercício físico (KEOGH et al., 2011), no apoio percebido (TABASI et al., 2014) e conhecimento e adesão à medicação e

qualidade de vida (TANG et al., 2015), pelo que os programas que se concentrem apenas no indivíduo portador podem mostrar-se limitados na obtenção do seu melhor potencial de saúde.

Conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e da sua família, no decorrer do seu ciclo vital, promovendo a consciencialização de todos os intervenientes, das reais dificuldades/necessidades e adaptações exigidas pelas novas situações que geram instabilidade, vem garantir neste âmbito, um cuidado de enfermagem científico, partilhado, holístico e, por conseguinte, mais humanizado e facilitador do alcance de um processo de transição, como é o caso do diagnóstico e manutenção da DM, saudável (MELEIS, 2010). Segundo POWERS et al.(2015) os programas de educação e apoio para a autogestão na DM proporcionam benefícios importantes para os indivíduos durante um processo de transição, referindo que pode ser um recurso eficaz na promoção de transições saudáveis, pois através dele, profissionais de saúde, indivíduo, familiares identificam déficits, preocupações, recursos e pontos fortes no intuito de desenvolver planos de tratamento e autogestão práticos e realistas.

Com efeito, é importante que os enfermeiros, na relação terapêutica que estabelecem com a pessoa/família, promovam o processo de aceitação da doença, e facilitem os conhecimentos necessários para a sua compreensão de forma autónoma e participada em colaboração com a equipa de saúde, já que e de acordo com ERS (2011) o papel da enfermagem, é cuidar, motivar e educar otimizando a adesão ao tratamento clínico, a deteção precoce das complicações crónicas e o controlo glicémico.

O processo de gestão do regime terapêutico da DM, implica um contacto regular entre a pessoa e a equipa de saúde, focado na medicação, na dieta e nas mudanças de estilo de vida que deve adotar de modo a manter a sua condição afastada das complicações agudas e crónicas e da disrupção de vida, sendo que os modelos de intervenção clínica exigem maior poder de comunicação e de treino e educação dos prestadores e utentes (ERS, 2011).

Para tal, foi desenvolvido o Processo Assistencial Integrado da DM tipo 2 (DGS, 2013), com o intuito de colocar o cidadão, com as suas necessidades e expectativas, no centro do sistema, garantindo a continuidade assistencial e a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados, a fim de que o doente receba os melhores cuidados de saúde, atempados e efetivos. Com efeito, são exigências para esse cuidado que a equipa multidisciplinar avalie todos os fatores que influenciam os hábitos de saúde, para intervir naqueles que são determinantes para os estilos de vida saudáveis, realize educação terapêutica e adapte o plano terapêutico e de monitorização clínica às características individuais da pessoa com diabetes, que incluem hábitos de vida (vida social, tempo de lazer, tabaco, álcool, intolerâncias, gostos/preferências, tipo, número e horário de refeições diárias), trabalho (horário, atividade física, deslocações); família (relações e apoio familiar), situação económica (equilíbrio financeiro), autocuidado e terapêutica (barreiras e/ou

dificuldades). A mesma fonte reforça ainda, que a equipa multidisciplinar deve assegurar a educação terapêutica, fornecendo a informação e educação necessárias e adequadas para um maior conhecimento da diabetes e treino das capacidades necessárias para que o indivíduo colabore ativamente no seu controlo metabólico, o mais precocemente possível, de forma personalizada, ajustada e adequada ao longo do tempo.

5 | CONCLUSÃO

A educação terapêutica constitui uma parte importante no tratamento da DM, pois é por intermédio desta que os indivíduos portadores são capacitados para realizar a autogestão da doença. O processo de aprendizagem é complexo e a sua efetividade por intermédio da adesão às atividades de autocuidado, dependem de fatores que incluem comprometimento para o autocuidado, vontade de aprender, apoio familiar, vínculo com a equipa de saúde, situação financeira, influências culturais, além de crenças e atitudes em relação à saúde.

Acreditamos que uma intervenção de enfermagem no âmbito da adesão ao regime terapêutico medicamentoso e não medicamentoso, que inclua o indivíduo, família e comunidade onde está inserido e a perspetiva destes, será mais direcionada às suas dificuldades e por conseguinte mais efetiva no alcance do melhor potencial em saúde. Para tal, constitui-se imprescindível a atuação do enfermeiro de família, cuja intervenção assenta num paradigma que transcende o indivíduo e que inclui a família, a sua complexidade, as suas relações intra e intersistêmicas para um entendimento sistémico da experiência de viver com DM tipo 2, a fim de possibilitar a mobilização de recursos internos e externos que promovam a saúde familiar e a sua autonomia no processo de tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

ADA. (2016). **Standards of Medical Care in Diabetes - 2016**. *Diabetes Care Journal*, 39(1), s112. <https://doi.org/10.2337/dc16-S001>.

AIKENS, J. E., ZIVIN, K., TRIVEDI, R., & PIETTE, J. D. (2014). **Diabetes self-management support using mHealth and enhanced informal caregiving**. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 28(2), 171–176. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2013.11.008>.

AL-LAWATI, J. A. (2017). **Diabetes Mellitus: A Local and Global Public Health Emergency!** *Oman Medical Journal*, 32(3), 177. <https://doi.org/10.5001/OMJ.2017.34>.

AUGUST, K. J., ROOK, K. S., FRANKS, M. M., & STEPHENS, M. A. P. (2013). **Spouses' involvement in their partners' diabetes management: Associations with spouse stress and perceived marital quality**. *Journal of Family Psychology*, 27(5), 712–721. <https://doi.org/10.1037/a0034181>.

AUGUST, K. J., & SORKIN, D. H. (2010). **Marital status and gender differences in managing a chronic illness: the function of health-related social control**. *Social Science & Medicine* (1982), 71(10), 1831–1838. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.022>.

BAIG, A. A., BENITEZ, A., QUINN, M. T., & BURNET, D. L. (2015). **Family interventions to improve diabetes outcomes for adults.** *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1353(1), 89–112. <https://doi.org/10.1111/nyas.12844>.

BENNICH, B. B., RØDER, M. E., OVERGAARD, D., EGEROD, I., MUNCH, L., KNOP, F. K., ... KONRADSEN, H. (2017). **Supportive and non-supportive interactions in families with a type 2 diabetes patient: an integrative review.** *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 9, 57. <https://doi.org/10.1186/s13098-017-0256-7>.

BRUNISHOLZ, K. D., BRIOT, P., HAMILTON, S., JOY, E. A., LOMAX, M., BARTON, N., ... CANNON, W. (2014). **Diabetes self-management education improves quality of care and clinical outcomes determined by a diabetes bundle measure.** *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 533–542. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S69000>.

BURNS, K., NICOLUCCI, A., HOLT, R. I. G., WILLAING, I., HERMANN, N., KALRA, S., ... PEYROT, M. (2013). **Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking indicators for family members living with people with Diabetes.** *Diabetic Medicine*, 30(7), 778–788. <https://doi.org/10.1111/dme.12239>.

CHESTER, B., STANELY, W. G., & GEETHA, T. (2018). **Quick guide to type 2 diabetes self-management education: creating an interdisciplinary diabetes management team.** *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 11, 641–645. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S178556>.

COLEMAN, K., AUSTIN, B. T., BRACH, C., & WAGNER, E. H. (2009). **Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium.** *Health Affairs (Project Hope)*, 28(1), 75–85. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.75>.

DALTON, J. M., & MATTEIS, M. (2014). **The Effect of Family Relationships and Family Support on Diabetes Self-Care activities of older adults: a pilot study.** *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 21(1), 12–24. Retrieved from <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=489d9172-dc18-41cc-be03-5539fc4a7923%40sessionmgr4006>.

DGS. **Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus tipo 2**, Pub. L. No. 001/2013, DGS 152 (2013). Retrieved from <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/02/Processo-Assistencial-Integrado-Diabetes-Mellitus-tipo-2.pdf>.

ERNAWATI, U., WIHASTUTI, T. A., & UTAMI, Y. W. (2021). **Effectiveness of diabetes self-management education (DSME) in type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients: Systematic literature review.** *Journal of Public Health Research*, 10(2), 2240. <https://doi.org/10.4081/JPHR.2021.2240>.

ERS. (2011). **Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus.** ERS. Retrieved from https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/139/DM_Relatorio_Final.pdf.

FAJRIYAH, N., FIRMANI, T. A., MUFIDAH, A., & SEPTIANA, N. T. (2019). **A Diabetes Self-Management Education/Support (DSME/S) Program in Reference to the Biological, Psychological and Social Aspects of a Patient with Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review.** *Journal Ners*, 14(3), 55–64. <https://doi.org/10.20473/JN.V14I3.16979>.

FARIA, H. T. G. (2008). **Fatores Relacionados à Adesão do Paciente.** Universidade de São Paulo.

FERNANDES, J. R., OGURTSOVA, K., LINNENKAMP, U., GUARIGUATA, L., SEURING, T., ZHANG, P., ... MAKAROFF, L. E. (2016). **IDF Diabetes Atlas estimates of 2014 global health expenditures on diabetes**. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 117, 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.04.016>.

HANDELSMAN, Y., BLOOMGARDEN, Z. T., GRUNBERGER, G., UMPIERREZ, G., ZIMMERMAN, R. S., BAILEY, T. S., ... BLONDE, L. (2015). **American Association of clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology - Clinical practice guidelines for developing a diabetes mellitus comprehensive care plan - 2015**. *Endocr Pract*, 21(1), 1–87. <https://doi.org/10.4158/EP15672.GL>.

HU, J., WALLACE, D. C., MCCOY, T. P., & AMIREHSANI, K. A. (2014). **A family-based diabetes intervention for Hispanic adults and their family members**. *The Diabetes Educator*, 40(1), 48–59. <https://doi.org/10.1177/0145721713512682>.

IDF. (2015). **IDF Diabetes Atlas - 7th Edition**. International Diabetes Federation. <https://doi.org/10.1289/image.ehp.v119.i03>.

KEOGH, K. M., SMITH, S. M., WHITE, P., MCGILLOWAY, S., KELLY, A., GIBNEY, J., & O'DOWD, T. (2011). **Psychological family intervention for poorly controlled type 2 diabetes**. *The American Journal of Managed Care*, 17(2), 105–113.

MAYBERRY, L. S., EGEDE, L. E., WAGNER, J. A., & OSBORN, C. Y. (2015). **Stress, depression and medication nonadherence in diabetes: test of the exacerbating and buffering effects of family support**. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 363–371. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9611-4>.

MAYBERRY, L. S., & OSBORN, C. Y. (2014). **Family involvement is helpful and harmful to patients' self-care and glycemic control**. *Patient Education and Counseling*, 93(3), 418–425. <https://doi.org/10.1016/j.jneumeth.2010.08.011>. Autogenic.

MELEIS, A. I. (2010). **Transitions Theory - Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice**. New York: Springer Publishing Company. Retrieved from https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf.

MILLER, T. A., & DIMATTEO, M. R. (2013). **Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy**. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity : Targets and Therapy*, 6, 421–426. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S36368>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Decreto- Lei nº 118/2014, Pub. L. No. 118/2014**, Diário da República 4069 (2014). Diário da República. Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/55076561>.

NICOLUCCI, A., KOVACS BURNS, K., HOLT, R. I. G., COMASCHI, M., HERMANN, N., ISHII, H., ... DAWN2 STUDY GROUP. (2013). **Diabetes Attitudes, Wishes and Needs second study (DAWN2™): Cross-national benchmarking of diabetes-related psychosocial outcomes for people with diabetes**. *Diabetic Medicine*, 30(7), 767–777. <https://doi.org/10.1111/dme.12245>.

PAMUNGKAS, R. A., CHAMROONSAWASDI, K., & VATANASOMBOON, P. (2017). **A Systematic Review: Family Support Integrated with Diabetes Self-Management among Uncontrolled Type II Diabetes Mellitus Patients**. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 7(3). <https://doi.org/10.3390/bs7030062>.

- PÉRES, D. S., SANTOS, A. M., ZANETTI, M. L., & FERRONATO, A. A. (2007). **Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos.** *Revista Latino-Am Enfermagem*, 15(6), 8. Retrieved from www.eerp.usp.br/rlae.
- POWERS, M. A., JOAN BARDSLEY, R., MARJORIE CYPRESS, R., PAULINA DUKER, C., MARTHA FUNNELL, R. M., AMY HESS FISCHL, R., ... TO MARGARET POWERS, C. A. (2015). **DSME Support in type 2 Diabetes.** *The Diabetes Educator*, XX(X), 1–14. Retrieved from https://www.diabeteseducator.org/docs/default-source/practice/practice-resources/position-statements/dsme_joint_position_statement_2015.pdf?sfvrsn=0.
- PRADO, M., & SOARES, D. (2015). **Limites e estratégias de profissionais de saúde na adesão ao tratamento do diabetes: revisão integrativa.** *Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online*, 7(4), 3110–3124. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i4>.
- ROSLAND, A.-M., HEISLER, M., & PIETTE, J. D. (2012). **The impact of family behaviors and communication patterns on chronic illness outcomes: a systematic review.** *Journal of Behavioral Medicine*, 35(2), 221–239. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9354-4>.
- ROSLAND, A.-M., & PIETTE, J. D. (2010). **Emerging Models for Mobilizing Family Support for Chronic Disease Management: A Structured Review.** *Chronic Illn.*, 6(1), 7–21. <https://doi.org/10.1177/1742395309352254>.
- SALEH, F., MUMU, S. J., ARA, F., HAFEZ, M. A., & ALI, L. (2014). **Non-adherence to self-care practices & medication and health related quality of life among patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study.** *BMC Public Health*, 14, 431–439. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-431>.
- SAMUEL-HODGE, C. D., CENE, C. W., CORSINO, L., THOMAS, C., & SVETKEY, L. P. (2013). **Family diabetes matters: a view from the other side.** *Journal of General Internal Medicine*, 28(3), 428–435. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2230-2>.
- SILVA, L. W. S. (2007). **A dinâmica das relações da família com o membro idoso portador de diabetes mellitus tipo 2.** Universidade Federal de Santa Catarina. Retrieved from <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/90047/243039.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- SPD. (2016). **Diabetes: Factos e Números - Ano de 2015 - relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes.** (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Ed.). Lisboa: Letra Solúvel. Retrieved from <http://spd.pt/images/OND/DFN2015.pdf>.
- STELLEFSON, M., DIPNARINE, K., & STOPKA, C. (2013). **The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: a systematic review.** *Preventing Chronic Disease*, 10, E26. <https://doi.org/10.5888/pcd10.120180>.
- TABASI, H., MADARSHAHIAN, F., NIKOO, M., HASSANABADI, M., & MAHMOUDIRAD, G. (2014). **Impact of family support improvement behaviors on anti diabetic medication adherence and cognition in type 2 diabetic patients.** *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 13(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s40200-014-0113-2>.
- TANG, T. S., BROWN, M. B., FUNNELL, M. M., & ANDERSON, R. M. (2008). **Social Support, Quality of Life, and Self-Care Behaviors Among African Americans With Type 2 Diabetes.** *The Diabetes Educator*, 34(2), 266–276. <https://doi.org/10.1177/0145721708315680>.

TANG, T. S., FUNNELL, M. M., SINCO, B., SPENCER, M. S., & HEISLER, M. (2015). **Peer-Led, Empowerment-Based Approach to Self-Management Efforts in Diabetes (PLEASED): A Randomized Controlled Trial in an African American Community.** *Annals of Family Medicine*, 13 Suppl 1(Suppl 1), S27-35. <https://doi.org/10.1370/afm.1819>.

WAREHAM, N. J., & HERMAN, W. H. (2016). **The Clinical and Public Health Challenges of Diabetes Prevention: A Search for Sustainable Solutions.** *PLOS Medicine*, 13(7), e1002097. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1002097>.

WHO. (2010). **Global status report on noncommunicable diseases 2010.** Geneva. Retrieved from http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf

WRAY, L. (2007). **Living with Type 2 diabetes: marital perspectives of middle-aged and older couples.** *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(2), 25–32. Retrieved from https://www.academia.edu/33785941/Living_with_Type_2_diabetes_marital_perspectives_of_middle-aged_and_older_couples

WRIGHT, L. M., & LEAHEY, M. (2012). **Enfermeiras e Famílias - Guia Para Avaliação e Intervenção na Família.** (E. Roca, Ed.) (5ª edição). São Paulo. Retrieved from <https://issuu.com/guanabarakoogan/docs/amostras-wright>.

CAPÍTULO 20

SIGNIFICADO DEL CUIDADO DESDE LA VIVENCIA DE PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN CON ASISTENCIA PALIATIVA

Data de aceite: 04/07/2022

Data de submissão: 10/06/2022

Rocío López Manríquez

Enfermera, Mg. En Enfermería

Luis Silva Burgos

Sociólogo, PhD en sociología. Profesor asistente, carrera de Administración Pública, Universidad San Sebastián

Lorena Parra López

Enfermera, Mg. en Investigación Social y Desarrollo. Docente facultad de Enfermería, Universidad Andrés Bello, Sede Concepción. Autopista 7100, Talcahuano. Chile

RESUMEN: Diversas modificaciones sociodemográficas, culturales y epidemiológicas de la población chilena han propiciado cambios en el sistema sanitario. El envejecimiento de la población es un importante factor para comprender el aumento del cáncer en Chile, lo que sumado al incipiente avance médico y tecnológico, logra ampliar significativamente el tiempo de supervivencia en situaciones de enfermedad terminal (1,2). Bajo esta misma lógica, radica el aumento de las personas dependientes que requieren cuidados. El concepto cuidado, implicaría la capacidad de respetar a cada individuo tal y como se manifiesta incluyendo sus defectos, virtudes, necesidades y exigencias, por lo que el cuidado en salud es experimentado de diversa manera según el contexto, la situación y las vivencias pasadas que

haya tenido una persona en particular. Desde este punto nace la interrogante que tiene lugar con conocer aspectos inherentes al ser humano en su cotidianidad y apunta más bien a explorar el significado que tiene para esa persona en particular el cuidado otorgado por su entorno. **Objetivo:** Explorar el significado del cuidado desde la vivencia de personas que se encuentran con asistencia paliativa en el marco del Programa Nacional Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos. **Método:** Estudio de abordaje cualitativo de diseño fenomenológico, basado en la aplicación de una entrevista en profundidad a personas que se encuentren recibiendo asistencia paliativa de modalidad domiciliaria. El discurso de los participantes reconoce el cuidado como una entrega absoluta y desinteresada hacia una persona con diversas necesidades suscitadas por cambios surgidos a partir de la experiencia de recibir asistencia paliativa, la que consta principalmente de componentes emocionales por sobre los componentes teóricos-prácticos, cuyos matices realza la importancia del soporte entregado por enfermero(a)s y cuidadores informales en este campo en particular y durante el final de la vida.

PALABRAS CLAVE: Cuidado, Significado, Enfermería, Cuidados paliativos domiciliarios, Cuidador informal.

MEANING OF CARE FROM THE EXPERIENCE OF PEOPLE WHO ARE WITH PALLIATIVE CARE

ABSTRACT: Various sociodemographic, cultural and epidemiological modifications of the Chilean

population have led to changes in the health system. The aging of the population is an important factor in understanding the increase in cancer in Chile, which, together with the incipient medical and technological progress, manages to significantly extend the survival time in situations of terminal illness (1,2). Under this same logic, lies the increase in dependent people who require care. The concept of care would imply the ability to respect each individual as it manifests, including its defects, virtues, needs and demands, so that health care is experienced in different ways depending on the context, the situation and past experiences that had a particular person. From this point the question arises that takes place with knowing aspects inherent to the human being in his daily life and aims rather to explore the meaning that the care given by his environment has for that particular person. **Objective:** To explore the meaning of care from the experience of people who find palliative assistance within the framework of the National Pain Relief Program for Cancer and Palliative Care. **Method:** Qualitative approach to phenomenological design, based on the application of an in-depth interview to people who are receiving palliative assistance at home. The participants' speech recognizes care as an absolute and selfless dedication to a person with various needs caused by changes arising from the experience of receiving palliative assistance, which consists mainly of emotional components over theoretical-practical components, whose nuances enhance the importance of support delivered by nurses and formal and informal caregivers in this particular field and in the last stage of life.

KEYWORDS: Care, Meaning, Nursing, Home palliative care, Informal caregiver.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un importante factor para comprender el aumento del cáncer tanto en Chile como en el mundo, todo esto sumado al incipiente avance médico y tecnológico que amplían el tiempo de sobrevida en situaciones de enfermedad terminal (1,2). En este sentido, los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de las personas, previenen y alivian el sufrimiento a través del manejo adecuado del dolor y otros problemas asociados, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual (3). Bajo esta misma lógica, radica el aumento de las personas dependientes que requieren cuidados (2).

El concepto "cuidado", en la actualidad, sigue siendo un término con diferentes acepciones; sin embargo, si se posiciona en el campo de la salud, puede ser entendido como la capacidad de aplicar tecnologías, procedimientos, acciones o sencillamente hacer cosas a favor del estado de salud de los pacientes, sin embargo, solo en algunos casos es asociado a la interacción que se establece en el proceso de salud y enfermedad. El cuidado implicaría la capacidad de respetar a cada individuo tal y como se manifiesta incluyendo sus defectos, virtudes, necesidades y exigencias (4), por lo que el cuidado en salud es experimentado de diversa manera según el contexto, la situación y las vivencias pasadas que haya tenido una persona en particular (5).

Variadas son las concepciones que se le atribuyen al término "cuidado" en salud (4) debido a que esta expresión varía sus características acorde al contexto histórico que

representa (6). Según Fernández (7) cuidar, “es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad”. En Enfermería, la conceptualización del cuidado ha sido una tarea de variados teóricos de la disciplina, como Watson (8) quien plantea que “cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo del ser humano, estableciendo al mismo tiempo un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar”, en la cual se trata de entender al sujeto como un igual, mientras que para Swanson (8), “cuidar corresponde a una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado, hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal”.

Por otro lado, la familia es la mayor prestadora de atención de salud en nuestro medio, es una de las instituciones sociales más antiguas y fuertes (9). La mayoría de los cuidados brindados a personas dependientes es realizada por los familiares más cercanos al interior del hogar (2) surgiendo de este modo el rol del cuidador informal (10,11), definiéndose como aquella “prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen” (12). Generalmente se trata de una actividad fuertemente feminizada (12,13). El cuidado informal es un concepto complejo y multidimensional, el que no consiste solo en la realización de una serie de tareas, sino que debe ser comprendido como un proceso de identificar necesidades, relacionarse con la persona cuidada, al mismo tiempo de asumir responsabilidades delegadas y supervisadas por el equipo profesional (12).

Desde este punto nace la interrogante que tiene lugar con conocer aspectos inherentes al ser humano en su cotidianidad y apunta más bien a explorar el significado que tiene para esa persona en particular el cuidado otorgado por su entorno.

METODOLÓGIA

Se realizó un estudio de abordaje cualitativo, con un diseño de tipo fenomenológico. Las preguntas serán abordadas desde la perspectiva fenomenológica como una forma de sumergirse en la experiencia vivida, siendo en profundidad y buscando develar lo que para la persona es relevante.

El sujeto de estudio, corresponde a la persona que se encuentra recibiendo asistencia paliativa dentro de la modalidad de atención domiciliaria en torno al marco del Programa Nacional Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos de Chile.

El reclutamiento de los participantes se realizará una vez obtenida la autorización por parte del Comité Ético Científico. En primera instancia se procederá a coordinar una reunión con la Enfermera encargada del Programa Nacional Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, cuya finalidad será la presentación de los antecedentes del protocolo y la entrega de datos de contacto de la investigadora a cargo.

ANÁLISIS

Se presenta un análisis de los discursos de los participantes en conjunción con diversas fuentes orientadas a la consecución del fenómeno de estudio. De esta manera se logró plasmar patrones de sentido detectados o grupos de significado y se desprenden dos grandes áreas temáticas:

Tema A: experiencia del cuidado recibido por profesionales de Enfermería.

El discurso de los participantes reconoce el cuidado como una entrega absoluta y desinteresada hacia una persona con diversas necesidades suscitadas por cambios surgidos a partir de la experiencia de recibir asistencia paliativa producto de una enfermedad terminal, la que consta principalmente de componentes emocionales por sobre los componentes teóricos- prácticos, cuyos matices realza la importancia del soporte entregado por enfermero(a)s en este campo en particular y durante el final de la vida. El cuidado en este sentido es percibido como un encuentro de ayuda necesaria que permite y da paso no solo a aspectos relacionados con la aplicación consciente del juicio profesional, sino más bien, orientado a aspectos emocionales, evidenciado en discursos como:

“(...) me ayudó harto, uno chacharea también cuando viene y me sirve para distraerme... me daban tiempo si para dialogar, se nota la preocupación (A-1.1)

“(...) son bien buenos... ella sabe hacer su trabajo, me pregunta como estoy, como me he sentido, me conversa y hace sus cosas también” (A-6.1)

El surgimiento de nuevos grupos de significado hace alusión principalmente a la importancia del tiempo utilizado en los controles destinados a la conversación, propiciando así espacios de distensión y distracción, siendo ésta valorada como una herramienta que permite en algunos casos, el alivio del dolor.

“(...) que le conversen, que se den el tiempo como le digo eso ayuda que uno se distrae un poco del dolor” (A-2.4)

Es aquí donde la comunicación terapéutica, entendida como un proceso mediante el cual el profesional de enfermería establece una relación con el paciente (14), adquiere una mayor importancia. Ésta da cuenta de una intención comunicativa que debe estar presente a la hora de llevar a cabo el cuidado, estableciendo previamente una relación interpersonal y de escucha activa, en donde los espacios de encuentro y comunicación entre los profesionales de enfermería y los pacientes se convierten en un soporte especial y sumamente relevante a la hora de recibir un cuidado. En este sentido, el significado de escuchar y hablar con los pacientes corresponde a una forma de dar cuidado esencial, que marca la diferencia en el transcurso de la enfermedad(15).

En consecuencia, los pacientes requieren momentos en los cuales puedan expresar sus sentimientos, se les permitan ser escuchados y sentirse acompañados (15). Estos discursos coinciden con estudios que establecen que la comunicación es el elemento esencial para una buena muerte, la que, estando ausente, genera incertidumbre en el “qué

hacer” ante el final de la vida, incrementando el sufrimiento y malestar del enfermo y de los familiares (16), además de demostrar que las relaciones significativas son una de las principales funciones de la comunicación en la asistencia de enfermería, estableciendo una relación capaz de producir cambios de actitud y de comportamiento (17), evidenciado en discursos como:

“(...) yo lo único que quería era morirme, no quería nada más y de a poquito me empecé a levantar... después que me venían a ver y me encontraban mejor, me fui parando” (A-1.2)

Respecto a la percepción de las diversas intervenciones y procedimientos recibidos, destacan discursos como:

“(...) A uno le explican y uno ya sabe lo que están haciendo entonces eso me prepara, me ayuda para saber en que estoy” (A- 1.3)

“(...) me cuentan las cosas que me hacen igual (y me siento) más tranquilo igual, como uno no sabe de esas cosas uno se siente tranquilo” (A-3.3)

Nuevamente entra en un rol importante la comunicación, esta vez orientada en la capacidad de explicar previamente todas aquellas acciones que se realizaran frente a un procedimiento en particular, permitiendo al paciente, la adquisición de conocimientos relativos con la atención en salud, generando tranquilidad y una disminución significativa de incertidumbre frente a aspectos más técnicos.

Resultados relacionado con la experiencia de cuidado recibido por cuidador informal (Tema B)

Sin duda, la familia es la mayor prestadora de atención de salud, siendo considerada como una de las instituciones sociales más antiguas y más fuertes (18). En los miembros de ésta, recae la función de cuidadores informales, definida como una “prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen” (12).

De acuerdo a la descripción del perfil de los participantes, se pueden evidenciar características comunes con diversos estudios que posicionan al cuidado informal como una actividad fuertemente feminizada (12,13). La percepción de cuidado en este punto nuevamente recae en aspectos emocionales con matices que emergen desde la capacidad que poseen los cuidadores informales de conocer profundamente las necesidades y las características de los participantes, además de dominar conocimientos teóricos- prácticos relativos al cuidado, todo esto sumado a la capacidad de adquirir de manera autónoma nuevos conocimientos sustentados en referentes confiables (profesionales de otras áreas). Los cuidadores informales quienes para estos casos en particular mantienen una relación cercana y consanguínea con los participantes, favorecen la generación de un ambiente de confianza, de seguridad y comodidad percibido por quién recibe cuidados.

“(...) yo me siento segura, sé que con ellos no me puede pasar nada malo, porque

todo lo hacen por mí es con cariño y si no saben algo... preguntan, no andan al lote...” (B-4.2)

“(...) me siento a gusto, la confianza que me da cuando me atiende... yo sé que de momento ella sabe lo que hace, más adelante vaya a saber uno, quizás necesite que haga otro tipo de cosas que no sabe, ahí ... se la va a rebuscar para ayudarme...” (B- 6.2)

Frente a esto, resalta la función de cuidadores informales, la que no solamente consiste en la realización de una serie de tareas, sino que debe ser comprendido como un proceso de identificar necesidades, relacionarse con la persona cuidada, al mismo tiempo de asumir responsabilidades delegadas y supervisadas por el equipo profesional (12).

“(...) el lado más humano es lo que más importa creo yo, están los profesionales que saben del tema de la medicina y todo eso, pero tienen que aprender de los que cuidan también, no tiene estudios ni nada, pero uh sería otra cosa si mezclaran lo médico con el cariño con el me cuida acá, mi señora” (B-1.3)

Teóricamente se establece que el cuidado innato, se distingue de aquel que es llevado a cabo por un profesional de enfermería de manera estructurada y formal a través de las diversas técnicas aprendidas durante su formación profesional (19). Los grupos de significados que, para los participantes apuntan a aspectos más inherentes al ser humano, distinguen en cierta medida el cuidado profesional de aquel informal, siendo este último percibido como un referente de cuidado humanizado, presentándose como el punto de inflexión en que radica la principal diferencia.

Vivir o cuidar de una persona con cáncer, genera profundas modificaciones en la vida familiar, aumentando las necesidades de apoyo y soporte para el enfermo y la familia(20). En este punto resulta importante destacar que los cuidadores y familia en general, requieren de soporte no solo teórico y práctico, sino que también emocional y espiritual. Lo anterior radica en que el cuidador no es un simple espectador de la experiencia que vive su ser querido; es un actor y, por tanto, su experiencia frente a una enfermedad terminal es tan profunda y compleja como de quien la padece.

Es por esto que resulta necesario que diversos profesionales actúen como facilitador al interior de la familias ayudando a explorar sentimientos y miedos relacionados al cáncer, fomentar la comunicación entre estos, evaluar el impacto de la enfermedad a nivel estructural y fomentar la reorganización del sistema a partir del diagnóstico, durante y posterior al tratamiento, incluyendo, si es necesario, extender los servicios más allá de la muerte (21).

En cuanto aquellos rasgos que los participantes atribuyen a un cuidador informal destacan componentes emocionales y técnicos plasmados en los siguientes discursos:

“(...) Paciencia más que nada, que la quieran a uno, que le presten atención, tiene que tener buena voluntad también... no cualquiera hace tanto sacrificio” ... (B-2.4)

“(...): cariño, paciencia y preocupación, que lo conozcan a uno y que lo ayuden ... a que a uno lo mantengan con alegría ...eso igual es importante para no deprimirse... porque

afecta harto, quizás cuando me toque partir me vaya intranquilo y con eso no... (B-3.4)

“(...) partiendo que sepa que hacer- que tenga conocimientos también de lo que hace... no es llegar y hacer las cosas al lote, eso le da seguridad en lo que hace y uno también se entrega, uno confía en ellos...” (B-4.4)

CONSIDERACIONES FINALES

A partir del análisis presentado en relación con la experiencia de cuidado en contexto de asistencia paliativa, se identificaron diversos grupos de significado los que permitieron precisar los principales hallazgos de la investigación.

Uno de ellos hace hincapié en la esencia del cuidado, El discurso de los participantes reconoce al cuidado como una entrega absoluta y desinteresada hacia una persona con diversas necesidades surgidas a partir de la experiencia de recibir asistencia paliativa, haciendo énfasis en aquellos componentes emocionales inherentes al ser humano, así como la intención genuina de interesarse empáticamente por un tercero, considerando a la persona en todas sus dimensiones.

La percepción otorgada por los participantes, coincide con los lineamientos que teóricamente se encuentran definidos, estipulando que el proceso de cuidado, debe resultar en crecimiento y ocurre independiente de la curación (26), aplicando una serie de valores, deseos y acciones que se mantiene en armonía con el compromiso de cuidar(22).

Otro hallazgo, responde a la implicancia del proceso terapéutico de la conversación y sus matices, como uno de los aspectos fundamentales que participan en el proceso de alivio del dolor, propiciando el afrontamiento y/o adaptación de las personas y su entorno familiar a la etapa final de la vida.

El tiempo empleado por diversos profesionales para lograr y llevar a cabo este proceso, corresponde a uno de los aspectos más valorados por los participantes el que junto con la comunicación terapéutica, entendida como un proceso mediante el cual la persona que proporciona el cuidado establece una relación con el paciente (23), propician espacios de distensión y distracción, utilizado en algunos casos como un mecanismo alternativo para lograr el alivio del dolor. La comunicación terapéutica da cuenta de una intención comunicativa que debe estar presente a la hora de llevar a cabo el cuidado, estableciendo previamente una relación interpersonal y de escucha activa, en donde los espacios de encuentro y comunicación entre los profesionales de enfermería y los pacientes se convierten en un soporte especial y sumamente relevante a la hora de recibir un cuidado. En este sentido, el significado de escuchar y hablar con los pacientes corresponde a una forma de dar cuidado esencial, que marca la diferencia en el transcurso de la enfermedad (15).

En consecuencia, se puede entender que la persona que recibe cuidado requiere de momentos en los cuales puedan expresar sus sentimientos, se les permitan ser escuchados

y sentirse acompañados (15). Estos discursos coinciden con estudios que establecen que la comunicación es el elemento esencial para una buena muerte, la que, estando ausente, genera incertidumbre en el “qué hacer” ante el final de la vida, incrementando el sufrimiento y malestar del enfermo y de los familiares (24), además de demostrar que el establecimiento de relaciones significativas es una de las principales funciones de la comunicación en la asistencia de enfermería, estableciendo una relación capaz de producir cambios de actitud y de comportamiento de los pacientes(72).

REFERENCIAS'

1. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Estrategia nacional de Cáncer [Internet]. Santiago, Chile: MINSAL; 2016; 72. Recuperado el 8 de jun 2022. Disponible desde: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf>.
2. Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile. Informe final “Estudio sistematización y descripción de los perfiles de las cuidadoras de personas dependientes, las demandas de apoyo que las cuidadoras presten y los programas existentes para aliviar el trabajo de cuidado”. [Internet];2015. :1-76. Recuperado el 8 de jun 2022. Disponible en: https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/btca/txtcompleto/Final_Perfil_de_Cuidadoras.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa, Nota descriptiva “Cuidados paliativos”. [Internet]. 2017. Recuperado el 06 de jun 2022. Disponible desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>
4. Hernández GR. El cuidado de enfermería: una reflexión sobre el cuidado humanístico. *Enf Horizonte* [Internet]. 2012. Recuperado el 04 de jun 2022;23:9-12. Disponible desde:<http://publicaciones.horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/12100>
5. Martínez FT. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Enf Neurol* [Internet]. 2012. Recuperado el 06 de jun 2022; 11(2):98-101. Disponible desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126696013>
6. Martínez Martín ML, Chamorro Rebollo E. Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero. 2da ed. Amsterdam; Barcelona: Elsevier [Internet]. 2011. Recuperado el 7 de jun 2022; 151-165 p. Disponible desde: <http://media.axon.es/pdf/82953.pdf>
7. Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan* [Internet]. 2009. Recuperado el 06 de jun 2022;9:128-34. Disponible desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>
8. Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey. Modelos y Teorías en enfermería. 7ma ed. España: Elsevier; 2011.
9. Vaquiro Rodríguez S, Stieповich Bertoni J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería* [Internet]. Ago 2010. Recuperado el 05 de jun 2022;16(2). Disponible desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en

10. Espinoza Miranda Karina, Jofre Aravena Viviane. BURDEN, SOCIAL SUPPORT AND SELF-CARE IN INFORMAL CAREGIVERS. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2012 Aug [cited 2022 June 10]; 18(2): 23-30. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000200003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000200003>.
11. Gómez Soto María. Cuidar al cuidador informal. Fundación de enfermería de Cantabria [Internet]. 2015. Recuperado el 03 de jun 2022;2(15):57-62. Disponible desde: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/119/115>
12. García M DM. El papel del cuidado informal en la atención a la dependencia: ¿Cuidamos a quiénes cuidan? [Internet]:19-21. Disponible desde: https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/7_cuidadoinformal.pdf
13. Figueroa Y. Situación del cuidador y características del cuidado de personas con discapacidad en Santiago de Cali. *Revista Chilena de Salud Pública* [Internet]. Nov 2011. Recuperado el 07 de jun 2022;15(2). Disponible desde: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/17174>
14. Naranjo I, Ricaurte G. La comunicación con los pacientes. *Invest. Educ. enferm.* 2006 [Internet]. Recuperado el 08 de jun 2022; 24(1): 94- 98. Disponible desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf>
15. Urive S, Langoueyte G. Estar ahí, significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería. *Avanc en Enferm* [Internet]. 2014. Recuperado el 7 de jun de 2022;32(2):261-70. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/46230>
16. Ordóñez V, Monroy N. Experiencia de familiares de enfermos con cáncer terminal respecto a las decisiones al final de la vida. *Nova Scientia* [Internet]. 2016. Recuperado el 05 de jun de 2022;8(17). Disponible desde: <http://novascientia.delasalle.edu.mx/ojs/index.php/Nova/article/view/545>
17. Araújo I, Da Silva R, Bonfim I, Fernández A. La comunicación de la enfermera en la asistencia de enfermería a la mujer mastectomizada: un estudio de Grounded Theory. *Revista Latino- Americana de Enfermagem* [Internet]. febrero de 2010. Recuperado el 09 de jun 2022;18(1):54-60. Disponible desde: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000100009&lng=en&tlng=en
18. Vaquiro Rodríguez S, Stiepovich Bertoni J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería* [Internet]. Ago 2010. Recuperado el 05 de jun 2022;16(2). Disponible desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
19. Urra M E, Jana A A, García V M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería* [Internet]. Dic 2011. Recuperado el 06 de jun 2022;17(3):11-22. Disponible desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
20. Castañeda H. Calidad de vida y adherencia al tratamiento de personas con enfermedad crónica oncológica. *Revista Cuidarte* [Internet]. 2015. Recuperado el 05 de jun de 2022;6(1):906. Disponible desde: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/146>
21. Rodríguez Y, Costas R. El diagnóstico de cáncer de mamas desde una perspectiva familiar: Retos 121 para la Psico-oncología en América Latina. [Internet] 2013;11. Recuperado el 05 de jun de 2022;6(1):906. Disponible desde <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28426980014>

22. Guerrero-Ramírez R, Meneses-La Riva ME, De La Cruz-Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao, 2015. Revista Enfermería Herediana [Internet]; 2017. Recuperado el 06 de jun 2022;9(2):125. Disponible desde: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/3017>
23. Naranjo I, Ricaurte G. La comunicación con los pacientes. Invest. Educ. enferm. 2006 [Internet]. Recuperado el 08 de jun 2022; 24(1): 94- 98. Disponible desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf>
24. Ordóñez V, Monroy N. Experiencia de familiares de enfermos con cáncer terminal respecto a las decisiones al final de la vida. Nova Scientia [Internet]. 2016. Recuperado el 05 de jun de 2022;8(17). Disponible desde: <http://novascientia.delasalle.edu.mx/ojs/index.php/Nova/article/view/545>
25. Araújo I, Da Silva R, Bonfim I, Fernández A. La comunicación de la enfermera en la asistencia de enfermería a la mujer mastectomizada: un estudio de Grounded Theory. Revista Latino- Americana de Enfermagem [Internet]. febrero de 2010. Recuperado el 09 de jun 2022;18(1):54-60. Disponible desde: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000100009&lng=en&tlng=en

CAPÍTULO 21

AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM ESTUDO CASO

Data de aceite: 04/07/2022

Catarina Afonso

Dora Domingues

Rita Alves

Paula Carvalho

Lídia Moutinho

RESUMO: O estudo desenvolve-se no contexto das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) na família com um membro em cuidados paliativos. O objetivo será efetuar a avaliação familiar da pessoa em processo de fim de vida, identificando as intervenções de enfermagem promotoras de Saúde Mental na família. Recorreu-se à metodologia de estudo de caso retrospectivo de uma família com ente em situação de doença terminal através da aplicação do Modelo de Avaliação Familiar de Calgary. Nos resultados destaca-se a avaliação familiar como ferramenta que permite a identificação de problemas a nível estrutural (processo de segurança), desenvolvimental (papel filial) e funcional (ansiedade, papel do cuidador e processo familiar). Em conclusão, a avaliação familiar permite ao EESMP a análise da família como um todo. A partir da avaliação integral da família, é possível, em parceria com seus integrantes, propor intervenções que melhorem a qualidade de vida familiar, ajudando-a a vislumbrar suas próprias soluções para lidar com

as suas dificuldades.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativo, Família, Intervenções de Enfermagem, Modelo Calgary, Saúde Mental.

EVALUACIÓN FAMILIAR EN CUIDADOS PALIATIVOS: UN ESTUDIO DE CASO

RESUMEN: El estudio se desarrolla en el contexto de las intervenciones de la enfermera especialista en Salud Mental y Enfermería Psiquiátrica en la familia con un miembro en cuidados paliativos. El objetivo será realizar una valoración familiar de la persona en proceso de final de vida, identificando las intervenciones de enfermería que promueven la Salud Mental en la familia. Utilizamos la metodología de estudio de caso retrospectivo de una familia con una situación de enfermedad terminal mediante la aplicación del Modelo de Evaluación de la Familia de Calgary. En los resultados, la evaluación familiar se destaca como una herramienta que permite identificar problemas a nivel estructural (proceso de seguridad), de desarrollo (rol de rama) y funcional (ansiedad, rol de cuidador y proceso familiar). En conclusión, la evaluación familiar permite a la enfermera especialista en Salud Mental y Enfermería Psiquiátrica analizar la familia en su conjunto. A partir de la valoración integral de la familia, es posible, en alianza con sus miembros, proponer intervenciones que mejoren la calidad de vida familiar, ayudándoles a vislumbrar sus propias soluciones para hacer frente a sus dificultades.

PALABRAS CLAVE: Atención de Enfermería, Cuidados Paliativos, Familia, Modelo de Calgary,

FAMILY ASSESSMENT IN PALLIATIVE CARE: A CASE STUDY

ABSTRACT: The study is developed in the context of the interventions of the specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing in the family with a member in palliative care. The objective will be to carry out a family assessment of the person in the process of end of life, in order to identify the nursing interventions that promote Mental Health in the family. We used the methodology of retrospective case study of a family with a terminal illness situation through the application of the Calgary Family Assessment Model. In the results, family assessment stands out as a tool that allows the identification of problems at a structural level (safety process), developmental (subsidiary role) and functional level (anxiety, role of care and family process). In conclusion, family assessment allows the EESMP to analyze the family as a whole. From the comprehensive assessment of the family, it is possible, in partnership with its members, to propose interventions to improve the quality of family life, helping them to envision their own solutions to deal with their difficulties.

KEYWORDS: Calgary Model, Family, Mental Health, Nursing Interventions, Palliative Care.

1 | ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As doenças crônicas de curso progressivo, na generalidade, expõem e confrontam a família com a crescente incapacidade de um de seus membros, gerando grande tensão e desequilíbrio no ambiente familiar, principalmente quando culmina na perda (Franco, 2008). A progressão da doença crônica, e a progressiva necessidade de quem dela padece de cuidados paliativos, constitui um apelo ao seu desenvolvimento na clínica (Franco, 2008).

Os cuidados paliativos integram a clínica e são constituídos por um quadro teórico, com uma filosofia de cuidados clara e concisa. De destacar que as quatro áreas chave na intervenção dos cuidados paliativos são o controlo de sintomas, apoio à família, comunicação e trabalho em equipa. Esta organização de pensamento, embora tenha nascido no seio do movimento dos cuidados paliativos, é hoje transversal na prática de cuidados, aplicando-se a uma forma de estar na intervenção com e para a pessoa doente (International Assotiation for Hospice and Paliative Care [IAHPC], 2018).

O impacto da doença na família, especialmente em cuidados paliativos, pode conduzir a diferentes reações tais como negação, evitação, isolamento, raiva, entre outros (Ferreira, Souza & Stuchi, 2008; Barbosa, 2010; Barbosa, 2016). Segundo Franco (2008) quer a eminência da perda presente nas alterações secundárias do adoecer, quer a experiência da morte, transformam os padrões de interação dentro do ciclo vital da família, exigindo uma reorganização familiar, para que os desafios sejam compartilhados nesse processo de reconstrução de identidade da família, uma vez que, ao longo do tempo, as famílias desenvolvem um equilíbrio onde cada membro tem o seu papel. O modo como a pessoa e a família reagem na fase do diagnóstico pode ser muito reveladora, uma vez que é sugestiva de padrões que podem persistir ao longo da doença e morte, bem como as

estratégias que utilizarão para a enfrentar (Franco, 2008). Neste período a família começa a experimentar o luto antecipatório, perante as mudanças e perdas com que se deparam. Estão aqui implicadas ameaças de várias ordens: perda da segurança, de funções físicas, da imagem corporal, da força e do poder, da independência, da autoestima, do respeito da parte dos outros, da perspectiva de futuro, entre outras (Franco, 2008). Nesta fase a família manifesta necessidade de adaptação às condições anormais advindas da doença – assumindo o papel de cuidadora - juntamente com a necessidade de manter padrões normais, rotineiros e previsíveis (Hebert, Dang & Schulz 2006).

Para que o EESMP possa intervir eficazmente junto da família, tem que se munir de ferramentas de avaliação da mesma, de modo a identificar as intervenções de enfermagem promotoras de Saúde Mental na família. Este estudo caso desenvolve-se de acordo com o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary (MAFC). O MAFC é um instrumento de avaliação da família nas suas diversas dimensões. Permite observar a família na sua globalidade, observando as suas rotinas, detetar necessidades afetadas, com o objetivo de identificar o diagnóstico de enfermagem, analisar e planejar intervenções de enfermagem, bem como executar as mesmas, como forma de satisfazer as necessidades afetadas, tornando cada família o mais funcional possível. (Wright & Leahey, 2012 citado por Cavalcante, Rodrigues, Paiva, Netto & Goyanna, 2016). O MAFC incide em três vertentes de análise familiar: avaliação estrutural, avaliação de desenvolvimento e avaliação funcional. Cada uma destas vertentes organiza-se em várias categorias e subcategorias. Para melhor visualizar a envolvimento e complexidade deste modelo, apresenta-se de seguida um diagrama ramificado deste modelo (Figura 1).

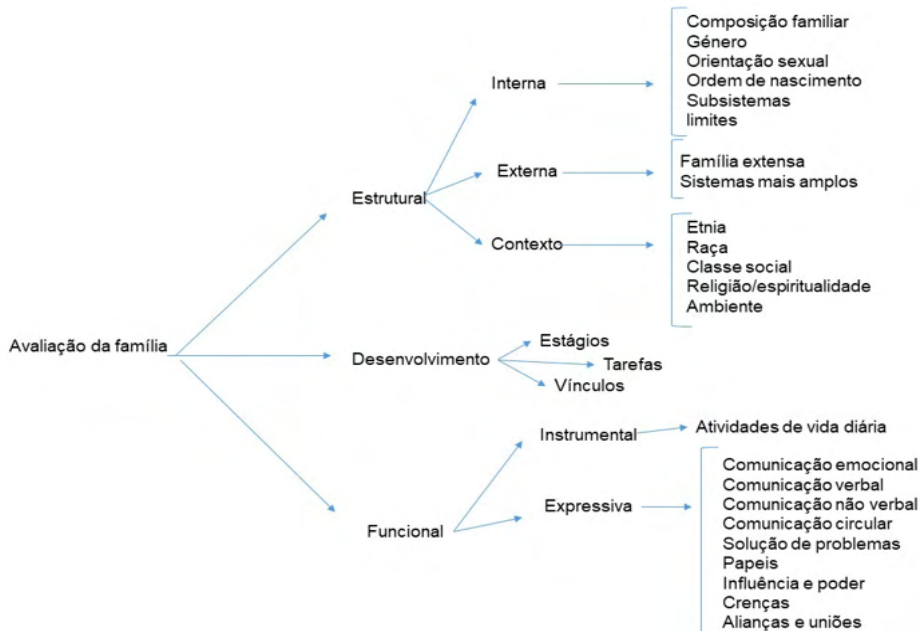


Figura 1 – Diagrama ramificado do MAFC adaptado de Wright e Leayah (2012)

Fonte: Wright e Leayah (2012)

No MCAF a *avaliação estrutural* refere-se aos aspetos estruturais da família, integrando três categorias: interna, externa e contexto, que por sua vez se ramificam.

A *Estrutura Interna* engloba os parâmetros de: composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas, limites/fronteiras, genograma e ecomapa. A subcategoria **ordem de nascimento** refere-se à posição dos filhos, na família, em relação à idade e género. Segundo Wright & Leayah (2012, p. 60), “a ordem de nascimento, género e diferenças de idade entre irmão são fatores importantes a considerar quando se faz uma avaliação”. Segundo Alarcão (2000), os diferentes componentes do sistema familiar organizam-se em unidades sistémicas-relacionais denominadas de subsistemas. Numa família podemos encontrar fundamentalmente quatro, o individual, o conjugal, parental e o fraternal. Sendo a família um sistema, no qual todos os elementos estão relacionados entre si a fim de formar um todo organizado, é importante perceber como se relacionam nos subsistemas conjugal, parental e fraternal. Os limites permitem regular a passagem de informação entre a família e o meio, assim como entre os diversos subsistemas. Na perspetiva de Minuchin (1979) existem três tipos de limites: difusos, claros e rígidos. O genograma e o ecomapa São retratos gráficos que identificam a estrutura básica, o funcionamento e os relacionamentos da família (Genograma) (Muniz & Eisenstein, 2009), bem como os sistemas em que a família/pessoa se inclui e as relações que estabelece com o meio envolvente, no fundo dá a imagem do sistema ecológico (Ecomapa) (Agostinho,

2007). Estes instrumentos facilitam a visualização do contexto familiar, com foco na pessoa alvo de cuidados, tratando-se de uma fotografia do momento mostrando a moldura em que se enquadra a pessoa. Esta fotografia facilita o desenvolvimento do plano de cuidados constituindo um recurso na identificação das pessoas e áreas a focar a intervenção.

A *estrutura externa* analisa a família na sua dimensão mais alargada, Família Alargada e Subsistemas Mais Amplos, segundo Figueiredo (2013), os subsistemas mais amplos incluem as interações sociais em que a família participa, sejam estas instituições sociais ou pessoas significativas, não pertencendo à família alargada e proporcionando ajudas diferenciadas.

A *estrutura de contexto*, inclui as subcategorias de Raça/Etnia Classe Social Religião/Espiritualidade Estilo de vida Comportamento Recursos Fatores de stress, Ambiente.

A *avaliação de desenvolvimento* da família inclui a avaliação das Etapas, Tarefas e Ligações. As Etapas da vida diferem ao longo dos anos, segundo Relvas (1996), o ciclo de vida retrata uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função de tarefas bem definidas, sendo estas: a formação do casal, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos.

A *Avaliação Funcional* diz respeito aos padrões de interação familiar que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema e, dos valores que possibilitam a concretização das suas finalidades, pelos processos co-evolutivos que permitem a continuidade. Segundo Figueiredo (2013) a avaliação funcional integra duas dimensões elementares do funcionamento da família, a *instrumental* e a *expressiva*. A primeira reporta-se às atividades quotidianas, debruça-se nas atividades rotineiras de vida diária; os cuidados que cada família precisa para viver. Face às atividades de vida diária, respirar, comer e beber, eliminar, higiene pessoal e vestir-se, controlar a temperatura do corpo, movimentar-se, expressão da sexualidade, sono, repouso e morte da família enquanto a segunda enfatiza as interações entre os membros da família, perspetivando a identificação de necessidades nestas áreas familiares, que se interligam com as restantes (Figueiredo, 2013).

2 | OBJETIVO

O objetivo é efetuar a avaliação familiar da pessoa em processo de fim de vida, através da aplicação do MAFC, identificando as intervenções de enfermagem promotoras de Saúde Mental na família.

3 | MÉTODO

A escolha pela metodologia de estudo de caso permite uma investigação em

contexto real e um conhecimento particularizado, este método permite a construção de conhecimento dialogicamente, entre o investigador e o leitor. O EC permite ao pesquisador focar num “caso” e reter uma perspectiva holística do mundo real, preocupando-se com a apresentação rigorosa e justa dos dados empíricos. No EC, as fronteiras entre o “caso” e o contexto não são claramente evidentes, tornando-se importante delimitar os sujeitos, os cenários e ter claramente desenhado os limites específicos para o propósito do estudo (Yin, 2015).

De acordo com Stake (1978, p. 258), o estudo de caso é “um estudo de um sistema delimitado, que dá ênfase à unidade e globalidade desse sistema, mas concentra a atenção nos aspetos que são relevantes para o problema de investigação, num dado tempo”.

Deste modo, a metodologia escolhida foi o estudo de caso, que de acordo com o contexto e execução se trata de um estudo de caso piloto. Foi solicitado o consentimento livre e esclarecido para uso de dados. Foram cumpridos os princípios éticos da Declaração de Helsínquia, de modo a garantir a sua privacidade e confidencialidade da informação, o nome da utente utilizado é fictício. Foram salvaguardados os princípios éticos que regem a profissão de Enfermagem.

Maria tem 54 anos, caucasiana, natural e residente na periferia de Lisboa, é ajudante familiar numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) de apoio a idosos, é divorciada há 17 anos, tem um filho fruto desse relacionamento, com quem vive. O filho, Fernando, tem 23 anos e tem deficiência cognitiva e limitação motora, sendo uma pessoa dependente de terceiros. Voltou a ter contacto com o pai do filho á cerca de 3 anos e desde então, este tem acompanhado a educação do filho. Atualmente, Fernando passa os fins de semana alternados com o pai. Maria encontra-se em contexto de fim de vida com dependência nas Atividades de Vida Diária (AVD). É acompanhada por uma equipa comunitária de suporte de cuidados paliativos e tem o apoio em permanência dos seus irmãos Mafalda e João, que se têm revezado entre si, de forma a garantir que Maria nunca esteja sozinha.

4 | RESULTADOS - SUGESTÃO: OS RESULTADOS DEVEM SER ENQUADRADOS NAS DIMENSÕES DO MODELO EM USO

Os dados recolhidos foram obtidos através de narrativas e de registos observacionais realizados em contexto de prática de cuidados.

Seguindo o MAFC na Avaliação Estrutural, na sua dimensão de estrutura interna, a Composição familiar é composta por dois elementos, é uma família monoparental. Maria de 54 anos e Fernando de 23 anos. Na composição familiar incluem-se os irmãos de Maria, a irmã Mafalda de 61 anos, e o irmão João de 57 anos, porque integraram a dinâmica da família monoparental para cuidarem da Maria e do Fernando. Desde o agravamento do estado de saúde de Maria, a irmã e o irmão passaram a dormir em sua casa. Na

Através do Ecomapa (Figura 2) é possível verificar a rede de suporte de Maria, com forte relação com os irmãos cuidadores, com a cuidadora formal, com a ECSCP e com a IPSS. Há a visualização de uma rede de apoio social (IPSS, CERC), económica (irmão cuidadores), espiritual (crença religiosa, não praticante) e cultural (IPSS era com as colegas que fazia caminhadas).

A avaliação da estrutura externa, inclui a Família Alargada constituída pelos irmãos, cunhados e sobrinhos de Maria, Além do apoio emocional, guia de conselhos a família alargada, tem a função de cuidadores de Maria e Fernando. A relação entre os irmãos de Maria é harmoniosa. Os Subsistemas Mais Amplos incluem as interações sociais em que a família participa, sejam estas instituições sociais ou pessoas significativas, não pertencendo à família alargada e proporcionando ajudas diferenciadas.

A avaliação do Contexto inclui a Raça/Etnia, a família é Portuguesa e de raça caucasiana. Na avaliação da Classe Social o rendimento da família provém da atividade laboral de Maria, totalizando uma renda mensal de aproximadamente um salário mínimo. O filho Fernando não tem rendimentos e atualmente os irmãos João e Mafalda estão a participar ativamente no rendimento. Para melhor caracterizar de forma efetiva a posição social da família foi aplicada a escala de Graffar.

De acordo com a Escala de Graffar a família encontra-se na posição social de classe média baixa. Sobre a subcategoria Religião/Espiritualidade, Maria é católica e frequenta a igreja uma vez por semana. Na globalidade a família identifica-se com os valores do catolicismo, no entanto sem hábitos religiosos. Os Valores da família regem-se por valores fundamentais como a humildade, compaixão, entre-ajuda, sinceridade, honestidade respeito e justiça, não só entre eles, mas também na relação com os outros. Nos Estilo de vida verifica-se que na globalidade a família faz uma alimentação saudável, embora sem referência ao exercício físico. Maria tem atividades de lazer tais como as caminhadas, a leitura e a meditação. O Comportamento apesar da situação de doença de Maria, a família vai-se adaptando aos desafios que se lhe vão surgindo ao longo do tempo, tendo um comportamento adequado e resiliente face às dificuldades. Nos Recursos, os rendimentos da família permitem fazer face às despesas. Os Fatores de stress são a situação de doença de Maria, que com o agravamento da sua situação clínica e a ansiedade face à morte tem tido grandes implicações na harmonia da família. O Ambiente, não há indicação de que a habitação se encontre degradada, pelo que se supõe que é um ambiente seguro numa zona urbana. O tipo de habitação é um apartamento no 1º andar com dois quartos, uma casa de banho, cozinha e sala. Possui saneamento básico, com água proveniente da rede pública de abastecimento e ligação a rede municipal de esgotos. Dispõe de iluminação natural e luz elétrica. Boas condições de higiene e arrumação. Espaços pequenos, mas adequados à família onde a privacidade da família é garantida. Bem localizado, próximo diversos serviços. De acordo com a escala de Graffar classifica-se no grau 3.

A Avaliação de Desenvolvimento da família as Etapas da vida na família em estudo,

de acordo com o Ciclo de Vida Familiar de Duvall, encontra-se no Estádio VI – famílias com filhos adultos jovens, nesta família é de sublinhar o agravamento progressivo de Maria, que implicou mudanças recentes na família, com a inclusão na dinâmica monoparental dos irmãos de Maria. O foco atual é a necessidade de acompanhamento permanente da Maria e o do Fernando, bem como o futuro do Fernando. A distribuição de Tarefas pelos Membros da Família neste caso foi concentrada no elemento na Maria responsável pela maior parte das tarefas da família, tanto a nível doméstico como a nível executivo, acrescentando-se como sustento da família. Atualmente com o agravamento do seu estado de saúde e de dependência os irmãos estão a colaborar no rendimento, estando inclusive a refletir nas perspetivas futuras para a garantia do bem-estar futuro de Fernando tendo o poder executivo sido transferido da Maria para os irmãos. Os Vínculos entre todos os intervenientes são fortes. Verifica-se que existe uma boa relação, entre todos os elementos. Perspetivando-se um fortalecimento entre os irmãos de Maria com Fernando, numa visão de maior intimidade.

A Avaliação Funcional através da aplicação do APGAR Familiar de Smilkstein mostra uma família altamente funcional - Score 10. Na categoria Instrumental segundo a descrição podemos referir que Maria necessita de ajuda total. O Fernando necessita de supervisão e os irmãos de Maria não têm qualquer limitação. Em relação à adequação de espaço e privacidade, pelo número de pessoas e de divisões, assumimos que seja adequado, contudo existem alguns fatores de risco para a segurança da Maria, como a existência de tapetes por toda a casa, com risco de queda, a falta de algumas ajudas técnicas, como corrimão e apoio para o duche. A Comunicação a relação dinâmica da família parece-nos ajustada, com partilha de responsabilidades. A comunicação flui entre os vários elementos. O agravamento do estado de saúde de Maria é falado abertamente sem obstáculos ou obstrução à realidade. Na subcategoria Trabalhar e divertir-se, Maria gosta de ler e fazer meditação. Fernando gosta de pintar, especialmente mandalas. Os irmãos de Maria não têm atividades de lazer, exercem a sua atividade profissional e revezam-se de forma articulado de modo a manterem o apoio a Maria. Dormem alternadamente na casa de Maria e durante o dia contrataram uma cuidadora formal. Assim, a influência e Poder na Relação, o poder executivo transitou para os cuidadores.

A categoria Expressiva face à comunicação emocional, o padrão de comunicação influência o poder nas relações, crenças e influência a capacidade para resolver problemas. A importância dos problemas familiares e validação dos problemas identificados com a família não é possível avaliar por ausência de informação. Apenas sabemos que existe uma relação adequada entre todos os elementos. Sobre as Crenças é sabido que Maria é católica, no entanto o filho não manifesta crença, bem como os irmãos de Maria. Na Capacidade para resolver problemas e importância desses problemas, quando se encontram perante um problema, os elementos da família entre ajudam-se, Maria reconhece os irmãos como a rede de apoio de preferência. Atualmente a ECSCP é reconhecida como recurso na

resolução de problemas. Constituem Fatores de stress familiares o sentido de impotência perante a aproximação da morte de Maria. Por outro lado, atualmente os irmãos de Maria refletem no apoio futuro para Fernando. Há ainda a referir a transição, de saúde-doença, situação de dependência dos elementos da família, bem como a possibilidade de morte de um dos entes a curto prazo, (luto). Os irmãos de Maria referem sentirem-se cansados, física e emocionalmente, com sentimentos de desesperança perante o fim de vida de Maria. Há reconhecimento de todos os elementos da família da importância dos problemas familiares e da importância de os resolver e deixar o futuro orientado para o Fernando. A Validação dos problemas identificados com a família é feita por Maria e pelos irmãos. O Fernando apresenta pouco insight para a situação.

A avaliação familiar permitiu a identificação de problemas a nível estrutural (processo de segurança), desenvolvimental (papel filial) e funcional (ansiedade, papel do cuidados e processo familiar).

5 | DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A avaliação familiar seguindo o Modelo Calgary permite realizar a análise da família como um todo, levantando os principais aspetos de sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento. O papel do EESMP visa “contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família”. (OE, 2018). Contudo, os enfermeiros só podem propor intervenções às famílias e não instruir, dirigir, exigir ou insistir sobre um tipo de mudança ou forma de funcionamento familiar. O plano de intervenção foi construído de acordo com Sequeira & Sampaio (2020), nos diagnósticos de enfermagem através da linguagem CIPE® (ICN, 2021) e no padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Dimensão Familiar	Diagnósticos de Enfermagem (CIPE®)	Objetivos	Intervenções de Enfermagem
Estrutural	Precaução de Segurança não demonstrada	Capacitar a família para os ajustamentos no domicílio necessários para a adaptação de Maria ao domicílio	Gerir o ambiente físico <ul style="list-style-type: none"> - Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas. - Ajustar o ambiente seguro para a Maria; - Reduzir estímulos ambientais aquando de estados ansiosos; - Eliminar percussores de ansiedade;
	Ansiedade Moderada Presente motivada pelo medo da morte de Maria (score 36 na escala de Hamilton)	Capacitar a família para a aquisição de estratégias para reduzir a ansiedade de Maria	Reduzir a Ansiedade <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a utilização de estratégias como banhos mornos para relaxar; - Incentivar a execução de massagens nas costas; - Incentivar a colocação de música ambiente; - Incentivar a estimulação de Maria para atividades de lazer, sugerindo a leitura, a música, (atividades que a Maria gosta); - Executar Apoio Emocional - Monitorizar ansiedade através da Escala de Hamilton de 15/15 dias
Desenvolvimento	Papel Filial não adequado	Capacitar a família para a tomada de decisão face ao futuro de Fernando (filho de Maria)	Executar o Treino de assertividade <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a comunicação expressiva de emoções; - Incentivar o envolvimento da família alargada nos cuidados ao Fernando; - Negociar a redefinição dos papéis parentais pelos membros da família;
	Risco de desesperança	Capacitar a família para a promoção de estratégias promotoras de esperança.	Promover a esperança <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver estratégias promotoras de esperança, nomeadamente construção de narrativas e cartas para os irmãos e filho, assim como carta dos irmãos para a Maria. - Escuta ativa e estar presente. - Facilitar a expressão de sentimentos e de pensamentos
	Papel do Cuidador comprometido (risco de sobrecarga)	Capacitar a família para identificar sintomas de sobrecarga.	Executar intervenções psicoeducativas Apoiar na tomada de decisão <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar um programa de capacitação do cuidador); - Executar aconselhamento; - Executar apoio emocional; - Aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador.

<p>Funcional (instrumental)</p> <p>(expressiva)</p>	<p>Processo familiar comprometido (aproximação do falecimento de Maria)</p>	<p>Capacitar a família para o envolvimento familiar desenvolvendo estratégias promotoras de luto adaptativo</p>	<p>Promover o envolvimento familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer os pontos fortes da família; - Encorajar os membros da família a manter as relações familiares; - Facilitar o entendimento familiar acerca dos aspetos da doença; - Discutir forças e recursos familiares com os membros da família; - Identificar os recursos comunitários (grupos de apoio) - Facilitar decisões, a discussão franca sobre a doença e reorientar prioridades <p>Promover o apoio familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar o processo de pesar; - Respeitar e apoiar os mecanismos adaptativos usados pela família; - Facilitar a comunicação de preocupações/sentimentos entre a família e a Maria - Identificar fatores de risco de luto não adaptativo; - Incentivar os membros da família a ter em conta as suas necessidades pessoais. <p>Promover a manutenção do processo familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discutir estratégias para normalizar a vida no seio familiar; - Encorajar uma comunicação aberta entre os membros da família; - Encorajar a manutenção das rotinas; - Ajudar a família a incorporar no seu estilo de vida as alterações experienciadas.
---	---	---	--

Plano de intervenção

6 I CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A avaliação familiar preconizada pelo Modelo Calgary adotado neste estudo permitiu realizar a análise da família como um todo. A partir da avaliação integral da família, é possível, em parceria com seus integrantes, propor intervenções para a melhoria da qualidade de vida familiar, ajudando-a a vislumbrar suas próprias soluções para lidar com as suas dificuldades.

A realização do plano de cuidados permitiu a operacionalização do raciocínio clínico de enfermagem na ótica do EESPM. De acordo com os diagnósticos levantados foram propostas intervenções, de acordo com a revisão bibliográfica (Sequeira & Sampaio, 2020; OE, 2018), que consolidam a importância da intervenção do EESMP com a família. A abordagem sistémica na família, nesta perspectiva, é essencial nos contextos da prática.

A dificuldade de encontrar planos de cuidados com intervenções já discriminadas, levou ao exercício de através da literatura construir o raciocínio clínico e desbravar em conjunto estratégias para ultrapassar a dificuldade encontrada. As implicações para a prática que este trabalho acrescenta prendem-se com a efetivação da perspectiva do EESMP na avaliação sistémica da família e na integração desta perspectiva no âmbito dos cuidados paliativos. Efetivamente, a realização deste trabalho abre caminho para a intervenção sistémica na família em cuidados paliativos, mostrando a relevância do EESMP na busca de estratégias promotoras de saúde mental, concretizadas num raciocínio presente na

elaboração e execução do plano de cuidados.

REFERÊNCIAS

Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.

Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 23(3), 327-30. doi: Retrieved from <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v23i3.10366>

Baider, L. (2008). Communicating about illness: a family narrative. *Support Care Cancer*, 16:607–611

Barbosa, A. (2010). Processo de Luto. In: Barbosa, A.; Neto, I. (eds). *Manual de Cuidados Paliativos (2ª ed.)*. Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.

Barbosa, A. & I. G. Neto (eds); (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa Centro de Bioética ISBN 9789729349225

Barbosa; A (2010) Ética Relacional in *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa Centro de Bioética pp: 661-692

Barbosa; A (2010) Agir Responsável e Decisões em Fim de Vida in *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa Centro de Bioética pp: 691-736

Barbosa; A; Pina; P.; Tavares; F.& I. G. Neto (eds); (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa Centro de Bioética;

Benjumea, CC. (2004) *Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura*. Texto Contexto Enferm 2004 Jan-Mar; 13(1): p.137-46.

Cavalcante, A., Rodrigues, A. Paiva, N., Netto, J. & Goyanna, N. (2016) *Vivências Durante A Abertura De Um Serviço Hospitalar De Emergência No Interior Do Ceará*. SANARE

Conselho Nacional de Saúde (CNS) (2019). *Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Lisboa. Direção Geral da Saúde (2020). Retrieved from <https://saudemental.covid19.min-saude.pt/>

Fernandes, J. (2016) Apoio à Família cit in Barbosa; A; Pina; P.; Tavares; F.& I. G. Neto (eds); (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa Centro de Bioética; ISBN 9789729349379 pp 653-663

Ferreira, N., Souza, C., Stuchi, Z. (2008). Cuidados Paliativos e família. *Revista Ciências Médicas*. 17(1): 33-42.

Figueiredo, M. & Martins, M. (2009). Avaliação Familiar: Do Modelo de Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 3.

Figueiredo, H. (2012). *Modelo dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.

Figueiredo, M. (2013). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures; Lusociência.

Franco, M. (2008). A Família em Psico-Oncologia. In: Carvalho, V.A. et al. (org.), Temas em Psico-Oncologia. Summus. São Paulo.

Franco, M. (2008). Luto em Cuidados Paliativos. In: Oliveira, R.A. (coord.) Cuidado Paliativo. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. São Paulo.

Franco, M. (2008). Trabalhando com pessoas enlutadas. In: Carvalho, V.A. et al. (org.). Temas em Psico-Oncologia. Summus. São Paulo.

Guarda, H., Galvão, C., Gonçalves, M. (2006). Apoio à família. In: Barbosa, A.; Neto, I. (eds). Manual de Cuidados Paliativos. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.

Guarda, H. et al (2010) Apoio à Família in Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa Centro de Bioética ISBN 9789729349225 pp: 749-760

Hebert, R., Dang, Q. & Schulz, R. (2006). Preparedness for the death of a loved one and mental health in bereaved caregivers of patients with dementia: findings from the REACH Study. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (3): 683-693.

International Council of Nurses [ICN] (2021). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®/ICNP)*, versão 2019. Acedido a 02-02-2021. Retrieved from: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.

International Assotiation for Hospice and Paliative Care (2018) <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>

Mantelo Cecilio, H., Santos, K., Vendrameto, M., & Marcon, S. (2014). MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA: EXPERIÊNCIA EM UM PROJETO DE EXTENSÃO. *Cogitare Enfermagem*, 19(3). Retrieved from doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i3.32729>

Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*. Paris: Edição Original.

Muniz, J.; Eisenstein, E. (2009) Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 72-79. Retrieved from: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n1/10.pdf>

Neto, I. (2003) A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Rev Port Clin*;n-19:68-74 Acedido a 24 de Outubro de 2019. Retrieved from: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=9906&path%5B%5D=9644>

Ordem Enfermeiros (2018) n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07– regulamento de competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.515/2018

Overview Report – Caring and Post Caring in Europe (2010), Life Long Learning Programme Groundvig, EU, pp 24

Relvas, A. (1996). O ciclo vital da família, perspectiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento.

Sequeira, C. (2009). Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit: características psicométricas na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* · June: 33-39. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/274384683>

Sequeira, C.; Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções. Edições Técnicas*. Lidel

Wright, L. M. & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção familiar*. Lisboa: Roca.

Yin, R.K. (2015) *Estudo de caso. Planejamento e métodos*. Tradução de Daniel Grassi. 5ed. Porto Alegre (RS): Bookman. 290 p.

REPERCUSSÃO DA MASTECTOMIA NA VIDA DAS MULHERES: REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 04/07/2022

Data de submissão: 07/06/2022

Hêmily Filippi

Universidade de Passo Fundo
Passo Fundo - Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1434360467806776>

Deise Berta

Universidade de Passo Fundo
Passo Fundo - Rio Grande do Sul

Maria Eduarda de Almeida

Universidade de Passo Fundo
Passo Fundo - Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/1682796368446486>

Graciela de Brum Palmeiras

Universidade de Passo Fundo
Passo Fundo - Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/6462824034388754>

RESUMO: O câncer de mama é a principal prevalência entre as mulheres na maior parte do mundo, tornando-o um problema de saúde pública. Foram estimados 2,2 milhões de novos casos em todo o mundo, com incidência de mortalidade de 15,5% entre as mulheres. No Brasil, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, excluindo os tumores de pele não melanoma. Para o ano de 2021 foram estimados 66.280 casos novos. O objetivo deste estudo foi identificar a partir das produções científicas publicadas as repercussões da mastectomia na vida das mulheres. Trata-se

de uma revisão integrativa, realizada por meio de acesso online no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que abrangeu as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Portal de Periódicos (CAPES). Os estudos apontam fatores que determinam a qualidade de vida das mulheres, e a importância da enfermagem no suporte após a mastectomia. Fatores como disfunção sexual, dor no membro superior do lado onde foi realizada cirurgia, e demora na aceitação da prótese mamária como parte do seu corpo, afetam diretamente na qualidade de vida das mulheres após a mastectomia, além disso a enfermagem multi-suporte desempenha papel positivo na promoção da reabilitação pós-operatória das pacientes. **PALAVRAS-CHAVE:** Mastectomia. Qualidade de vida. Enfermagem.

REPERCUSSION OF MASTECTOMY IN WOMEN'S LIVES: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Breast cancer is the main prevalence among women in most parts of the world, making it a public health problem. There were an estimated 2.2 million new cases worldwide, with a mortality rate of 15.5% among women. In Brazil, breast cancer is also the most frequent in women from all regions, excluding non-melanoma skin tumors. For the year 2021, 66.280 new cases were estimated. The objective of this study was to identify the repercussions of mastectomy on women's lives from published

scientific productions. This is an integrative review, carried out through online access to the Virtual Health Library Portal (VHL) that covered the following databases: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Databases of Nursing (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) and Portal de Periodicos (CAPES). Studies point to factors that determine women's quality of life, and the importance of nursing in support after mastectomy. Factors such as sexual dysfunction, pain in the upper limb on the side where the surgery was performed, and delay in accepting the breast implant as part of their body, directly affect the quality of life of women after mastectomy, in addition, multi-support nursing plays a positive role in promoting postoperative rehabilitation of patients.

KEYWORDS: Mastectomy. Quality of life. Nursing.

1 | INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a principal prevalência entre as mulheres na maior parte do mundo, tornando-o um problema de saúde pública. Foram estimados 2,2 milhões de novos casos em todo o mundo, com incidência de mortalidade de 15,5% entre as mulheres (FERLAY, 2020). No Brasil, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, excluindo os tumores de pele não melanoma. Para o ano de 2021 foram estimados 66.280 casos novos, o que representa uma taxa de incidência de 43,74 % de casos por 100.000 mulheres (INCA, 2020).

Diversos fatores estão relacionados com o surgimento do câncer de mama, como ambientais, hereditários, hormonais e em mulheres com idade acima de 50 anos (INCA, 2019). A detecção precoce é fundamental para um maior aproveitamento do tratamento, e pode se dar por meio de exames clínicos das mamas em mulheres acima de 40 anos que anualmente realizam o exame; rastreamento através da mamografia; ambos para mulheres com histórico de CA de mama na família (INCA, 2004).

Após o diagnóstico de câncer de mama, surge um novo desafio para as mulheres, o início do tratamento, no qual se dá através de quimioterapia, radioterapia ou cirurgia, seja ela parcial ou total. A escolha de qual tratamento deverá ser seguido, é abordada por uma equipe multiprofissional. Algumas mulheres, já com histórico de câncer de mama na família, realizam o exame de BRCA 1 e 2, que determinam a presença de mutação dos genes para o carcinoma de mama, e na positividade, como forma profilática, para prevenir o surgimento de câncer, optam pela mastectomia (RAZDAN *et al.*, 2016).

A qualidade de vida dessas mulheres, principalmente após a mastectomia, é prejudicada. A imagem corporal é alterada e conseqüentemente a autoestima da mulher. O medo e a angústia de não ser aceita pela família, marido e sociedade afeta de maneira negativa. O seio, para muitas mulheres, representa a sua feminilidade, e essa é retirada de si após o tratamento, com isso a sexualidade da mulher pode ficar comprometida, o receio de seu marido não a desejar como antes, o medo de se olhar no espelho, são relatados por algumas pacientes após a mastectomia (SILVA *et al.*, 2020).

Dentre os profissionais da equipe multiprofissional, a enfermagem tem um papel

fundamental quando se trata de pacientes com câncer de mama, desde a atenção primária, com a educação em saúde, e após o tratamento com o cuidado à ferida pós operatória (RODRIGUES *et al.*, 2020). É importante conhecer o histórico das mulheres em suas consultas, e indicar os exames periódicos de mama, que possibilita detecção precoce do câncer. As orientações durante o tratamento são fundamentais para o melhor entendimento da paciente (MORENO; SALES, 2010).

A doença atinge a unidade corpo-mente-espírito, a carga emocional é muito intensa para essas mulheres, e acaba refletindo na autoestima, o qual pode ser prejudicial ao tratamento. A percepção feminina da parte estética é gerada desde criança, e quando a mulher se depara sem uma de suas mamas a tendência é de se martirizar, um ponto positivo, no qual os médicos sugerem a essas mulheres é a reconstrução mamária, na tentativa de amenizar o estigma (MOURA *et al.*, 2010).

Considerando o exposto, a pergunta que moveu a pesquisa foi qual a repercussão da mastectomia na vida das mulheres? E para dar conta de responder essa pergunta, definiu-se o seguinte objetivo: identificar a partir das produções científicas publicadas as repercussões da mastectomia na vida das mulheres.

2 | METODOLOGIA

Para a realização da revisão integrativa foram seguidas seis etapas distintas tendo como referencial os estudiosos desse método: a) identificação do tema e elaboração da questão norteadora do estudo; b) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos (busca na literatura); c) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados (categorização dos estudos); d) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; e) interpretação dos resultados e f) apresentação da revisão (síntese do conhecimento) (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A figura 1 apresenta de forma sucinta essas etapas.



Figura 1 Etapas da Revisão integrativa.

Fonte: MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008.

A busca dos artigos científicos nas bases de dados se deu por meio dos descritores em ciências da Saúde (DeCS) previamente estabelecidos e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa, juntamente com o operador booleano “AND”: “Mastectomia” AND “Qualidade de Vida” AND “Enfermagem”, e “mastectomy” AND “Quality of Life” AND “Nursing”. Foi consultado o Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que abrangeu as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Portal de Periódicos (CAPES). A busca dos artigos nas respectivas bases, ocorreram entre os meses de agosto e setembro de 2021, foram selecionados artigos na língua portuguesa e inglesa com período de publicação do ano de 2016 a 2021.

Os artigos selecionados obedeceram aos critérios de inclusão: indexação de estudos nas respectivas bases de dados, estar disponível para leitura na íntegra, em língua portuguesa e inglesa; ter sido publicado no período pré-estabelecido, responder à questão norteadora e estar em conformidade com o tema e objetivo do estudo. Os critérios de exclusão foram: artigos que não abordavam o tema, que só disponibilizavam o resumo, estudos que não eram gratuitos, aqueles repetidos em mais de uma base de dados foram contabilizados como apenas um, além de teses, dissertações e artigos de revisões de literatura. Elaborou-se, para estruturar os estudos selecionados, dois quadros no *software*

Microsoft Office Word 2013 com as seguintes variáveis: ano da publicação, periódico, autores e título do artigo (Quadro 1), objetivo do estudo, delineamento do método, principais resultados obtidos e conclusões (Quadro 2). A figura 2 apresenta o fluxograma do processo de seleção dos estudos.

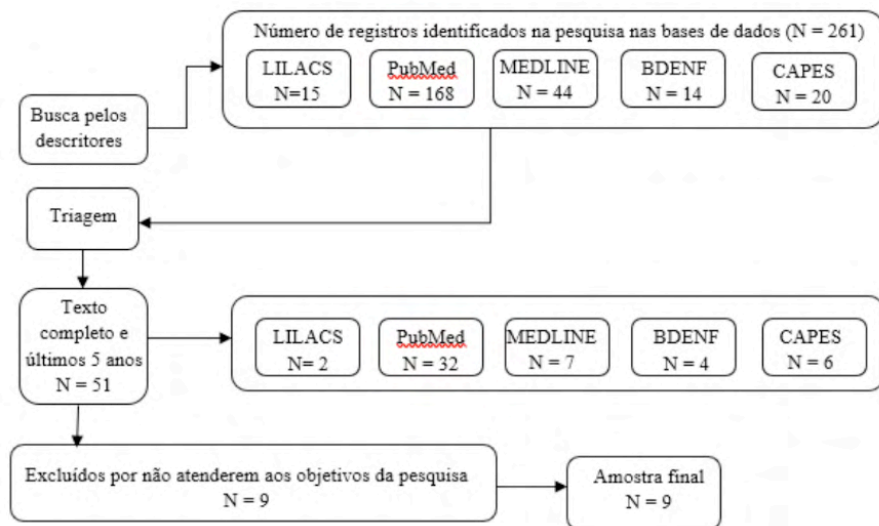


Figura 2 Fluxograma do processo de seleção dos estudos.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Analisaram-se de modo crítico cada estudo selecionado, a fim de evidenciar os resultados similares ou não similares entre eles, com a técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011). Após sucessivas leituras dos artigos, desenvolveu-se a interpretação e a discussão dos resultados, de acordo com a comparação entre os estudos efetuados. Apresentou-se a revisão do estudo, que consiste na produção do documento que expõe as etapas exploradas para alcançar os resultados, segundo as referências coletadas.

3 | RESULTADOS

A amostra final desse estudo foi composta por nove artigos. Para a análise dos dados constituiu-se dois quadros analíticos com as informações extraídas dos estudos selecionados, incluindo dois quadros no *software Microsoft Office Word 2013* incluindo ano da publicação, periódico, autores e título do artigo (Quadro 1), objetivo do estudo, delineamento do método, principais resultados obtidos e conclusões (Quadro 2).

Código	Ano	Periódico	Autores	Título
A ₁	2016	Ciência, Cuidado e Saúde	ALMEIDA <i>et al.</i>	Aspectos que podem influenciar na qualidade de vida de uma mulher mastectomizada
A ₂	2017	International Journal of Environmental Research and Public Health	ARAÚJO NETO <i>et al.</i>	Quality of Life of Post-Mastectomy Women Living in a Semi-Arid Region of Brazil
A ₃	2018	Acta Scientiarum. Health Sciences	MACEDO <i>et al.</i>	Occurrence of sexual dysfunctions in mastectomized females with or without breast reconstruction
A ₄	2021	American Journal of Translational Research	TANG, 2021	The effect of multi-supportive nursing on the postoperative rehabilitation of breast cancer patients
A ₅	2018	BMC Public Health	PAČARIĆ <i>et al.</i>	The quality of life of Croatian women after mastectomy: a cross-sectional single-center study
A ₆	2018	Asian Pacific Journal of Cancer Prevention	MAHARJAN <i>et al.</i>	Quality of Life of Nepalese Women Post Mastectomy
A ₇	2018	European Journal of Breast Health	TÜRK <i>et al.</i>	The Effect on Quality of Life and Body Image of Mastectomy Among Breast Cancer Survivors
A ₈	2020	Gland Surgery	WANG <i>et al.</i>	Quality of life and related risk factors after breast reconstruction in breast cancer patients
A ₉	2021	International Journal of Environmental Research and Public Health	SOLBAS <i>et al.</i>	Long-Term Quality of Life (BREAST-Q) in Patients with Mastectomy and Breast Reconstruction

Quadro 1 Artigos selecionados para a revisão.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Código	Objetivos	Delimitação do método	Resultados	Conclusão
A ₁	Identificar as influências negativas e influências positivas após a mastectomia	Estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado com 21 mulheres submetidas a mastectomia no período de junho a setembro de 2013, por meio de entrevistas semiestruturadas	Identificou-se influências negativas (assistência médica, condição financeira, hábitos de vida não saudáveis, doença e medo de morrer) e influências positivas (apoio familiar, social e profissional, condição financeira e assistência médica).	A elucidação dessas influências traz como efeito a melhora na prática de cuidados por fortalecer ações específicas.
A ₂	Avaliar fatores determinantes para a qualidade de vida após a mastectomia	Estudo exploratório, observacional e transversal de abordagem qualitativo e quantitativo, realizado com 50 mulheres em uma região do sertão do Brasil, após mastectomia, por meio da versão abreviada do instrumento original da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF)	São fatores determinantes para qualidade de vida, a relação social, fatores psicológicos, ambientais e físicos, os resultados foram comparados com outros estudos realizados em diferentes regiões do país.	Não há diferença entre as regiões quando se trata de qualidade de vida, os resultados são úteis para estabelecer estratégias para melhora na qualidade de vida dessas mulheres.
A ₃	Comparar a prevalência de disfunções sexuais em mulheres mastectomizadas com ou sem reconstrução mamária	Estudo transversal, observacional, de abordagem quantitativo, realizado com 28 mulheres com idades entre 36 e 73 anos, após a mastectomia, por meio do cartão de avaliação adaptado por Etienne & Waitman e o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI).	As participantes foram divididas em dois grupos (grupo 1 sem reconstrução mamária e grupo 2 com reconstrução mamária). O grupo 2 apresentou disfunção sexual em todos os domínios, e o grupo 1 não apresentou disfunção sexual.	A reconstrução mamária pode trazer maiores repercussões na vida sexual feminina comparada ao grupo que não realizou a cirurgia.
A ₄	Explorar o efeito da enfermagem multi-suporte na reabilitação pós-operatória de pacientes com câncer de mama	Estudo de Coorte de abordagem quantitativa, realizado com 96 pacientes após mastectomia radical, por meio da Avaliação Funcional da Terapia do Câncer-Mama (FACT-B) e da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC)	As pontuações da FACT-B e da CD-RISC e os ângulos de atividade das articulações do ombro aumentaram após a enfermagem.	A enfermagem multifuncional desempenha papel positivo na promoção da reabilitação pós-operatória dos pacientes.

A ₅	Examinar a qualidade de vida após a mastectomia	Estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado com 101 mulheres, por meio de questionários desenvolvidos pela Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC QLQC30 / + BR23)	Os resultados mais afetados foram funcionamento emocional, funcionamento sexual, perda de cabelo e fadiga.	O câncer de mama tem um impacto negativo e significativo na qualidade de vida das mulheres.
A ₆	Determinar a qualidade de vida de mulheres nepalesas após a mastectomia	Estudo transversal de abordagem quantitativa, com 107 mulheres, por meio de questionários desenvolvidos pela Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC QLQC30 / + BR23)	Boa pontuação no estado de saúde global e qualidade de vida, e em pontos específicos desempenho ruim em relação a função sexual e prazer sexual.	Aconselhamento e um programa educacional são recomendados para melhorar a qualidade de vida das mulheres após a mastectomia.
A ₇	Determinar o efeito na qualidade de vida e no nível de imagem corporal após mastectomia	Estudo descritivo de abordagem quantitativo, com 57 sobreviventes de câncer de mama, por meio da escala sociodemográfica e catexia corporal, Avaliação Funcional da Terapia do Câncer-Mama (FACT-B)	A mastectomia tem impacto negativo na imagem corporal e na qualidade de vida das mulheres e houve forte correlação positiva entre a imagem corporal e a qualidade de vida.	O estudo mostrou que as mulheres apresentam qualidade de vida muito baixa.
A ₈	Investigar a qualidade de vida e fatores relacionados em pacientes após a mastectomia	Estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa, com 150 pacientes submetidas à reconstrução mamária, por meio do questionário elaborado pela equipe de pesquisa, e o questionário Avaliação Funcional da Terapia do Câncer-Mama (FACT-B)	A qualidade de vida após reconstrução mamária mostrou-se relativamente alta.	A qualidade de vida de mulheres submetidas à reconstrução mamária é boa, idade, menopausa, complicações pós-operatória, e tempo de reconstrução, são os principais fatores que afetam os escores de qualidade de vida.

A ₉	Investigar a qualidade de vida e satisfação após reconstrução mamária.	Estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa e qualitativa, com 70 mulheres submetidas a mastectomia e reconstrução mamária, tanto terapêutica quanto profilática, nos últimos 10 anos. Utilizado o questionário de satisfação e qualidade de vida específico para cirurgia reconstrutiva de mama (BREAST-Q Versão 2.0).	Ocorreu baixa pontuação na escala de satisfação sexual.	A mastectomia e a reconstrução mamária tem alto impacto negativo no bem-estar sexual das pacientes.
----------------	--	---	---	---

Quadro 2 Caracterização dos estudos incluídos na revisão.

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

4 | DISCUSSÃO

O método de análise da revisão integrativa baseou-se na categorização das informações coletadas na amostra final dos artigos. Assim, os dados foram interpretados e agrupados em três temas para compreensão do fenômeno: qualidade de vida após a mastectomia, reconstrução mamária e sexualidade, e o apoio da enfermagem.

4.1 Qualidade de vida após a mastectomia

A retirada da mama, após o câncer, pode influenciar na qualidade de vida das mulheres; os estudos da amostra trouxeram diversas questões abordando essa temática, por meio de questionários e fichas de avaliações, com o objetivo de trazer mais informações sobre fatores que favorecem ou não para a qualidade de vida e os problemas enfrentados na vida cotidiana após a cirurgia. Os estudiosos, na sua grande maioria, sentiram uma necessidade de abordar esse assunto, do qual, em outros estudos não objetivavam a mastectomia e a qualidade de vida.

O questionário desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e traduzido para a língua portuguesa (WHOQOL-BREF) (A₂) e o modelo da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento de Câncer-Qualidade de Vida (EORTC QLQ C-30) (A₆) foram aplicados com o intuito de avaliação da qualidade de vida de mulheres após a mastectomia.

Existem fatores que influenciam a qualidade de vida e que são capazes de afetar relações pessoais, sociais e familiares. A mulher mastectomizada pode vivenciar momentos de angústia, sofrimento e ansiedade durante e após o tratamento, e algumas condições favorecem o surgimento desses sintomas (A₁).

A qualidade de vida pode ser definida pelo tempo de tratamento e pós cirúrgico.

Mulheres observadas com 1 mês e 1 ano após a mastectomia, foi possível determinar que as pacientes após 1 mês ao procedimento foram mais afetadas pelos efeitos colaterais da terapia sistêmica e obtiveram um escore maior na escala situacional, em comparação as mulheres que realizaram mastectomia há 1 ano, onde teve uma melhora considerável na qualidade de vida. Sendo que a dor crônica foi o principal problema, que afetou 60% das pacientes (A₅).

Outro fator que ganha destaque, e que afeta a qualidade de vida de muitas mulheres que realizam a mastectomia, é a condição física, caracterizada pela dor e desconforto. A retirada da mama acarreta, para a maioria das mulheres, dores no membro superior do lado onde foi retirada a mama, com diminuição de movimentos e amplitude, assim como é relatado após meses/anos do procedimento cirúrgico (A₂, A₅).

Mulheres com idade média de 54 anos, baixa escolaridade (ensino fundamental), baixa renda (um salário-mínimo brasileiro) e difícil acesso à saúde pública apresentam escores medianos de qualidade de vida nos domínios psicológicos e relações sociais, e o escore mais comprometido foi o domínio físico, as entrevistadas referiram estar insatisfeitas quanto à capacidade de realizar as atividades de rotina diária e trabalho (A₂). Em contrapartida mulheres envolvidas em serviços apresentaram melhor qualidade de vida geral, e outro fator positivo, na questão do desempenho físico, são as mulheres solteiras que se sobressaem em relação as mulheres casadas (A₆).

Entre os fatores positivos se encontram o apoio familiar, através de uma relação de compartilhamento, apoio profissional, promovendo o cuidado, apoio social, ofertando suporte emocional e a religião também se encontra como fator favorável. Em contrapartida, entre os fatores negativos estão, hábitos de vida não saudáveis, condições financeiras, que proporcionaria um tratamento melhor, medo da morte e preocupação em repassar os genes para seus herdeiros. A mastectomia não teve influência direta na qualidade de vida (A₁). Assim como o fato de morarem no Sertão brasileiro, não melhora ou piora a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas (A₂).

4.2 Reconstrução mamária e sexualidade

A mulher é guerreira em diversas situações, há quem diga que “para ter coragem é preciso ter peito”. Essa valentia precisa ser ainda maior quando se depara com um dos momentos mais impensáveis de sua existência: a retirada da mama, por consequência de um câncer. Isso pode trazer mudanças significativas que poderão repercutir negativamente em sua vida.

A mama, além de ser um órgão reprodutor, é um dos principais símbolos da feminilidade (A₂). Apesar de ter função biológica de nutrir uma criança, ela tem participação especial na autoestima feminina, contribuindo na satisfação de sua autopercepção e na autoimagem perante a sociedade.

A autoimagem da mulher é modificada após o tratamento da doença, desencadeando

problemas na sexualidade. Geralmente a reconstrução mamária tem um papel importante na melhora da qualidade de vida e tem um efeito psicológico positivo para essas mulheres, o qual não condiz com o resultado da pesquisa, onde mulheres que realizaram a reconstrução tiveram maiores repercussões na vida sexual, comparadas com as que não realizaram a reconstrução., isso pode ocorrer por conta das complicações pós cirúrgicas, a insatisfação gerada pela quebra da expectativa estética; e o tempo de adaptação para aceitação como parte do seu corpo, assim como idade superior a 40 anos e menopausa (A_3 , A_8).

A disfunção sexual também é um problema enfrentado por mulheres após a realização da mastectomia, seja ela com reconstrução mamária ou sem. O desejo sexual pode ser alterado em uma mulher mastectomizada, fazendo-as se sentir menos mulher, a mastectomia tem impacto negativo na imagem corporal e na qualidade de vida das mulheres, influenciando na sua feminilidade (A_7). Existem formas de reduzir o impacto estético de mulheres submetidas a realização da mastectomia, através de uma cirurgia conservadora, e a reconstrução da mama se tornou uma necessidade para muitas mulheres (A_9).

Dentre essas mulheres, 24,2% eram tabagistas; 43,6% tinham alto nível de escolaridade e 25% já haviam feito cirurgia de mama acometida, seja por motivos estéticos ou por patologia benigna. O total de 51,5% precisaram ser submetidas a pelo menos uma segunda operação, 19,1% sofreram algum tipo de complicação imediata após a cirurgia, sendo a necrose cutânea a mais frequente; 56,7% sofreram complicações tardia que as obrigou à reoperação, a menor pontuação é o bem-estar sexual, e de maior pontuação a satisfação com o atendimento recebido (A_5).

4.3 O apoio da enfermagem

A partir do momento em que a mulher é diagnosticada com câncer de mama, ela passa a enfrentar diversos desafios em sua vida. Ela passa a depender muito do apoio de sua família e sociedade, e necessita da ajuda de profissionais capacitados à repassar segurança, apoio e orientações para essa paciente. A enfermagem, tem um papel fundamental quanto ao cuidado prestado a essas mulheres, muito antes de descobrir a patologia, com as orientações dos exames periódicos a serem realizados, e no pré e pós operatório.

Ao explorar o efeito da enfermagem multi-suporte, as pacientes foram divididas em um grupo regular e um grupo de pesquisa. O grupo regular foi submetido à enfermagem pós-operatória convencional e o grupo de pesquisa à enfermagem multi-suporte. Foi comparado as mudanças nos dois grupos na qualidade de vida dos pacientes, seus estados psicológicos e a função de seus membros superiores antes e depois da enfermagem. Os estados psicológicos dos pacientes no grupo de pesquisa eram melhores, sugerindo que a enfermagem multi-suporte pode efetivamente aumentar a flexibilidade psicológica pós-operatória dos pacientes, assim como a função do membro envolvido (A_4).

As medidas específicas da enfermagem multi-suporte incluíram: estabelecer uma

equipe multi tendo a enfermeira como líder. A equipe forneceu informações sobre a doença, os métodos de autocuidado pós-operatório, complicações pós-operatórias, a importância do agendamento de consultas de acompanhamento, o significado e importância da quimiorradioterapia adjuvante pós-operatória; A equipe realizou aulas especiais para os familiares explicando a importância deles e seu apoio aos pacientes; suporte individual; suporte fora do hospital. A enfermagem multifuncional desempenha um papel positivo na promoção da reabilitação pós-operatória dos pacientes (A₄).

A enfermagem deve dar uma atenção especial às mulheres mais velhas e em menopausa, após a cirurgia, deve se comunicar mais com essas pacientes para aliviar com o tempo suas preocupações e ansiedades, o que contribui para a melhoria da qualidade de vida das pacientes. A confiança transmitida para mulheres após procedimento operatório, é importante para descobrir as contradições psicológicas e emoções negativas das pacientes, mantendo uma comunicação estreita com os familiares, a fim de obter o apoio ativo da família, isso faz com que melhora a confiança do paciente em seu corpo e o nível de regulação sexual (A₈).

Através de um estudo realizado, avaliando a qualidade de vida e a imagem corporal de mulheres mastectomizadas, os estudiosos sugerem que os profissionais da saúde devem realizar planejamentos e intervenções para melhorar a imagem corporal e a qualidade de vida dessas mulheres (A₇).

O serviço ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por questões de barreira e de demanda, o tempo de espera para atendimento e realização cirúrgica, muitas vezes não favorece o tratamento. Com isso, a mulher enfrenta problemas, como diagnósticos tardios e imprecisos. Por isso, a enfermagem na atenção básica é fundamental, pois realizando exames clínicos das mamas, podem assim, possibilitar a precocidade de diagnóstico, contribuindo dessa forma, para rastrear mais precocemente a doença. Outro fator importante para um melhor cuidado da enfermagem para essas mulheres, é desvelar fatores que repercutem na qualidade de vida da mulher mastectomizada (A₁).

A enfermagem possui uma grande ferramenta que auxilia ao cuidado, no qual exerce direito aos enfermeiros em prescrever seus próprios diagnósticos, dando base científica. Os diagnósticos de enfermagem para mulheres mastectomizadas mais frequentes são: Risco de Infecção, Ansiedade, Medo, Dor Aguda e Mobilidade Física Prejudicada. Assim, o profissional oferece um cuidado mais preciso, possibilitando a melhora no atendimento ao paciente (NANDA INTERNACIONAL, 2018).

5 | CONCLUSÃO

As mulheres que realizam a mastectomia enfrentam diversos fatores que afeta, na maioria das vezes, a qualidade de vida. Além da dor física, a distorção da autoimagem, nem sempre é resgatada através da reconstrução mamária. O papel da enfermagem é

muito importante para essas mulheres, não somente na parte assistencial, mas sim em todo o apoio emocional que é englobado durante o tratamento.

Diante disso, destaca-se como limitações do estudo, que poucos enfermeiros são intrigados a realizar pesquisas nessa área e apesar do câncer de mama ser o segundo mais prevalente no Brasil, encontram-se poucos artigos de pesquisa publicados nos últimos anos, assim como foi sentido a falta de mais estudos realizados no Rio Grande do Sul.

Com isso, sugere-se que profissionais da saúde, incluindo a enfermagem oncológica, se interesse mais pelo tema, e que abordem estudos elucidando a prática realizada, tanto no Brasil como no estado do Rio Grande do Sul.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Natalia Gondim de *et al.* **Aspectos que podem influenciar a qualidade de vida da mulher mastectomizada/ Aspects that may influence on the quality of life of a mastectomized woman.** *Ciência, Cuidado e Saúde*, Fortaleza/Ce, v. 15, n. 3, p. 452, 1 jul. 2016. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v15n3/1677-3861-ccs-15-03-0452.pdf>. Acesso em: 20 de ago, 2021.

ARAÚJO NETO, Emídio *et al.* **Quality of Life of Post-Mastectomy Women Living in a Semi-Arid Region of Brazil.** *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, Paraíba, v. 14, n. 6, p. 601, 5 jun. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5486287/>. Acesso em: 23 de ago, 2021.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.

FERLAY, J. *et al.* **Global Cancer Observatory: Cancer Today.** Lyon, France: *International Agency for Research on Cancer*, 2020. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/home>. Acesso em: 23 de ago. 2021.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Cartilha Câncer de Mama - Vamos Falar Sobre Isso.** ed 5: Inca, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/cartilha-cancer-de-mama-vamos-falar-sobre-isso2016.pdf>. Acesso em: 20 de ago, 2021.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Controle do Câncer de Mama - Documento de Consenso.** *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 50, n. 2, p. 77-90, 30 jun. 2004.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estatísticas de câncer no Brasil, 2020.** Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em: 26 de ago, 2021.

MACEDO, Julia Bueno *et al.* **Occurrence of sexual dysfunctions in mastectomized females with or without breast reconstruction.** *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Rio Grande do Sul, v. 40, n. 1, p. 34544, 23 fev. 2018. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/34544>. Acesso em: 20 de ago, 2021.

MAHARJAN, Muna *et al.* **Quality of Life of Nepalese Women Post Mastectomy.** *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention*, Nepal, v. 19, n. 4, abr. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6031789/>. Acesso em: 23 de ago, 2021

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: **método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072008000400018&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 15 de ago. 2021.

MORENO, M. L.; SALES, C. A. C. C. Revisão integrativa: **O papel do enfermeiro na abordagem do câncer de mama na estratégia de saúde da família**. *Nescon*, Belo- Horizonte. 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0693.pdf>. Acesso em: 15 de set. 2021.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus Sousa de Pires *et al.* **Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas**. *Escola Anna Nery*, v. 14, n. 3, p. 477-484, set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/fj/ean/a/VCJcb5NLP4rkj8RThzYZS9n/?lang=pt>. Acesso em: 23 de ago. 2021.

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

PAČARIĆ, Stana *et al.* **The quality of life of Croatian women after mastectomy: a cross-sectional single-center study**. *Bmc Public Health*, Croácia, v. 18, n. 1, ago. 2018. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5929-0>. Acesso em: 23 de ago, 2021.

RAZDAN, Shantanu *et al.* **Quality of life among patients after bilateral prophylactic mastectomy: a systematic review of patient-reported outcomes Shantanu**. *Quality of Life Research*, v. 150. n. 2, p. 137-143, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4867133/>. Acesso em: 15 de ago, 2021.

RODRIGUES, Tamires Aparecida Cavalcante *et al.* **Tópicos em Ciências da Saúde: cuidado de enfermagem na deiscência de mastectomia: estudo de caso**. *Editora Poisson*, Belo Horizonte, v. 15, p. 17-20, 2020. Disponível em: <https://poisson.com.br/2018/produto/topicos-em-ciencias-da-saude-volume-15/>. Acesso em: 15 de ago, 2021.

SILVA, Mariana Gomes da *et al.* **Qualidade de vida em pacientes mastectomizadas**. *Centro Universitário Tiradentes*, Maceió, jan. 2020. Disponível em: <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/3260/QUALIDADE%20DE%20VIDA%20EM%20PACIENTES%20MASTECTOMIZADAS%20TCC%20OK.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 de ago, 2021.

SOLBAS, Silvia *et al.* **Long-Term Quality of Life (BREAST-Q) in Patients with Mastectomy and Breast Reconstruction**. *International Journal Of Environ Mental Research And Public Health*, v. 18, 15 set. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8472119/>. Acesso em: 23 ago. 2021

TANG, Xiaoxiao. **The effect of multi-supportive nursing on the postoperative rehabilitation of breast cancer patients**. *The Effect Of Multi-Supportive Nursing On The Postoperative Rehabilitation Of Breast Cancer Patients*, v. 13, jun. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8290794/#b4>. Acesso em: 23 ago. 2021

TURK, Kubra Erturhan *et al.* **The Effect on Quality of Life and Body Image of Mastectomy Among Breast Cancer Survivors**. *European Journal Of Breast Health*, [S.L.], p. 205-210, 27 set. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6170016/>. Acesso em: 23 ago. 2021

WANG, Xiaoqing *et al.* **Quality of life and related risk factors after breast reconstruction in breast cancer patients**. *Gland Surgery*, v. 93, p. 767-774, jun. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7347807/>. Acesso em: 23 ago. 2021.

CAPÍTULO 23

CUIDADOS DE ENFERMAGEM E A CARGA DE TRABALHO EM SERVIÇOS DE MEDICINA INTENSIVA

Data de aceite: 04/07/2022

Data de submissão: 10/05/2022

João Filipe Fernandes Lindo Simões

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) e Instituto de Biomedicina de Aveiro (iBiMED)
Aveiro, Portugal
ORCID: 0000-0002-4989-2252

Matilde Delmina da Silva Martins

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança - Bragança, Portugal e Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E)
Coimbra, Portugal
ORCID: 0000-0003-2656-5897

Carlos Pires Magalhães

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança - Bragança, Portugal e Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E)
Coimbra, Portugal
ORCID: 0000-0003-0170-8062

Pedro Miguel Garcez Sardo

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) e Instituto de Biomedicina de Aveiro (iBiMED)
Aveiro, Portugal
ORCID: 0000-0002-8815-3874

Alexandre Marques Rodrigues

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) – Aveiro, Portugal e Centre for Innovative Biomedicine and Biotechnology/ CEISUC
Coimbra, Portugal
ORCID: 0000-0001-8408-769X

RESUMO: Os indicadores de quantificação da carga de trabalho de Enfermagem são, atualmente, um dos recursos utilizados para o planeamento e avaliação dos Serviços de Medicina Intensiva (SMIs). A evidência mostra que são vários os fatores relacionados com as pessoas em situação crítica, e com o seu internamento, que potencialmente se relacionam com a variabilidade na carga de trabalho de enfermagem neste contexto. O conhecimento dos fatores relacionados com a carga de trabalho de enfermagem possibilita instituir medidas de redefinição de prioridades assistenciais, de aumento da produtividade, de gestão de recursos humanos e redução de custos adicionais à organização para melhorar o desempenho nas intervenções de enfermagem, e minimizar a existência de possíveis eventos adversos.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Cuidados Críticos; Carga de Trabalho; Pessoa em Situação Crítica.

NURSING CARE AND THE WORKLOAD IN INTENSIVE MEDICINE SERVICES

ABSTRACT: Nursing workload quantification indicators are currently one of the resources used

for the planning and evaluation of Intensive Care Services (SMIs). Evidence shows that there are several factors related to patients in critical situations and their hospitalization, which potentially relate to the variability in the nursing workload in this context. The knowledge of the factors related to the nursing workload makes it possible to redefine care priorities, to increase productivity, to manage human resource and to reduce additional costs to the organization, to improve performance in nursing interventions, and to reduce the possibility of adverse events.

KEYWORDS: Nursing; Critical Care; Workload; Patient in Critical Situation.

1 | INTRODUÇÃO

O ambiente de trabalho da equipa de enfermagem nos Serviços de Medicina Intensiva (SMIs) mudou significativamente na última década. Isso resultou de reformas do sistema de saúde, re-estruturação hospitalar, redução de custos e necessidade de formação muito diferenciada e complexa dos enfermeiros (PENEDO et al., 2013). Nos últimos anos, estas e outras alterações foram abruptamente implementadas e ajustadas pelo catalisador pandémico. Devido ao rápido progresso tecnológico e altas expectativas das pessoas doentes e suas famílias em relação à qualidade do tratamento e cuidados, o ambiente de trabalho tornou-se num dos maiores fatores de stresse, frequentemente mencionados na prática diária de enfermagem (ROSE, MUTTALIB & ADHIKARI, 2019).

Assim, e de acordo com BAHADORI et al. (2014), trabalhar num SMI é uma fonte importante de pressão e stresse social e psicológico, relacionados com a falta de iluminação natural, o excesso de ruído, o grande número de profissionais e equipamentos clínicos, a alta mortalidade das pessoas doentes, a falta de resultados tangíveis dos cuidados prestados pelos enfermeiros e a necessidade constante de tomada de decisão adequada. Estes fatores associados às características das pessoas em situação crítica e à carga de trabalho, podem produzir consequências nefastas para os enfermeiros (DESPINS, KIM, DEROCHE, & SONG, 2019). Portanto, reconhecer, categorizar e caracterizar os fatores que podem estar relacionados com a variabilidade na carga de trabalho dos enfermeiros é importante, pois poderá conduzir à melhoria da qualidade do trabalho através da reformulação ou implementação de políticas e intervenções apropriadas para a mudança na atribuição de rácios para a prestação de cuidados de enfermagem em contexto de cuidados intensivos e consequente gestão de recursos humanos.

Assim, optou-se por organizar este capítulo em torno de dois tópicos, o primeiro acerca da avaliação da carga de trabalho de enfermagem e o segundo sobre os fatores que influenciam a carga de trabalho de enfermagem em serviços de medicina intensiva.

2 | AVALIAÇÃO DA CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM

A carga de trabalho de enfermagem pode ser definida como “elementos do processo de trabalho que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando um processo de adaptação que se traduz em desgaste” (OLIVEIRA, GARCIA e NOGUEIRA,

2016, p. 684). Os referidos autores referem que conhecer esta carga presente no ambiente de trabalho é essencial, uma vez que é passível de controle e redução dos seus efeitos indesejáveis, nomeadamente a ocorrência de eventos adversos. Assim, o aumento da proporção de horas de cuidados de enfermagem prestados às pessoas em situação crítica está associado à diminuição da ocorrência de eventos adversos, tais como a infeção do trato urinário, úlceras por pressão, pneumonia hospitalar, infeções de lesões cutâneas, complicações no acesso venoso central, choque, erros relacionados com a terapêutica farmacológica e complicações pós-operatórias.

De acordo com MACEDO (2017) para a avaliação da carga de trabalho de enfermagem, existem vários instrumentos referidos na literatura da especialidade, como por exemplo a Therapeutic Intervention Scoring System (TISS), a TISS-28, o Nursing Activities Score (NAS), o Nine Equivalents of Nursing Manpower (NEMS), o Omega Scoring System (OMEGA), o Project of Research of Nursing (PRN), o Time Oriented Score System (TOSS), o Comprehensive Nursing Intervention Score (CNIS), o Nursing Care Recording System (NCR11) e o Clinical Activity Monitoring System (CATS).

Destes instrumentos de medida, o mais utilizado em Portugal é a TISS-28, pois faz parte dos três instrumentos que se encontram validados para o nosso país (TISS, TISS-28 e o NAS).

A TISS-28 é uma versão reduzida da escala inicial TISS, criada por CULLEN (1974) e atualizada posteriormente por KEENE e CULLEN (1983), consistindo num sistema de medida da gravidade e da carga de trabalho de enfermagem em Cuidados Intensivos, tendo como base a quantificação das intervenções realizadas nas pessoas internadas, segundo a sua complexidade, grau de invasão e o tempo despendido pelos enfermeiros para a realização de determinados procedimentos na pessoa em situação crítica. A versão simplificada (TISS-28), com redução do número de itens e agrupamento de itens afins, num total de 28 atos terapêuticos, foi ajustada por MIRANDA, DE RIJK e SCHAUFELI (1996) com o intuito de tornar o índice mais fiável para a medição da carga de trabalho de enfermagem e facilitar a aplicação prática. MORENO e MORAIS (1997) traduziram e validaram este sistema para a língua portuguesa europeia, possibilitando a sua utilização no contexto de Cuidados Intensivos em Portugal. Neste estudo, com o objetivo de avaliar o desempenho da TISS-28 num grupo de pessoas internadas em cuidados intensivos e determinar a sua relação com a TISS na quantificação da carga de trabalho de enfermagem em medicina intensiva, os autores verificaram que a correlação entre os dois instrumentos foi boa, com a TISS-28 a explicar 72% da variação da TISS ($r = 0,85$, $r^2 = 0,72$). A relação entre os dois sistemas foi $TISS-28 = 6,22 + 0,85 TISS$. Os autores obtiveram valores de fiabilidade muito alta, com coeficientes de correlação intraclassa superiores a 0,90 para ambas as escalas.

WYSOKIŃSKI, KSYKIEWICZ-DOROTA e FIDECKI (2013), referem que as intervenções mencionadas na escala TISS-28 se concentram principalmente em

procedimentos de diagnóstico-tratamento no âmbito de cuidados intensivos, geralmente omitindo as intervenções autónomas de enfermagem associadas à enfermagem em cuidados intensivos. Também FERREIRA, MACHADO, VITOR, LIRA E MARTINS (2014) referem que embora seja reconhecida a importância da TISS-28, a sua utilização evidenciou algumas lacunas estruturais para a medida total da carga de trabalho de enfermagem, pois atividades relacionadas com o cuidado indireto à pessoa em situação crítica tais como tarefas organizacionais, de suporte à família e administrativas não são consideradas. A este propósito QUEIJO e PADILHA (2009) afirmam que a TISS-28 abrange, apenas, cerca de 43,3% das atividades de enfermagem.

Tendo em consideração estas fragilidades da TISS-28, esta escala sofreu uma nova modificação, de forma a avaliar mais fielmente a carga de trabalho nos SMIs, resultando no instrumento NAS (QUEIJO & PADILHA, 2009). De acordo com QUEIJO E PADILHA (2009) o NAS contempla 80,8% das atividades de enfermagem, sendo, portanto, mais completo que a TISS-28. O referido instrumento foi validado para Portugal por MACEDO et al. (2016) e por MACEDO et al. (2021).

O NAS contempla a prestação de cuidados diretos ao doente e família, como por exemplo procedimentos de higiene, mobilização e posicionamentos, apoio e cuidados aos familiares e pessoas internadas, inclui ainda a prestação de cuidados indiretos, ao nível das atividades administrativas e de gestão (MACEDO et al., 2016). Este instrumento de medida está agrupado em sete categorias, composto por 23 itens, 18 não divisíveis e cinco divididos em 14 subitens, totalizando 32 (18+14) possibilidades de classificação, onde a pontuação de cada, traduz o tempo dedicado ao cuidado da pessoa, podendo alcançar um máximo de 176,8 pontos. Cada ponto do NAS corresponde a 14,4 minutos. Esse somatório pretende representar o tempo dedicado pelo profissional de enfermagem, na prestação de cuidados aos seus doentes, nas últimas 24 horas.

Em Portugal, apesar das fragilidades, a escala TISS-28 é um instrumento amplamente disponível e aplicado em SMIs. QUEIJO (2002) classifica-o como um método de avaliação da carga de trabalho fiável, pois considera a especificidade de cada pessoa em relação à gravidade e permite uma comparação da carga de trabalho entre cada pessoa doente ou grupo de pessoas doentes. PIRRET (2002), também refere que é um instrumento adequado para a avaliação da carga de trabalho de enfermagem e que tem uma fácil e rápida aplicabilidade, necessitando de poucos recursos para a sua implementação.

3 | FATORES QUE INFLUENCIAM A CARGA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE MEDICINA INTENSIVA

Relativamente à evidência científica acerca da avaliação da carga de trabalho de enfermagem em SMIs, vários foram os estudos encontrados que demonstram os principais fatores que a influenciam. SOUZA NOGUEIRA, KOIKE, SARDINHA, PADILHA E DE SOUSA (2013) realizaram um estudo com o objetivo de comparar pessoas doentes internadas em

SIMIs de instituições públicas e privadas, segundo a carga de trabalho de enfermagem requerida (avaliada através do NAS) e as intervenções de enfermagem realizadas. Os autores verificaram que as médias do NAS nos SIMIs públicos e privados, tanto na admissão (68,1% e 56,0%, respetivamente) quanto na saída da unidade (54,7% e 51,0%, respetivamente), se encontravam próximos dos valores médios de outras investigações e o score obtido oscilou de 41,4% a 96,2%.

Com o objetivo de avaliar a carga de trabalho de enfermagem e verificar a correlação entre a carga e o índice de gravidade APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II), GOULART, AOKI, FERNANDA, VEGIAN e GUIRARDELLO (2014) também utilizaram o NAS para esta avaliação. Constatou-se que a média do NAS durante o período de internamento foi de 72%, e os dados mostraram uma correlação moderada entre a carga de trabalho e a gravidade da pessoa em situação crítica, ou seja, quanto maior a pontuação, maior o risco de mortalidade apresentado pelas pessoas internadas.

FERREIRA, MACHADO, MARTINS E SAMPAIO (2017) avaliaram a carga de trabalho de enfermagem em unidades de cuidados críticos através do NAS e relacionaram-na com o grau de dependência dos participantes no estudo, calculado através do Sistema de Classificação de Doentes de Perroca. Assim, a carga de trabalho de enfermagem apresentou-se elevada, com valores do NAS em média de 69,8% ($\pm 24,1$) por pessoa, o que revela sobrecarga no total de cuidados prestados nas 24 horas (se considerarmos que a pontuação 100 equivale a 24 horas de cuidados de enfermagem e que normalmente o rácio nesse contexto é de 2 pessoas em situação crítica por enfermeiro). Relativamente à influência da dependência das pessoas em situação crítica verificou-se que as pessoas que apresentaram maior grau de dependência foram aquelas que exigiram uma maior carga de trabalho de enfermagem.

MENDES-RODRIGUES et al. (2017) realizaram um estudo idêntico ao dos autores anteriores, mas comparativo entre várias unidades de cuidados críticos do mesmo hospital. Os autores concluíram que o NAS estimou uma carga de trabalho de enfermagem maior do que aquela que se encontra preconizada.

RAIANE et al. (2019) realizaram uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de comparar a carga de trabalho de enfermagem, medida pelo NAS, entre UCIs polivalentes de adultos e especializadas do tipo cirúrgica, de cardiologia e trauma. Nesta revisão, os autores verificaram uma elevada carga de trabalho, tanto nas UCIs polivalentes como nas unidades especializadas, apresentando pontuações superiores a 50%. Nos estudos analisados destacam-se as UCIs de Trauma com valores de carga de trabalho mais elevados (72 e 71,3%).

SILVA e GAEDKE (2019) realizaram um estudo para avaliar, através do NAS, a carga de trabalho num SIMI de adultos, identificar o perfil das pessoas internadas e dimensionar o número de profissionais de enfermagem. Neste estudo, concluíram que a pontuação média do NAS encontrada, foi de 62,14% (o que corresponde a uma alta carga de trabalho

de enfermagem), equivalente a uma média de 14,91 horas de cuidados por pessoa em situação crítica nas 24 horas.

OLIVEIRA, GARCIA e NOGUEIRA (2016) realizaram uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar evidências sobre a influência da carga de trabalho de enfermagem na ocorrência de eventos adversos em pessoas adultas internadas em SMIs. Foi evidente que a carga de trabalho de enfermagem, analisada por diferentes instrumentos, exerceu influência negativa na ocorrência de eventos adversos durante o internamento, tais como IACS, úlceras por pressão e/ou erro na preparação ou administração de terapêutica. Assim, pelo aumento da ocorrência de eventos adversos, concluíram que a elevada carga de trabalho de enfermagem gera impacto na qualidade dos cuidados prestados, com aumento das taxas de mortalidade, aumento do tempo de internamento e, conseqüentemente, aumento dos custos assistenciais.

Num estudo realizado em Portugal por CATALÃO (2016) com o objetivo de avaliar a carga de trabalho de enfermagem com recurso à TISS-28 e caracterizar retrospectivamente a gravidade dos doentes internados numa UCI, a maioria dos registos encontravam-se na classe de Cullen III, que corresponde a 20-39 pontos da TISS-28, havendo uma variação acentuada nos scores obtidos explicada em parte pela elevada rotatividade na ocupação de camas do serviço. Também verificou que a carga de trabalho não está distribuída de modo equitativo pelos turnos, apresentando no turno da Manhã metade do valor máximo de pontos TISS-28 que um enfermeiro consegue assegurar em 8 horas. A categoria das intervenções que registou maior prevalência e incidência foi a categoria 'Atividades Básicas', seguida do 'Suporte Respiratório' e do 'Suporte Renal'; consumindo mais tempo de trabalho dos enfermeiros, em média, por turno de 8 horas.

MACEDO (2017) também realizou um estudo na Região Centro de Portugal numa amostra de 240 pessoas, com o objetivo de adaptar transculturalmente e validar para a população portuguesa a NAS. Neste estudo, além de aplicar a versão traduzida e adaptada do NAS, também efetuou a aplicação da TISS-28. Assim, verificou que os valores da TISS-28 oscilaram entre 8 e 57 pontos apresentando uma média de $29,25 \pm 10,07$ pontos e os valores da NAS oscilaram entre 37,98 e 114,75 pontos, apresentando uma média de $63,25 \pm 13,37$ pontos.

PADILHA et al., (2017) realizaram um estudo com o objetivo de analisar a influência da carga de trabalho, o stresse, o *Burnout*, a satisfação e a perceção do ambiente de cuidados, pela equipe de enfermagem com a presença de eventos adversos num serviço de cuidados intensivos de Trauma. Foi identificada a existência de uma elevada carga de trabalho de enfermagem, calculada pelo NAS, apurando-se uma média no score do NAS de 73,40% ($\pm 7,88$, com um mínimo de 35% e um máximo de 123%). Os autores também encontraram uma relação significativa entre a carga de trabalho e os eventos adversos ocorridos, verificando que a possibilidade de estes últimos ocorrerem é maior quanto maior for a carga de trabalho.

SANTANA et al. (2015) com base num estudo qualitativo acerca da percepção da equipa de enfermagem quanto às iatrogenias na assistência numa unidade de terapia intensiva, no qual um dos objetivos visava identificar os fatores que propiciavam os erros de enfermagem nessas unidades, é destacada a multifatorialidade, tais como “desgaste físico e emocional da equipe, extensas jornadas de trabalho, desmotivação dos profissionais, número insuficiente de profissionais e complexidade das atividades exercidas na assistência prestada” (p. 15).

Relacionado com a carga de trabalho de enfermagem, para além dos que já foram descritos, GONÇALVES MENEGUETI, RICCI DE ARAÚJO, DO ALTÍSSIMO NOGUEIRA, SANCHEZ GULIN E LAUS (2017) realizaram uma revisão integrativa com o objetivo principal de identificar quais os fatores descritos na literatura, associados à carga de trabalho de enfermagem em UCIs. A análise dos artigos selecionados evidenciou que as variáveis mais citadas como preditoras de maior carga de trabalho de enfermagem, foram o tempo de internamento, a gravidade clínica e o óbito. Assim, as pessoas que morreram e também as que permaneceram internadas mais tempo, provavelmente, por apresentarem uma condição mais instável, com necessidade de um acompanhamento mais rigoroso e múltiplas intervenções terapêuticas, apresentaram uma carga de trabalho superior.

Relativamente ao tempo de internamento, no estudo de MACEDO (2017) verificou-se uma influência estatisticamente significativa do tempo de internamento na carga de trabalho de enfermagem, verificando que quanto menor for o tempo de internamento, maior é a carga de trabalho associada.

Também a variável sexo das pessoas em situação crítica, é indicada como podendo ter uma relação significativa com a variabilidade da carga de trabalho. De acordo com SAMUELSSON, SJÖBERG, KARLSTRÖM, NOLIN e WALTHER (2015) existem dados pré-clínicos substanciais sobre como as hormonas sexuais masculinas e femininas desempenham um papel na fisiopatologia e recuperação de doenças críticas. Os autores referem o exemplo do estrogénio como um potente antioxidante que parece ter um efeito protetor em situações de trauma e hemorragia, enquanto os altos níveis de testosterona em condições críticas estão associados à supressão da função cardíaca e da resposta imunológica. No estudo que realizaram, os referidos autores, verificaram que os indivíduos do sexo masculino foram associados de forma independente ao recebimento de mais cuidados na UCI por admissão.

MACEDO (2017), no estudo já referido na Região Centro de Portugal, efetuou uma análise correlacional entre a variável sexo e a carga de trabalho de enfermagem avaliada pelo NAS, tendo verificado que existia uma relação estatisticamente significativa entre elas, concluindo que as pessoas do sexo feminino aumentam a carga de trabalho de enfermagem.

Outro dos fatores encontrados que poderá estar relacionado com a carga de trabalho de enfermagem em SMIs, é a idade da pessoa internada. Na realidade, e como já abordámos anteriormente, verifica-se um aumento substancial do número de idosos

internados em SMIs, também devido à tendência de envelhecimento da população a nível mundial (WALKER, SPIVAK, & SEBASTIAN, 2014), o que se traduz num aumento da média de idade das pessoas doentes.

Como um número cada vez maior de idosos convive com alterações sistémicas e doenças crónicas, são necessárias novas estratégias para melhorar a qualidade de vida e a tomada de decisão no final de vida, como é o caso do recurso ou não a cuidados intensivos (LUCENA et al., 2010). Assim, de acordo com BELL (2014), as taxas de incapacidade em adultos mais velhos não mudaram, no entanto, eles vivem com mais alterações sistémicas o que afeta a qualidade de vida e traduz-se em complicações mais graves em situação de doença aguda e/ou crítica.

Este fenómeno de aumento do número de idosos nas UCI's não é um fenómeno português exclusivo, mas mundial (FUCHS et al., 2012). Segundo WALKER et al. (2014) os idosos representam pelo menos 50% da taxa de ocupação dos SMIs e o número de doentes com idade igual ou superior a 80 anos é significativo.

Neste sentido, os enfermeiros e toda a equipe de saúde devem estar preparados para esta realidade, adaptando-se às necessidades desta população. Como refere FERRETTI-REBUSTINI et al. (2017) os cuidados diferenciados ao idoso nos SMIs requerem enfermeiros qualificados, conhecedores das especificidades inerentes à senescência e senilidade sendo um dos determinantes mais importantes da qualidade associada aos cuidados e à segurança da pessoa idosa em situação crítica.

Poderá pensar-se, que por estas pessoas apresentarem um maior número de comorbilidades, um maior risco de mortalidade e, em algumas situações, maior dependência, poderá estar associado um aumento da carga de trabalho de enfermagem. Baseados nesta suposição, FERRETTI-REBUSTINI et al. (2017) desenvolveram um estudo com o objetivo de verificar se a idade era um preditor independente da carga de trabalho de enfermagem num SMI. Os resultados evidenciaram que os cuidados de enfermagem prestados a idosos internados em SMIs estão associados a uma maior carga de trabalho, em comparação com pessoas adultas. Os referidos autores também concluíram que apesar dos resultados apontarem a idade como preditor independente da carga de trabalho de enfermagem nos SMIs, a força dessa relação causal não foi de maior importância. Assim, de acordo com os autores, o envelhecimento pode ser considerado um fator associado, mas não um preditor da carga de trabalho de enfermagem em SMIs.

Num outro estudo similar realizado por SOUSA, PADILHA, NOGUEIRA, MIYADAHIRA e OLIVEIRA (2009), que tinha como objetivo principal a comparação entre a carga de trabalho de enfermagem, avaliada através do NAS, requerida por pessoas doentes adultas, idosas e muito idosas, os autores verificaram que, independente da idade, houve similaridade da carga de trabalho de enfermagem na admissão, bem como na evolução das necessidades de cuidados das pessoas doentes. No entanto verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, em algumas dimensões do NAS

no momento da admissão na UCI (Monitorização e controlo e Procedimentos de higiene), no momento da alta da unidade (Suporte respiratório e Hiperalimentação intravenosa) e em ambos os momentos (Mobilização e posicionamento).

Também MACEDO (2017) incluiu a variável idade no seu estudo, tendo concluído que a idade dos participantes do sexo masculino apresentava uma menor média ($68,63 \pm 15,48$ anos) do que o sexo feminino ($76,44 \pm 11,91$ anos), sendo esta estatisticamente significativa. Relativamente à influência da idade na carga do trabalho dos enfermeiros, o estudo revelou que quanto menor for a idade da pessoa doente maior é a carga de trabalho associada.

Também se encontrou evidência de que o peso dos doentes pode estar relacionado com a carga de trabalho dos enfermeiros em medicina intensiva. De acordo com os resultados do estudo de SHEA e GAGNON (2015), os enfermeiros que prestam cuidados a pessoas obesas geralmente experienciam desconforto e exaustão física, classificando a experiência como mais desafiadora, difícil e exigente. Também ROBSTAD et al. (2018), verificaram que os enfermeiros de medicina intensiva entendem os cuidados de pessoas obesas como emocionalmente exigentes devido à vulnerabilidade e desafios físicos dessas pessoas em comparação com pessoas com peso normal, repercutindo-se na sua carga de trabalho. Neste estudo, os enfermeiros relatam sentimentos ambivalentes ao cuidar dessas pessoas: embora se esforçassem para oferecer bons cuidados e iguais a todos, mantinham simultaneamente crenças e atitudes negativas em relação às pessoas doentes obesas. Além disso, surgiam sentimentos de frustração entre os enfermeiros dos SMIs em relação às situações de cuidados fisicamente exigentes e uma relutância em cuidar de tais pessoas entre alguns elementos da equipa de enfermagem. Resultados idênticos foram encontrados no estudo de ROBSTAD, WESTERGREN, SIEBLER, SÖDERHAMN e FEGRAN (2019), que verificaram que os enfermeiros dos SMIs relataram preferências implícitas para a prestação de cuidados a pessoas com baixo peso ou peso normal e referiram-se aos indivíduos obesos como um pouco “piores” e “preguiçosos”, manifestando menor força de vontade do que os indivíduos sem excesso de peso.

GOULART, CARRARA, ZANEI E WHITAKER (2017), no estudo acerca da avaliação e comparação da carga de trabalho de enfermagem e a frequência dos itens pontuados no NAS, considerando os diferentes grupos de Índice de Massa Corporal (IMC) de pessoas internadas em SMIs, concluíram que a carga de trabalho de enfermagem nos diferentes grupos de IMC não foi estatisticamente diferente na amostra estudada.

No estudo de SIMÕES et al. (2020) realizado num SMI de um Hospital da Região Centro de Portugal, com o objetivo de avaliar a relação entre os fatores sociodemográficos, antropométricos e clínicos das pessoas em situação crítica e a carga de trabalho da equipa de enfermagem do referido serviço (avaliada com recurso à TISS-28), os autores obtiveram uma média de $34,2 \pm 6,9$ pontos na primeira avaliação da TISS-28. Os resultados mostraram que as Atividades básicas foram as que apresentaram a maior percentagem

de tempo gasto (38,0%) seguidas do Suporte cardiovascular (26,5%). Verificou-se ainda uma maior possibilidade de valores mais baixos na TISS-28 para pessoas com idade ≤ 44 anos e com menor tempo de internamento (≤ 7 dias). Também se verificou que as pessoas classificadas na classe IV de Cullen na admissão (OR=2.483) e com um percentil de peso normal ou mais elevado (OR=1,871 e 1,534, respetivamente) têm uma maior possibilidade de apresentar pontuações mais elevadas da TISS-28.

Considerando a elevada carga de trabalho dos enfermeiros dos SMIs verificada, um dos desafios dos gestores é realizar um adequado dimensionamento da equipa, a fim de prestar à pessoa em situação crítica, cuidados seguros e de qualidade. Sendo o dimensionamento adequado do número de profissionais, um processo complexo, apesar de existirem orientações muito objetivas por parte da Ordem dos Enfermeiros para as dotações seguras de pessoal de enfermagem, parece-nos importante conhecer melhor a realidade da carga de trabalho de enfermagem nas unidades de forma a caracterizá-la e verificar quais os fatores que poderão estar relacionados com a sua variabilidade.

4 | CONCLUSÃO

A avaliação precisa da carga de trabalho de enfermagem possibilita instituir medidas para melhorar o desempenho nas intervenções de enfermagem, a partir da redefinição de prioridades assistenciais, aumento da produtividade, gestão de recursos humanos e redução de custos adicionais à organização, relacionados com possíveis eventos adversos, entre outros. Assim, se houver uma gestão adequada da carga de trabalho de enfermagem, iremos contribuir para a diminuição de eventos adversos, através de uma melhor adesão às boas práticas de segurança e diminuição do risco associado aos cuidados de saúde pelos enfermeiros.

O conhecimento dos fatores que se encontram relacionados com a carga de trabalho de enfermagem, diretamente ligados às pessoas em situação crítica ou aos contextos de cuidados, poderá trazer subsídios para a gestão de recursos da equipa de enfermagem, permitindo alocar mais horas de cuidados de enfermagem no caso de pessoas com as características descritas na literatura da especialidade.

REFERÊNCIAS

BAHADORI, M., RAVANGARD, R., RAADABADI, M., MOSAVI, S. M., FESHARAKI, M. G., & MEHRABIAN, F. (2014). **Factors affecting intensive care units nursing workload**. Iranian Red Crescent Medical Journal, 16(8). <https://doi.org/10.5812/ircmj.20072>

BELL, L. (2014, March). **The epidemiology of acute and critical illness in older adults**. Critical Care Nursing Clinics of North America. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2013.10.001>

CATALÃO, M. J. (2016). **Avaliação da Carga de Trabalho de Enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira em Portalegre**. Instituto Politécnico de Portalegre. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14590/1/ESSTFC588.pdf>

CULLEN, D. J., CIVETTA, J. M., BRIGGS, B. A., & FERRARA, L. C. (1974). **Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care**. *Critical Care Medicine*, 2(2), 57–60. <https://doi.org/10.1097/00003246-197403000-00001>

DESPINS, L. A., KIM, J. H., DEROCHE, C., & SONG, X. (2019). **Factors Influencing How Intensive Care Unit Nurses Allocate Their Time**. *Western Journal of Nursing Research*, 41(11), 1551–1575. <https://doi.org/10.1177/0193945918824070>

FERREIRA, P. C., MACHADO, R. C., MARTINS, Q. C. S., & SAMPAIO, S. F. (2017). **Classificação de pacientes e carga de trabalho de enfermagem em terapia intensiva: comparação entre instrumentos**. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2), 1–7. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62782>

FERREIRA, P. C., MACHADO, R. C., VITOR, A. F., LIRA, A. L. B. DE C., & MARTINS, Q. C. S. (2014). **Dimensionamento de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: evidências sobre o Nursing Activities Score**. *Rev. RENE*, 888–897.

FERRETTI-REBUSTINI, R. E. DE L., NOGUEIRA, L. DE S., SILVA, R. DE C. G. E., POVEDA, V. DE B., MACHADO, S. P., OLIVEIRA, E. M. DE, ... PADILHA, K. G. (2017). **Aging as a predictor of nursing workload in Intensive Care Unit: results from a Brazilian Sample**. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 51(0). <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016237503216>

FUCHS, L., CHRONAKI, C. E., PARK, S., NOVACK, V., BAUMFELD, Y., SCOTT, D., ... CELI, L. (2012). **ICU admission characteristics and mortality rates among elderly and very elderly patients**. *Intensive Care Medicine*, 38(10), 1654–1661. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2629-6>

GONÇALVES MENEGUETI, M., RICCI DE ARAÚJO, T., DO ALTÍSSIMO NOGUEIRA, T., SANCHEZ GULIN, F., & LAUS, A. M. (2017, May 1). **Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Revisão integrativa**. *Ciencia y Enfermeria*. Universidad de Concepcion. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532017000200069>

GOULART, L. L., AOKI, R. N., FERNANDA, C., VEGIAN, L., & GUIRARDELLO, B. (2014). **Artigo Original Carga de trabalho de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de trauma***. <https://doi.org/10.5216/ree.v16i2.22922>

GOULART, L. L., CARRARA, F. S. A., ZANEI, S. S. V., & WHITAKER, I. Y. (2017). **Nursing workload related to the body mass index of critical patients**. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 30(1), 31–38. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700006>

KEENE, A. R., & CULLEN, D. J. (1983). **Therapeutic intervention scoring system: Update 1983**. *Critical Care Medicine*, 11(1), 1–3. <https://doi.org/10.1097/00003246-198301000-00001>

LUCENA, A. DE F., GUTIÉRREZ, M. G. R. DE, ECHER, I. C., & BARROS, A. L. B. L. DE. (2010). **Nursing Interventions in the Clinical Practice of an Intensive Care Unit**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(5), 873–880. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692010000500006>

MACEDO, A. P. M. DE C., MENDES, C. M. F. S., CANDEIAS, A. L. S., SOUSA, M. P. R., HOFFMEISTER, L. V., & LAGE, M. I. G. S. (2016). **Validation of the Nursing Activities Score in Portuguese intensive care units.** Revista Brasileira de Enfermagem, 69(5), 881–887. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0147>

MACEDO, R. P. A. (2017). **Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a população portuguesa.** Instituto Politécnico de Viseu. Retrieved from <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4540>

MACEDO R, DIAS A, CUNHA M, COSTA P, SARDO P & MACEDO M. (2021). **Nursing Activities Score: Adaptação transcultural e validação para a população portuguesa.** Servir, 2(1):19–30.

MENDES-RODRIGUES, C., COSTA, K. E. S., ANTUNES, A. V., GOMES, F. A., REZENDE, G. J., & SILVA, D. V. (2017). **Carga de Trabalho e Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva.** Revista Brasileira Ciências Da Saúde - USCS, 15(53), 5–13. <https://doi.org/10.13037/ras.vol15n53.4159>

MIRANDA, D. R., DE RIJK, A., & SCHAUFELI, W. (1996). **Simplified therapeutic intervention scoring system: The TISS-28 items - Results from a multicenter study.** Critical Care Medicine, 24(1 SUPPL.), 64–73. <https://doi.org/10.1097/00003246-199601000-00012>

MORENO, R., & MORAIS, P. (1997). **Validation of the simplified therapeutic intervention scoring system on an independent database.** Intensive Care Medicine, 23(6), 640–644. <https://doi.org/10.1007/s001340050387>

OLIVEIRA, A. C., GARCIA, P. C., & NOGUEIRA, L. DE S. (2016). **Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: A systematic review.** Revista Da Escola de Enfermagem. Escola de Enfermagem de Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500020>

PADILHA, K. G., BARBOSA, R. L., ANDOLHE, R., DE OLIVEIRA, E. M., DUCCI, A. J., BREGALDA, R. S., & DAL SECCO, L. M. (2017). **Carga de trabalho de enfermagem, estresse/burnout, satisfação e incidentes em unidade de tratamento intensivo de trauma.** Texto e Contexto Enfermagem, 26(3). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001720016>

PADILHA, K. G., SOUSA, R. M. C. DE, MIYADAHIRA, A. M. K., CRUZ, D. DE A. L. M. DA, VATTIMO, M. DE F. F., KIMURA, M., ... DUCCI, A. J. (2005). **Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação.** Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 39(2), 229–233. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200014>

PENEDO, J., RIBEIRO, A., LOPES, H., PIMENTEL, J., PEDROSA, J., SÁ, R. V. E., & MORENO, R. (2013). **Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos - Relatório Final.** Retrieved May 5, 2020, from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliação-nacional-da-situação-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

PIRRET, A. M. (2002). **Utilizing TISS to differentiate between intensive care and high-dependency patients and to identify nursing skill requirements.** Intensive and Critical Care Nursing, 18(1), 19–26. <https://doi.org/10.1054/iccn.2002.1617>

QUEIJO, A. F. (2002). **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (N.A.S.).** Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo, São Paulo. <https://doi.org/10.11606/D.7.2002.tde-12112003-220346>

QUEIJO, A. F., & PADILHA, K. G. (2009). **Nursing activities score (NAS): Cross-cultural adaptation and validation to Portuguese language.** *Revista Da Escola de Enfermagem*, 43(Special Issue.1), 1018–1025. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500004>

RAIANE, A. S. N., ROCHA, H. M. DO N., SANTOS, F. DE J., SANTOS, A. D. DOS, MENDONÇA, R. G. DE, & MENEZES, A. F. DE. (2019). **Enfermería Global Application of Nursing Activities Score (NAS) in different types of ICUs: an integrating review.** *Enfermería Global*, 56. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.362201>

ROBSTAD, N., SÖDERHAMN, U., & FEGRAN, L. (2018). **Intensive care nurses' experiences of caring for obese intensive care patients: A hermeneutic study.** *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 386–395. <https://doi.org/10.1111/jocn.13937>

ROBSTAD, N., WESTERGREN, T., SIEBLER, F., SÖDERHAMN, U., & FEGRAN, L. (2019). **Intensive care nurses' implicit and explicit attitudes and their behavioural intentions towards obese intensive care patients.** *Journal of Advanced Nursing*, 75(12), 3631–3642. <https://doi.org/10.1111/jan.14205>

ROSE, L., MUTTALIB, F., & ADHIKARI, N. K. J. (2019, July 16). **Psychological Consequences of Admission to the ICU: Helping Patients and Families.** *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.9059>

SAMUELSSON, C., SJÖBERG, F., KARLSTRÖM, G., NOLIN, T., & WALTHER, S. M. (2015). **Gender differences in outcome and use of resources do exist in Swedish intensive care, but to no advantage for women of premenopausal age.** *Critical Care*, 19(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0873-1>

SANTANA, J. C., MIRANDA, F. L., GONÇALVES, L. M., FOUREAUX, P. V., ALMEIDA, S. J., & DUARTE, C. C. (2015). **Introgenias na assistência em uma unidade de terapia intensiva: Percepção da equipa de enfermagem.** *Revista Enfermagem*, 18(2), 3–17. <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/11690>

SHEA, J. M., & GAGNON, M. (2015). **Working with patients living with obesity in the intensive care unit a study of nurses' experiences.** *Advances in Nursing Science*, 38(3), E17–E37. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000074>

SILVA, B. L. DA, & GAEDKE, M. Â. (2019). **Nursing Activites Score: avaliando a carga de trabalho de enfermagem no cuidado intensivo.** *Revista Enfermagem Atual*, 89(27), 1–7. Retrieved from <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/380>

SIMÕES J.L., SA-COUTO P., SIMÕES C.J., OLIVEIRA C., SANTOS N.M., MATEUS J., MAGALHÃES C.P. & MARTINS M. (2020). **Nursing workload assessment in an intensive care unit: A 5-year retrospective analysis.** *Journal of Clinical Nursing*, 30:528-540. DOI: 10.1111/jocn.15570.

SOUSA, R. M. C., PADILHA, K. G., NOGUEIRA, L. DE S., MIYADAHIRA, A. M. K., & DE OLIVEIRA, V. C. R. (2009). **Nursing workload among adults, elderly and very elderly patients in the intensive care unit.** *Revista Da Escola de Enfermagem*, 43(SPECIALISSUE.2), 1279–1285. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600024>

SOUZA NOGUEIRA, L., KOIKE, K. M., SARDINHA, D. S., PADILHA, K. G., & DE SOUSA, R. M. C. (2013). **Carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva públicas e privadas.** *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 25(3), 225–232. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20130039>

WALKER, M., SPIVAK, M., & SEBASTIAN, M. (2014). **The impact of aging physiology in critical care.** *Critical Care Nursing Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.ccell.2013.09.005>

WYSOKIŃSKI, M., KSYKIEWICZ-DOROTA, A., & FIDECKI, W. (2013). **Scope of Nursing Care in Polish Intensive Care Units.** *BioMed Research International*, 9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2013/463153>

CAPÍTULO 24

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO E DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM SERVIÇOS DE MEDICINA INTENSIVA

Data de aceite: 04/07/2022

Data de submissão: 06/05/2022

João Filipe Fernandes Lindo Simões

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) e Instituto de Biomedicina de Aveiro (iBiMED)
Aveiro, Portugal
ORCID: 0000-0002-4989-2252

Matilde Delmina da Silva Martins

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança - Bragança, Portugal e Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E)
Coimbra, Portugal
ORCID: 0000-0003-2656-5897

Carlos Pires Magalhães

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança - Bragança, Portugal e Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E)
Coimbra, Portugal
ORCID: 0000-0003-0170-8062

Pedro Miguel Garcez Sardo

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) e Instituto de Biomedicina de Aveiro (iBiMED)
Aveiro, Portugal
ORCID: 0000-0002-8815-3874

Alexandre Marques Rodrigues

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) – Aveiro, Portugal e Centre for Innovative Biomedicine and Biotechnology/ CEISUC
Coimbra, Portugal
ORCID: 0000-0001-8408-769X

RESUMO: Os contextos de cuidados críticos e os cuidados de enfermagem inerentes devem proporcionar bem-estar às pessoas internadas, implementando-se planos de cuidados especializados e individualizados que contribuam para a promoção do autocuidado, diminuição do sofrimento e promoção da qualidade de vida. O enfermeiro maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos, apoiado na evidência científica. Este profissional salvaguarda permanentemente a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar, implementando intervenções seguras baseadas na evidência científica, minimizando a ocorrência de eventos adversos. A Enfermagem à pessoa em situação crítica insere-se num contexto de grande complexidade, variabilidade, imprevisibilidade e incerteza, só se concretizando uma prática com qualidade se esta se basear em processos reflexivos, onde as evidências científicas são essenciais. Assim, só a combinação da perícia individual, clínica e profissional com a melhor evidência externa poderá conduzir a práticas que, com maior probabilidade, produzirão ganhos em saúde para a pessoa cuidada.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro; Cuidados

CHARACTERIZATION OF THE CONTEXT AND NURSING CARE FOR THE CRITICAL PATIENT IN INTENSIVE CARE UNITS

ABSTRACT: Critical care contexts and inherent nursing care must provide well-being to hospitalized patients, implementing specialized and individualized care plans that contribute to the promotion of self-care, reduction of suffering and promotion of quality of life. The nurse maximizes the prevention, intervention and control of infection and antimicrobial resistance, supported by scientific evidence. This professional permanently preserves the safety of all those involved in the care process, implementing safe interventions based on scientific evidence, minimizing the occurrence of adverse events. Nursing for the patient in a critical situation is part of a context of great complexity, variability, unpredictability and uncertainty, and a quality practice will only materialize if it is based on reflective processes, where scientific evidence is essential. Thus, only the combination of individual, clinical or professional expertise with the best external evidence can lead to practices that are more likely to lead to positive outcomes for the person cared for.

KEYWORDS: Nurse; Critical Care; Patient in Critical Situation; Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2020) o número médio de camas de cuidados intensivos por 100 mil habitantes em Portugal está a ter um aumento contínuo com o objetivo de alcançar a média de 11,5 da União Europeia. A mesma fonte refere que em 2012 havia apenas 4,2 camas por 100 mil habitantes, tendo evoluído gradualmente este valor para 5,66 camas por 100 mil habitantes em dezembro de 2019 e 7,39 em abril de 2020. Como podemos verificar, o aumento do número de camas foi relevante e ocorreu num muito curto espaço de tempo. Assim, num momento em que discute tanto a necessidade e a qualidade da resposta a nível de cuidados intensivos, pareceu-nos importante efetuar uma reflexão acerca das características dos Serviços de Medicina Intensiva, das pessoas aí internadas e dos cuidados de enfermagem prestados.

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica devem ser qualificados e prestados de forma contínua, dando-lhe resposta às suas necessidades, tendo como objetivo a manutenção das funções básicas de vida, a prevenção das complicações e a diminuição das incapacidades, com a finalidade da recuperação total da pessoa. Neste sentido, a abordagem da pessoa em situação crítica exige competências específicas de enfermagem, sendo o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, o profissional que, munido de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que mobiliza na sua prática, se encontra melhor habilitado para melhorar as condições de assistência da pessoa em situação crítica. Para além de favorecer o processo de recuperação da pessoa através da promoção da sua autonomia o mais precocemente possível, proporciona ganhos em

saúde e gere de forma eficiente, os recursos (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2018). Na abordagem à pessoa em situação crítica, este enfermeiro tem a capacidade para identificar precocemente os problemas (reais ou potenciais) da pessoa, tendo competências para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhe os efeitos indesejáveis (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2018). Na sua atuação, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica presta cuidados de enfermagem de alta complexidade, implementa, de forma apropriada, medidas de suporte avançado de vida e gere, adequadamente, protocolos de terapêutica complexos, considerando, com uma preocupação acrescida, os princípios inerentes à prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2018).

2 | CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MEDICINA INTENSIVA

Os Serviços de Medicina Intensiva (SMIs) são um dos pilares fundamentais para a avaliação e tratamento da pessoa em situação aguda grave, quer dentro dos seus espaços físicos quer através da colaboração em outro tipo de atividades (PENEDO et al., 2013). Assim, os SMIs assumem-se como um local qualificado para a prestação de cuidados integrais às pessoas com falências multiorgânicas com carácter de suporte, preventivo e revertendo as falências e complicações decorrentes (AGUIAR et al., 2019). São um local de passagem para pessoas em situação crítica, sendo um momento transitório que faz parte de um processo. Destinados à assistência às pessoas em situação crítica, passíveis de recuperação, os SMIs são unidades que exigem recursos humanos e materiais especializados para a monitorização e suporte contínuos das funções vitais das pessoas, a fim de prevenir e detetar complicações (DESPINS et al., 2019).

De acordo com KISORIO e LANGLEY (2019) um SMI é um serviço para pessoas com condições potencialmente reversíveis que podem beneficiar de uma observação mais detalhada e tratamento invasivo do que os que podem ser fornecidos com segurança em enfermarias gerais ou em áreas de alta dependência. Geralmente é reservado para pessoas com insuficiência multiorgânica potencial ou real.

Assim, o internamento em medicina intensiva é indicado para pessoas que necessitam ou que provavelmente poderão necessitar de suporte ventilatório avançado, pessoas que necessitam de suporte de dois ou mais sistemas orgânicos e pessoas com comprometimento crónico de um ou mais sistemas orgânicos que também necessitam de suporte para uma falência aguda e reversível de outro órgão (LUCENA, GUTIÉRREZ, ECHER, & BARROS, 2010). Assim, a decisão de admissão de uma pessoa em situação crítica num SMI deve basear-se no conceito de benefício potencial (PONCETTE et al., 2019). Ou seja, na tomada de decisão médica de admissão dever-se-á ponderar o estado clínico da pessoa, não se procedendo ao internamento em cuidados intensivos de pessoas

que se encontram suficientemente bem para beneficiar dos cuidados mais específicos ou que não têm esperança de se recuperar para uma qualidade de vida aceitável (VINCENT, 2019).

Nesta sequência de pressupostos e, tendo em consideração o paradigma europeu, são estabelecidos três níveis de cuidados intensivos de acordo com o tipo de cuidados prestados, as técnicas utilizadas e as valências disponíveis: 1) Unidade de Nível I – também designada de Unidade de Cuidados Intermédios, visa, basicamente, a monitorização, normalmente não invasiva ou minimamente invasiva de pessoas em risco de desenvolver disfunção/falência de órgão e pressupõe a capacidade de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outras Unidades de nível superior; 2) Unidade de Nível II - tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, podendo não proporcionar, de modo ocasional ou permanente, acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas (neurocirurgia, cirurgia torácica, cirurgia vascular), pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior. Deve ter acesso permanente a médico com preparação específica e tendem, a serem fundidas funcionalmente – ou trabalharem integradas – em UCI de nível III; 3) Unidade de Nível III - corresponde aos denominados SMIs//UCIs, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de formação contínua (ensino e treino) em cuidados intensivos; Deve constituir o Serviço ou Unidade exigida aos hospitais com Urgência Polivalente (PENEDO et al., 2013; MARSHALL et al., 2017).

3 | A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA INTERNADA EM SERVIÇOS DE MEDICINA INTENSIVA

Para a maioria das pessoas em situação crítica e suas famílias, a admissão num SMI é um evento imprevisto que causa sofrimento psicológico substancial (KISORIO & LANGLEY, 2019). De acordo com ROSE, MUTTALIB e ADHIKARI (2019), as consequências a curto e longo prazo para as pessoas incluem delírio, ansiedade, depressão e stresse agudo e pós-traumático. Os referidos autores, referem também que para as famílias, a ansiedade e o stresse agudo surgem da preocupação e incerteza em relação ao prognóstico do membro da família.

As pessoas em situação crítica admitidas em SMIs são um grupo heterogéneo, apresentando motivos de internamento muito diferentes. No entanto, estas pessoas compartilham um alto grau de dependência dos outros, à medida que a sua capacidade de realizar o autocuidado é comprometida. De acordo com LYKKEGAARD e DELMAR (2013), esta dependência está frequentemente associada a sentimentos negativos, impotência,

fragilidade e vulnerabilidade, interferindo com a saúde mental e com o potencial para recuperar a autonomia. Os mesmos autores acrescentam que a doença crítica, precisa, assim, de ser vista como um continuum, ou seja, uma sequência contínua de eventos interligados, desde os primeiros momentos da doença, passando pela evolução no SMI, até à recuperação e reabilitação. Todos estes eventos, apesar de ocorrerem em contextos diferentes, são fundamentais no processo de planeamento de cuidados para a recuperação da pessoa e no estabelecimento do próprio prognóstico de evolução clínica e mental.

Uma vez admitido num SMI, uma pessoa gravemente doente é submetida a várias intervenções para substituir uma ou mais funções vitais ou para prevenir a deterioração adicional sistémica e conduzir à recuperação. Assim, a gestão dos cuidados prestados deve ter como finalidade não apenas a sobrevivência da pessoa, mas também a garantia de uma boa qualidade de vida durante e após o evento crítico, maximizando a qualidade do processo de fim de vida nas pessoas que não recuperam, a fim de evitar a obstinação terapêutica (SILVA, QUINTANA, & NIETSCHE, 2012).

O internamento num SMI está associado, geralmente, a diversos procedimentos invasivos (ventilação mecânica, intubação orotraqueal, cateterização vesical, entubação nasogástrica, punções venosas e arteriais, entre outros). De acordo com VINCENT (2019), os diversos tratamentos e intervenções a que a pessoa é sujeita podem ter impacto nos resultados físicos e psicológicos a curto ou a longo prazo. O mesmo autor refere que algumas intervenções recorrentes em SMIs, como volumes correntes muito elevados, transfusões de sangue constantes, oxigénio de alto débito, sedação profunda e utilização de agentes vasoativos, quando usadas excessivamente têm demonstrado efeitos negativos. No entanto, outras intervenções podem melhorar o prognóstico de recuperação das pessoas internadas em SMIs, como por exemplo a mobilização precoce da pessoa em situação crítica e a visita de pessoas significativas/família, sendo estas intervenções da responsabilidade da equipa de enfermagem (ROSE et al., 2019).

Frequentemente, as pessoas em situação crítica encontram-se ansiosas, agitadas, confusas, com dor, ocasionados pela imobilidade, lesões e/ou feridas, e, portanto, pelo ambiente adverso que circunda os SMIs (SANTOS et al., 2016). Assim, perante estas alterações, muitas vezes, há necessidade de iniciar analgesia e sedação como forma de diminuir o desconforto, minimizando as respostas ao ambiente e aos estímulos. De acordo com DUARTE et al. (2017), na causa da agitação poderá estar a dor, o *delirium*, a hipoxemia, a hipoglicemia, a hipotensão, a síndrome de abstinência do álcool e outras substâncias, sendo fundamental e necessária a identificação precoce e gestão adequada.

A pessoa em situação crítica e sob analgesia e sedação, deve ser avaliada constantemente de forma a se adaptar a prescrição ao estado clínico, à evolução e à sua resposta. Neste sentido, nos ambientes de cuidados intensivos, a monitorização contínua é essencial para o cuidado diário das pessoas em situação crítica, pois a otimização da hemodinâmica, da ventilação, da temperatura, da nutrição e do metabolismo da pessoa é

a chave para melhorar o seu prognóstico de recuperação e de qualidade de vida (KIPNIS et al., 2012). Esta monitorização contínua tem dois objetivos principais: a observação de mudanças críticas no estado de saúde das pessoas garantindo a sua segurança e a orientação da terapia diária intensiva (PONCETTE et al., 2019). Assim, a necessidade de monitorização contínua dos parâmetros de dor, sedação e agitação, reflete a natureza dinâmica das pessoas em situação crítica evitando sinais e sintomas indesejáveis ou sedação excessiva (VINCENT, 2019).

Neste contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, destaca-se a atuação da equipa de enfermagem, que ao prestar cuidados à pessoa internada em cuidados intensivos e recorrendo, na maioria das situações, ao uso de protocolos estabelecidos, pode conduzir à redução da mortalidade, do tempo de ventilação mecânica (invasiva ou não invasiva) e de hospitalização (RIVERA-FERNÁNDEZ, NAP, VÁZQUEZ-MATA, & MIRANDA, 2007). Por outro lado, quando se fazia referência anteriormente à obstinação terapêutica, torna-se mais evidente o limiar ténue na tomada de decisão sobre a prescrição/suspensão terapêutica e, por sua vez, a importância do enfermeiro na sua mediação, em parceria com os restantes membros da equipa.

Não obstante da imperiosa atuação interdisciplinar que caracterizam os cuidados neste tipo de unidades, o próximo tópico apresenta um olhar mais dirigido para a atuação da equipa de enfermagem.

4 | QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DE MEDICINA INTENSIVA

A enfermagem em medicina intensiva centra-se intensamente na satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais, aliadas aos cuidados constantes de suporte à vida e, portanto, combina a essência da enfermagem com a observação, interpretação perspicaz e até intuitiva, e reações adequadas e atempadas ao menor desequilíbrio ou desvio na condição da pessoa em situação crítica (SCHOLTZ, NEL, POGGENPOEL, & MYBURGH, 2016). Na sua prática quotidiana para prestar cuidados de qualidade às pessoas em situação crítica, os enfermeiros dos SMIs enfrentam muitos desafios relacionados com os cuidados altamente especializados que estas pessoas necessitam, mas também relacionados com as condições de trabalho inerentes e às experiências significativas vivenciadas (PONCETTE et al., 2019).

Por ser um ambiente com um ritmo de trabalho acelerado, indutor de stresse, exigente e altamente tecnológico, os enfermeiros que trabalham nessas unidades enfrentam diariamente situações complexas e constantemente mutáveis, pelo que, para exercerem neste ambiente necessitam do desenvolvimento de competências específicas e de conhecimentos adicionais para prestar cuidados de enfermagem com segurança (VINCENT, 2019).

A organização da prestação de cuidados dentro de um SMI configura-se altamente complexa, na medida em que o cuidar centrado na pessoa, conjugado com o contexto e a própria complexidade estrutural de um SMI, aumenta os desafios físicos e intelectuais existentes (LYKKEGAARD & DELMAR, 2013). É nesta realidade que os enfermeiros prestam cuidados individualizados a pessoas com necessidades complexas (físicas, emocionais, espirituais e psicossociais) em condições clínicas que requerem tratamentos que sustentam a vida, métodos de diagnóstico constantes, monitorização e avaliação hemodinâmica invasiva, dispositivos clínicos de substituição de funções, intervenções farmacológicas e não farmacológicas, nutrição enteral ou parenteral, gestão da entrada e saída de líquidos e eletrólitos e procedimentos invasivos com risco de complicações associadas (SHEA & GAGNON, 2015).

Neste sentido, um dos desafios para os enfermeiros que trabalham num SMI centra-se na satisfação das necessidades físicas, psicológicas, sociais e até espirituais das pessoas em situação crítica, privilegiando uma abordagem individual e holística, considerando todas as condicionantes clínicas que lhe estão inerentes. A este propósito TOWELL, NEL e MULLER (2015) referem que os enfermeiros de cuidados intensivos incorporam dimensões da mente, corpo e espírito e funcionam efetivamente – holisticamente – na abordagem das pessoas nos seus contextos de trabalho, utilizando constantemente a inteligência emocional na gestão das situações quotidianas.

Os enfermeiros de cuidados intensivos são responsáveis pela maioria das avaliações realizadas continuamente às pessoas em situação crítica e pela tomada de decisão clínica de enfermagem que conduz à definição das intervenções de enfermagem adequadas ao estado clínico das pessoas (KISORIO & LANGLEY, 2019). De acordo com a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2014) o rácio de enfermeiro/pessoa doente deve ser no mínimo de 1/3 em unidades de Nível I, 1/1.6 em unidades de Nível II e 1/1 em unidades de Nível III. Esta proporção permite que a equipa de enfermagem dedique várias horas aos cuidados a cada pessoa em situação crítica por turno, colhendo e gerindo uma panóplia de informações e incorporando-as no cuidar significativo à pessoa. A instabilidade e o potencial de risco de cada pessoa, exige uma atenção e vigilância contínuas, de forma que as intervenções de enfermagem sejam imediatas ou antecipatórias. Assim, através das suas práticas de cuidados, os enfermeiros de medicina intensiva melhoram a experiência do internamento para as pessoas e suas famílias e, por meio das suas habilidades de pensamento crítico-reflexivo, os enfermeiros experientes reconhecem prontamente as alterações clínicas, antecipando possíveis complicações, evitando a deterioração adicional nesses casos (KISORIO & LANGLEY, 2019).

De acordo com ORDEM DOS ENFERMEIROS (2014), a dotação de enfermeiros encontra-se intimamente relacionada com a qualidade dos cuidados prestados e com a segurança da pessoa, sendo importante a identificação de indicadores que facilitem o respetivo cálculo nas organizações.

Assim, numa perspetiva de garantia da qualidade e da segurança dos cuidados de enfermagem os SMIs necessitam de estar apetrechados de um número adequado de profissionais com competência técnica e científica, para o bom desempenho das atividades e qualificação da assistência prestada (SILVA & GAEDKE, 2019). Para alcançar estes desideratos, a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2014) refere que o cálculo das necessidades de dotação de enfermeiros não pode limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por pessoa doente e por dia ou tempos médios utilizados em determinados procedimentos, mas deve também considerar aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação. Neste sentido, para o cálculo de dotações seguras de enfermeiros, recomenda-se o sistema que permite determinar as necessidades dos doentes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados, com recurso ao Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E). No entanto, a referida Ordem Profissional, refere que se poderão utilizar outros métodos complementares, como por exemplo o cálculo da carga de trabalho de enfermagem.

Considerando a necessidade de prestação de cuidados com qualidade, BRILLI et al. (2001), com base na realidade da profissão de enfermagem nos Estados Unidos da América, descrevem os padrões de cuidados para a enfermagem em cuidados intensivos e críticos, estando estes de acordo com as Etapas do Processo de Enfermagem (SOARES et al., 2013). Neles se incluem: a) Avaliação – o enfermeiro que cuida da pessoa em situação crítica recolhe dados relevantes da saúde da pessoa; b) Diagnóstico - o enfermeiro analisa e interpreta os dados da avaliação na determinação dos diagnósticos; c) Identificação do resultado – o enfermeiro identifica os resultados esperados individualizados para cada pessoa em situação crítica; d) Planeamento: o enfermeiro desenvolve um plano de cuidados que prescreve intervenções para alcançar os resultados esperados; e) Implementação – o enfermeiro implementa as intervenções previamente identificadas no plano de cuidados; f) Avaliação – o enfermeiro que cuida da pessoa em situação crítica avalia o seu progresso em direção aos resultados esperados.

Os mesmos autores também definem, transversalmente, um conjunto de padrões da prática profissional de enfermagem em cuidados intensivos que se demonstram relevantes para o exercício profissional: a) Qualidade do atendimento - o enfermeiro que cuida da pessoa em situação crítica avalia sistematicamente a qualidade e a eficácia da prática de enfermagem; b) Avaliação da prática individual - a prática do enfermeiro reflete o conhecimento dos padrões, leis e regulamentos profissionais atuais; c) Educação – o enfermeiro adquire e mantém conhecimentos e competências atuais no atendimento de pessoas em situação crítica; d) Colegialidade – o enfermeiro interage e contribui para o desenvolvimento profissional de colegas e outros profissionais de saúde; e) Ética – a decisão e as ações do enfermeiro em substituição das pessoas em situação crítica são determinadas com base em princípios éticos; f) Colaboração – o enfermeiro colabora com as pessoas doentes, familiares e profissionais de saúde na prestação de cuidados à

pessoa em situação crítica num ambiente terapêutico, de promoção da saúde e bem-estar; g) Pesquisa – o enfermeiro que cuida da pessoa em situação crítica utiliza a investigação clínica na prática; h) Utilização de recursos – o enfermeiro considera os fatores relacionados com a segurança, eficácia e custo no planeamento e prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Relativamente à realidade em Portugal, de acordo com a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2017) os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados continuamente à pessoa com uma ou várias funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades alteradas e permitindo manter as funções básicas de vida, antecipando complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Estes cuidados de enfermagem exigem observação, recolha e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações e de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil.

Com o objetivo de promover práticas de qualidade pelos enfermeiros, são definidos pela Ordem dos Enfermeiros sete Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2017). Neste sentido, na procura permanente da excelência no exercício profissional este enfermeiro especialista atua de forma específica e diferenciada para: 1) A satisfação do cliente – procurando os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; 2) A Promoção da Saúde – promovendo a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; 3) A prevenção de complicações – prevenindo complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; 4) O Bem-estar e o Autocuidado – maximizando o bem-estar das pessoas doentes e suplementando/complementando as atividades de vida relativamente às quais a pessoa é dependente; 5) A readaptação funcional – conjuntamente com a pessoa desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde; 6) A organização dos cuidados de Enfermagem – assegurando/garantindo a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados; 7) A prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados – face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, maximizando a intervenção na prevenção e controlo da infeção.

5 | CONCLUSÃO

Pelo contexto, sendo um SMI um local onde se prestam cuidados a pessoas

em situação crítica que necessitam de cuidados contínuos, os enfermeiros assumem um papel preponderante neste processo de cuidar. Os enfermeiros são confrontados com pessoas em situação crítica com uma multiplicidade de alterações que conduzem a rápidas descompensações e, a cumprirem modalidades terapêuticas complexas, que exigem a tomada de decisão em contextos mutáveis e desafiadores. O contacto constante com situações críticas das pessoas e com a iminência da morte, a prestação de cuidados holísticos e individualizados é crucial, pelo que devem atender diretamente às necessidades biopsicossociais das pessoas em situação crítica e das suas famílias, por meio da integração de conhecimentos e competências específicas e diferenciadas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, F. P., WESTPHAL, G. A., DADAM, M. M., MOTA, E. C. C., PFUTZENREUTER, F., & FRANÇA, P. H. C. (2019). **Characteristics and predictors of chronic critical illness in the intensive care unit.** *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(4), 511–520. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190088>
- BRILLI, R. J., SPEVETZ, A., BRANSON, R. D., CAMPBELL, G. M., COHEN, H., DASTA, J. F., ... WELED, B. J. (2001). **Critical care delivery in the intensive care unit: Defining clinical roles and the best practice model.** *Critical Care Medicine*, 29(10), 2007–2019. <https://doi.org/10.1097/00003246-200110000-00026>
- DESPINS, L. A., KIM, J. H., DEROCHE, C., & SONG, X. (2019). **Factors Influencing How Intensive Care Unit Nurses Allocate Their Time.** *Western Journal of Nursing Research*, 41(11), 1551–1575. <https://doi.org/10.1177/0193945918824070>
- DUARTE, P. A. D., COSTA, J. B., DUARTE, S. T., TABA, S., LORDANI, C. R. F., OSAKU, E. F., ... JORGE, A. C. (2017). **Characteristics and Outcomes of Intensive Care Unit Survivors: Experience of a Multidisciplinary Outpatient Clinic in a Teaching Hospital.** *Clinics*, 72(12), 764–772.
- KIPNIS, E., RAMSINGH, D., BHARGAVA, M., DINCER, E., CANNESON, M., BROCCARD, A., ... THIBAUT, R. (2012). **Monitoring in the Intensive Care. Critical Care Monitoring.** [https://doi.org/10.1155/2012/473507](https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2012/473507)
- KISORIO, L. C., & LANGLEY, G. C. (2019). **Critically ill patients' experiences of nursing care in the intensive care unit.** *Nursing in Critical Care*, 24(6), 392–398. <https://doi.org/10.1111/nicc.12409>
- LUCENA, A. DE F., GUTIÉRREZ, M. G. R. De, ECHER, I. C., & BARROS, A. L. B. L. De. (2010). **Nursing Interventions in the Clinical Practice of an Intensive Care Unit.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(5), 873–880. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692010000500006>
- LYKKEGAARD, K., & DELMAR, C. (2013). **A threat to the understanding of oneself: Intensive care patients' experiences of dependency.** *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 8(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20934>
- MARSHALL JC, BOSCO L, ADHIKARI NK, CONNOLLY B, DIAZ J V., DORMAN T, et al. (2017). **What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine.** *J Crit Care [Internet]*. Feb; 37:270–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883944116302404>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2020). **Covid-19 | Cuidados intensivos**. Retrieved June 29, 2020, from <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/05/13/covid-19-cuidados-intensivos-4/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2014). **Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2017). **Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Retrieved May 5, 2020, from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2018). **Regulamento n.o 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.

PENEDO, J., RIBEIRO, A., LOPES, H., PIMENTEL, J., PEDROSA, J., SÁ, R. V. E., & MORENO, R. (2013). **Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos - Relatório Final**. Retrieved May 5, 2020, from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliação-nacional-da-situacao-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf>

PONCETTE, A. S., SPIES, C., MOSCH, L., SCHIELER, M., WEBER-CARSTENS, S., KRAMPE, H., & BALZER, F. (2019). **Clinical requirements of future patient monitoring in the intensive care unit: Qualitative study**. *Journal of Medical Internet Research*, 21(4), e13064. <https://doi.org/10.2196/13064>

RIVERA-FERNÁNDEZ, R., NAP, R., VÁZQUEZ-MATA, G., & MIRANDA, D. R. (2007). **Analysis of physiologic alterations in intensive care unit patients and their relationship with mortality**. *Journal of Critical Care*, 22(2), 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2006.09.005>

ROSE, L., MUTTALIB, F., & ADHIKARI, N. K. J. (2019, July 16). **Psychological Consequences of Admission to the ICU: Helping Patients and Families**. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.9059>

SANTOS, K. D., MARTINS, I. DA C., & GONÇALVES, F. A. F. (2016). **Characterization of the sedation and analgesia in Intensive Care Unit: An observational study**. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 15(2), 157–166. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165225>

SCHOLTZ, S., NEL, E. W., POGGENPOEL, M., & MYBURGH, C. P. H. (2016). **The Culture of Nurses in a Critical Care Unit**. *Global Qualitative Nursing Research*, 3. <https://doi.org/10.1177/2333393615625996>

SHEA, J. M., & GAGNON, M. (2015). **Working with patients living with obesity in the intensive care unit a study of nurses' experiences**. *Advances in Nursing Science*, 38(3), E17–E37. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000074>

SILVA, B. L. DA, & GAEDKE, M. Â. (2019). **Nursing Activites Score: avaliando a carga de trabalho de enfermagem no cuidado intensivo**. *Revista Enfermagem Atual*, 89(27), 1–7. Retrieved from <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/380>

SILVA, K. C. O., QUINTANA, A. M., & NIETSCHE, E. A. (2012). **Obstinação terapêutica em Unidade de Terapia Intensiva: perspectiva de médicos e enfermeiros**. *Escola Anna Nery*, 16(4), 697–703. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452012000400008>

SOARES, M. I., TERRA, F. DE S., OLIVEIRA, L. S., RESCK, Z. M. R., ESTEVES, A. M. DA S. D., & MOURA, C. DE C. (2013). **Nursing process and its application in an intensive care unit: integrative review**. *Journal of Nursing UFPE Online*, 7(5), 4183–4191. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i5a11647p4183-4191-2013>

TOWELL, A., NEL, W. E., & MULLER, A. (2015). **Model of facilitation of emotional intelligence to promote wholeness of neophyte critical care nurses in South Africa**. *Health SA Gesondheid*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2015.04.001>

VINCENT, J. L. (2019, June 14). **The continuum of critical care**. *Critical Care*. BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2393-x>

O CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM O PACIENTE EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Data de aceite: 04/07/2022

Ingrid Bená

Acadêmica do 7º semestre do curso de graduação de Enfermagem, 2018, Universidade Norte do Paraná

Guilherme Ricardo Moreira

Acadêmico do 7º semestre do curso de graduação de Enfermagem, 2018, Universidade Norte do Paraná

Heloiza Maria de Melo Queiroz

Acadêmica do 7º semestre do curso de graduação de Enfermagem, 2018, Universidade Norte do Paraná

Mariana Sgarbossa Martins

Acadêmica do 7º semestre do curso de graduação de Enfermagem, 2018, Universidade Norte do Paraná

Wellington Santos Oliveira

Acadêmico do 7º semestre do curso de graduação de Enfermagem, 2018, Universidade Norte do Paraná

Tatiane Angélica Phelipini Borges

Enfermeira, 2013, Universidade Federal do Pampa, Mestre em Enfermagem, 2015, Universidade Estadual de Londrina, Doutoranda em Saúde Coletiva, 2016, Universidade Estadual de Londrina

RESUMO: INTRODUÇÃO: A Insuficiência Renal Crônica é a perda da função dos rins de realizar a excreção do excesso de líquido, causando um desequilíbrio orgânico. Acomete pessoas de

todas as idades alterando a ordem biopsicossocial na vida do paciente. Os profissionais de saúde precisam estar aptos para prestar assistência de qualidade e humanizada, excedendo o cuidado além dos procedimentos. **OBJETIVOS:** Analisar a produção científica na área da enfermagem acerca dos cuidados dos profissionais da enfermagem com pacientes em tratamento hemodialítico. **MATERIAL E MÉTODOS:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura respeitando o rigor metodológico. O levantamento das publicações científicas ocorreu no Portal da Biblioteca Virtual de Saúde, abrangendo artigos da Literatura Latino Americana e do Caribe, Base de Dados de Enfermagem e no Sistema On-line de Busca e Análise de Literatura Médica. Utilizou-se os descritores: Hemodiálise; Cuidado; Humanização da Assistência e Cuidados de Enfermagem, como critério de inclusão: artigo completo publicados nos últimos cinco anos em português. Foram encontrados 79 artigos, e cinco contemplaram os critérios estabelecidos. **REVISÃO DE LITERATURA:** O tratamento hemodialítico consiste em uma rotina árdua e cansativa para o paciente, assim, a promoção de ações humanizadas traz inúmeros benefícios para o paciente, além de possibilitar uma melhor aceitação do problema. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É necessário a formação básica dos profissionais e intensa busca por estratégias inovadoras, afim de promover um cuidado integral e humanizado, visando a construção de vínculo profissional-paciente, de melhores estratégias ao autocuidado, maneiras de adaptação ao novo tratamento, proporcionando conforto na tentativa de diminuir sentimentos pessimistas.

PALAVRAS-CHAVE: Hemodiálise; Cuidado; Humanização da Assistência; Cuidados de Enfermagem

1 | INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma condição grave definida pela perda da função dos rins de filtrar o sangue e realizar a excreção do excesso de líquido, causando um desequilíbrio no sistema orgânico humano. É uma doença que acomete pessoas de todas as idades, causando mudanças na qualidade de vida e nas rotinas diárias com o tratamento hemodialítico. Dessa forma, ocorrem alterações significativas de ordem biopsicossociais na vida do paciente, nos quais atravessam intensos períodos que perpassam por momentos de revolta, insegurança, adaptação e aceitação. Além disso, os profissionais de saúde precisam estar aptos para prestar uma assistência de qualidade e humanizada com o propósito de diminuir as morbidades e mortalidade causadas pela IRC, assim, mantendo comprometimento não só com o paciente e sua satisfação, mas também com a instituição, a ética, as leis e na valorização do cuidado, excedendo o cuidado além dos procedimentos (SOUSA et al., 2020; SANTOS et al 2020).

2 | OBJETIVO(S)

Analisar a produção científica na área da enfermagem acerca dos cuidados dos profissionais de enfermagem com pacientes em tratamento hemodialítico.

3 | MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura respeitando o rigor metodológico para alcançar a síntese de conhecimento. O levantamento das publicações científicas ocorreu no período de fevereiro à abril de 2021 por meio do Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compreendendo artigos das bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe (LILACS), da Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e do Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE). Seguindo a metodologia, foram aplicados os descritores Hemodiálise, Cuidado, Humanização da Assistência e Cuidados de Enfermagem, tendo como critério de inclusão: artigo, texto completo, publicado nos últimos cinco anos e idioma português.

4 | REVISÃO DE LITERATURA

Foram encontrados 79 artigos, sendo selecionados cinco: um de 2016, 2018, 2019 e dois de 2020. Tratavam sobre o processo de transição saúde/doença em pacientes com IRC, o acolhimento da enfermagem com esse paciente, a percepção deste sobre sua condição enquanto doente renal crônico e sua satisfação com relação aos cuidados e

ações do enfermeiro. O tratamento hemodialítico consiste em uma rotina exaustiva, no qual os pacientes são afetados de maneira física e psicológica. Em virtude disso, a promoção de ações humanizadas, possibilita que o processo seja levado de uma forma mais leve, trazendo benefícios ao paciente, familiar e equipe, além de possibilitar melhor aceitação do problema. O apoio multiprofissional e as orientações fornecidas sobre seu tratamento, por meio, de ações educativas é essencial para viabilizar o autocuidado, sendo o papel da enfermagem vital na qualidade do cuidado humanizado e integral (ALVES et al., 2016; VIEIRA et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2019).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário investimentos na formação básica dos profissionais da saúde e busca constante pela elaboração de estratégias técnicas e educativas inovadoras, afim de promover um cuidado integral, humanizado e eficiente. Diante desse cenário, o enfermeiro deve buscar por mudanças significativas na sua prática profissional e ações relacionadas ao processo de cuidar com um olhar ampliado às questões de saúde, ao contexto de vida e aos aspectos biopsicossociais inerentes ao tratamento e ao cuidado expandido ao núcleo familiar, favorecendo trocas de informações, bem como, na implementação de estratégias de cuidar, aumentando a confiança na equipe de saúde. Visando a construção de vínculo profissional-paciente que permita trocas e experiências, orientando ao autocuidado, maneiras de adaptação ao novo tratamento e o seu reflexo na qualidade de vida, afim de proporcionar conforto e diminuir sentimentos pessimistas, sendo fundamental a oferta de apoio e acolhimento por parte dos profissionais.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, Luana de Oliveira et al. As ações do enfermeiro ao paciente renal crônico: reflexão da assistência no foco da integralidade. *Revista de Pesquisa Online Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, p. 3907-3921, 7 jan. 2016.
2. OLIVEIRA, Francieli Aparecida de et al. O processo de transição saúde/doença em pacientes renais crônicos: contribuições para assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, p. 54:e03581, 20 set. 2019.
3. SANTOS, Giane Lúcia Cunha et al. A percepção da pessoa sobre sua condição enquanto doente renal crônico em hemodiálise. *Revista de Pesquisa Online Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, p. 636-641, 1 jun. 2020.
4. SOUSA, Shirley Sotero da Silva et al. Acolhimento do enfermeiro na admissão do paciente renal crônico para tratamento hemodialítico. *Revista de Pesquisa Online Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, p. 603-608, 1 jun. 2020.
5. VIEIRA, Ingrid Fernanda de Oliveira et al. A satisfação de pacientes em tratamento dialítico com relação aos cuidados do enfermeiro. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, p. 26:26480, 22 jul. 2018.

CAPÍTULO 26

INTERNAÇÕES E ÓBITOS POR TRAUMA DECORRENTES DE ACIDENTES DE TRANSPORTE NO BRASIL NO ANO DE 2018

Data de aceite: 04/07/2022

Mariana dos Santos Serqueira

Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), curso de Enfermagem Salvador, Bahia, Brasil

Karina Mara Brandão Teles Barbosa Andrade

Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), curso de Enfermagem Salvador, Bahia, Brasil

Landra Grasielle Silva Saldanha

Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), curso de Enfermagem Salvador, Bahia, Brasil

Samylla Maira Costa Siqueira

Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), curso de Enfermagem Salvador, Bahia, Brasil

RESUMO: Introdução: O trauma consiste em lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzida por agentes diversos (físicos, químicos, elétricos), de forma acidental ou intencional, capaz de produzir perturbações locais ou sistêmicas. No Brasil, os traumas decorrentes de acidentes de transportes ainda figuram como importante causa de morbimortalidade, dada sua elevada incidência. **Objetivo:** Realizar um levantamento das internações e óbitos por trauma de acidentes de transporte no Brasil no ano de 2018. **Metodologia:** Estudo descritivo de abordagem quantitativa realizado no banco

de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em junho de 2019, a partir da consulta das internações e óbitos por acidentes de transporte (CID V01-V99). As variáveis consultadas foram: grupos de causas, faixa etária, sexo, região e raça/cor. **Resultados:** No ano de 2018, foram registradas no Brasil 209.471 internações decorrentes de traumas por acidente de trânsito. Predominaram traumas com motociclistas (50,85%), seguidos dos pedestres (15,83%). Quanto à faixa etária, o maior número de internações ocorreu entre indivíduos de 20 a 29 anos (27,08%). O gênero masculino (77,53%) foi o mais acometido e o maior número de casos foi registrado na região Sudeste (37,59%). Ao se considerar o recorte cor/raça houve maior índice de internações entre negros (48,49%). Em relação aos óbitos por traumas, foram registrados 5.096 no ano analisado. Morreram por esta causa, principalmente, indivíduos na faixa etária de 20 a 29 anos (20,09%), do sexo masculino (80,12%), na região Sudeste (41,83%), de raça negra (44,11%). Assim como ocorreu nas internações, a principal causa de óbito foi o acidente com motocicleta (39,58%). **Considerações finais:** No ano analisado, tanto as internações quanto os óbitos por acidentes de transportes ocorreram principalmente entre motociclistas, na faixa etária de 20 a 29 anos, do sexo masculino, sudestinos e de raça negra. É grande o impacto que os acidentes de trânsito causam na saúde e na vida da população. Diante disso, faz-se necessário adotar medidas preventivas, especialmente para o público identificado neste levantamento como o mais

afetado.

PALAVRAS-CHAVE: Trauma, Acidentes de Transporte, Educação.

A LETALIDADE DOS ACIDENTES DE TRÂNSITO NO ESTADO DE GOIÁS NO ANO DE 2021

Data de aceite: 04/07/2022

Data de submissão: 24/05/2022

Thaís Moreira Lemos

Discente de graduação em Enfermagem -
Universidade Estadual de Goiás UEG
Jaraguá-GO
ORCID: 0000-0002-0217-7964

Aline Alves de Amorim

Discente de graduação em Enfermagem -
Universidade Estadual de Goiás UEG
Jaraguá-GO
<http://lattes.cnpq.br/7124189678188321>

Lorena Timoteo Baptista

Discente de graduação em Enfermagem -
Universidade Estadual de Goiás UEG
Ceres-GO
<http://lattes.cnpq.br/4867708126259214>

Benigno Alberto de Moraes da Rocha

Docente na Universidade Estadual de Goiás
UEG e no Centro Universitário Goyazes
Trindade-GO
ORCID: 0000-0003-4269-6539

RESUMO: Os meios de transporte são vitais para nossas vidas atuais, pois trazem muita praticidade e conforto para a locomoção, mas com isso também veio os acidentes que em muitos casos podem ser fatais ou acarretar consequências irreversíveis em nossas vidas. Estima-se a morte de 1,3 milhões de pessoas a cada ano vítimas de acidente e 20 a 50 milhões de pessoas sofrem

lesões não fatais e os mesmos trazem prejuízos econômicos e sociais devastadores, tanto para as famílias das vítimas quanto para a sociedade. Este trabalho tem por objetivo analisar, por meio dos dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS SIH/SUS disponível no DATASUS sobre internação hospitalar no SUS por acidentes de trânsito, o no estado de Goiás no ano de 2021. Observou-se através desta pesquisa que o sexo, a faixa etária e o período do ano possuem bastante relevância para determinar a taxa de letalidade ocasionada por esses acidentes o que corrobora com diversas literaturas estudadas.

PALAVRAS-CHAVE: Trânsito; acidente; letalidade.

LETHALITY OF TRAFFIC ACCIDENTS IN THE STATE OF GOIÁS IN THE YEAR 2021

ABSTRACT: The means of transport are vital to our current lives, because they bring a loss of practicality and comfort for locomotion, but with that also came accidents that in many cases can be fatal or have irreversible consequences in our lives. It is estimated that 1.3 million people suffer non-fatal injuries and they bring devastating economic and social damages, both for the victims' families and for society. This research aims to analyze through the data from the Hospital Information System of the SUS SIH/SUS available in DATASUS on hospital admissions in the SUS due to traffic accidents, in the state of Goiás in the year 2021. It was observed through this research that gender, age group and period of the year are very relevant to determine the lethality rate caused by these accidents, which corroborates with several studied literature.

KEYWORDS: Traffic; accident; lethality.

1 | INTRODUÇÃO

Os meios de transporte são vitais para o desenvolvimento de um país, porém devido a pouca atenção dada a segurança do setor de trânsito fez com que o sistema se desenvolvesse de maneira errônea acarretando em mortes, mobilidades e verbas. Estimando-se a morte de 1,3 milhões de pessoas a cada ano vítimas de acidente e 20 a 50 milhões de pessoas sofrem lesões não fatais e ainda estes acidentes tem custos econômicos e sociais devastadores, tanto para as famílias das vítimas quanto para a sociedade (JESUS, 2017).

O acidente de trânsito é compreendido como um evento não intencional onde envolve veículos de transporte e que ocorre em via pública podendo acarretar lesões, morte e morbidade, sendo assim a segunda principal causa de morte entre jovens de até 29 anos e a terceira entre adultos de 30-44 anos. Assim cabe ressaltar que os acidentes são um problema grave em todo o mundo (FEY, 2011).

Verificando assim que o Brasil entre os países que obtém recordes em mortes ocasionada por acidentes de trânsito aparece em quinto lugar ficando atrás apenas da Índia, China, EUA e Rússia e seguido por Irã, México, Indonésia, África do Sul e Egito onde essas dez nações juntas são responsáveis por 65% das Mortes (SILVA, 2018).

Tem-se o conhecimento que as causas mais comuns de acidentes fatais são designadas aos motoristas: velocidade excessiva; condução sob efeito de drogas lícitas e ilícitas; cansaço e sono ao dirigir; falta de distanciamento entre os veículos; não respeitar a sinalização, uso de veículos para demonstração de poder e virilidade, porém a insuficiência de investimentos na qualidade dos veículos, das vias e estradas, que são elementos que deveriam preservar e não ameaçar a vida, também não pode ser deixados de fora como uma das principais causas (SILVA, 2018).

Só no Brasil de 1996 a 2015 2.656.875 pessoas morreram por causas externas da qual os acidentes de transporte terrestre aparecem como a segunda mais recorrente onde tem um total de 733.120 mortes. Sendo 264.643 pessoas na faixa etária de 10 a 29 anos o que mostra que no período de 1996 a 2015 no Brasil teve-se a morte de cerca de 36 jovens por dia (MOREIRA, 2018).

Com esses dados alarmantes viu-se a necessidade de realizar-se este estudo é através dele alertar e informar a população sobre a letalidade que traz os acidentes de trânsito, pois embora o mesmo seja muito divulgado e noticiado não é devidamente valorizado pela comunidade.

Sendo assim, este trabalho, tem por objetivo analisar, por meio, dos dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS SIH/SUS disponíveis no DATASUS os dados sobre internação hospitalar no SUS por acidentes de transporte, no estado de Goiás no

ano de 2021.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo com uso de dados do SIH/SUS na plataforma DATASUS do período de 2021 sobre de internações no SUS por acidentes de transportes no estado de Goiás. Os dados foram coletados de forma online através do site: <https://datasus.saude.gov.br/>, onde os mesmo são disponibilizados pelo ministério da saúde e alimentados pelas secretaria de saúde municipais e estaduais.

Os dados utilizados foram do estado de Goiás que situado na região Centro-Oeste do Brasil sendo o mais populoso da região onde estima-se uma população de 7.206.589 habitantes divididos em 246 municípios. Com uma área total de 340.125.856 km², com uma densidade demográfica de 17,65 hab/km² com 0,735 de índice de desenvolvimento humano e um total de 4.369.349 veículos de acordo com o instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE,2021).

A população de estudo foram todas as pessoas que necessitaram de atendimento hospitalar recorrentes de um acidente de transporte no estado de Goiás no ano de 2021 internados no SUS disponíveis no SIH/SUS e publicadas pelo DATASUS. Para a realização desta pesquisa usou-se a plataforma TabNet dos Ministério da saúde com os dados no capítulo Epidemiologia e Morbidade, sub capítulo Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS) onde foi selecionado o item “Causas Externas, por local de internação - a partir de 2008”. Além de filtrar por local o estado de Goiás, ano de 2021, internações, grupo de internação acidentes de transporte.

As variáveis usadas foram ano/mês de processamento, faixa etária 01, sexo, internação e óbitos do período de janeiro a dezembro de 2021, trazendo como grande grupo de causas acidentes de transporte e grupo de causas: pedestre traumatizado por acidente de transporte, ciclista traumatizado por acidente de transporte, motociclista traumatizado por acidente de transporte, ocupantes de triciclo e moto traumatizados por acidentes de transporte, ocupantes de automóvel traumatizados por acidente de transporte, ocupantes de caminhonete traumatizados por acidentes de transporte, ocupantes de veículos de transporte pesado traumatizados por acidente de transporte, ocupantes de ônibus traumatizados por acidente de transporte e outros acidentes de transporte terrestre. Com o objetivo de analisar a morbimortalidade causada por esses acidentes e seus principais perigos.

A coleta de dados se deu através da base de dados do Ministério da Saúde na plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) que é alimentada através do SIH-SUS que utiliza de um formulario preenchido na hora da internação pelos hospitais, sendo ele o formulário de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) estes dados são enviados para o gestor municipal ou estadual e depois processados

pelo DATASUS o que posteriormente forma a base de dados do SIH-SUS.

Estes dados foram separados e armazenados no programa Microsoft Excel e posteriormente transformados em tabelas para a facilitação da compreensão dos mesmos pelos leitores deste trabalho.

Os dados utilizados pelo presente estudo foram coletados em uma plataforma governamental oficial, não possuem identificação e disponibilizados ao público o que com que não seja necessário eu o mesmo passe pela aprovação de um comitê de ética em pesquisas de acordo com a resolução 510,2016 CNS, porém como previsto nas normas do CONEP/CNS (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa / Conselho Nacional de Saúde) nas resoluções 466/2012 e 510/2016 assegurou-se todos os devidos preceitos éticos na pesquisa com seres humanos.

3 | RESULTADO

No estado de Goiás teve-se um total de 333.367 internações hospitalares onde 45.417 foram por causas externas e 11.414 causadas por acidentes de trânsito no ano de 2021. No mesmo ano obteve-se 21.734 óbitos com um total de 801 sendo por causas externas e 283 mortes ocorridas por acidentes de trânsito.

Para atestar a influência que a diferença de sexo em relação aos acidentes, a mesma foi pesquisada como uma variante. O total de óbitos e intenções por sexo provocadas por acidentes de trânsito no estado de Goiás foram de 11.697 (Tabela 01) no ano de 2021. Os dados demonstram que o sexo masculino está mais propenso a sofrer acidentes de transporte e conseqüentemente de evoluir a óbito. Em 2021 o total de óbitos foi de 283, dos quais 208 (73,5%) foram de homens e 75 (27,0%) mulheres. Nas internações a porcentagem do sexo masculino também é maior, em um total de 11414 internações, 8590 (75,3%) eram masculinas e apenas 2824 (24,7%) femininas, demonstrando que os homens estão mais propensos a sofrerem acidentes graves.

Sexo	Óbitos		Internações		Letalidade
	Nº	%	Nº	%	%
Masculino	208	73,5	8590	75,3	2,4
Feminino	75	27,0	2824	24,7	2,7
Total	283		11414		2,5

Tabela 1 - Resultado dos óbitos e internações por sexo no ano de 2021

Fonte: DATASUS (2022).

Referente à faixa etária de maior ocorrência de acidentes de trânsito, foi observado que existe uma chance maior de um jovem de 20 a 40 anos sofrer um acidente se comparado as outras idades. Das 11414 internações, 2630(23,0%) são de jovens de 20

a 29 anos, 2265 (19,8%) com idade de 30 a 39 anos, 1906 (12,5%) de adultos de 50 a 59 anos, por assim os números vão decrescendo. Porém na variável óbitos, encontra-se uma contradição, já que de 283 óbitos, 45 (15,9%) são de adultos de 50 a 59 anos, 39 (13,8%) de jovens de 30 a 39 anos e de idosos de 70 a 79 anos, 38 (13,4%) idosos de 60 a 69 anos faleceram e 35 (12,4%) são de pessoas de 80 anos acima. É evidenciada a probabilidade maior de pessoas de idades avançadas falecerem em consequência de um acidente, do que os jovens de 15 a 19 e 20 a 29 anos que apresentaram apenas 12 (4,2%) e 25 (8,8%) óbitos respectivamente, durante o ano de 2021. Também podemos observar que os idosos de 80 anos acima possuem uma letalidade de 9,6% enquanto os jovens de 20 a 29 anos de idade possuem uma letalidade de apenas 0,1%.

Além dos achados acima citados, cabe ressaltar que o número de óbitos de crianças, é baixo em comparação as outras faixas etárias, dos quais não se obteve em 2021 registro de óbito de menores de 1 ano e de 1 a 4 anos, e apenas 1 (0,0%) óbito de uma criança com idade de 5 a 9 anos. Por outro lado, dos registros de internações 16 (0,1%) delas foram de menores de 1 ano e 84 (0,7%) são de crianças de 1 a 4 anos, seguidos de um aumento significativo, crescentes com o avançar da idade.

Idade	Óbitos		Internações		Letalidade
	Nº	%	Nº	%	%
Menor de 1 ano	0	0,0	16	0,1	0,0
1 a 4 anos	0	0,0	84	0,7	0,0
5 a 9 anos	1	0,3	175	1,5	0,6
10 a 14 anos	0	0,0	234	2,0	0,0
15 a 19 anos	12	4,2	856	7,5	1,4
20 a 29 anos	25	8,8	2630	23,0	0,9
30 a 39 anos	39	13,8	2265	19,8	1,7
40 a 49 anos	31	10,9	1906	16,7	1,6
50 a 59 anos	45	15,9	1433	12,5	3,1
60 a 69 anos	38	13,4	899	7,8	4,2
70 a 79 anos	39	13,8	552	4,8	7,1
80 anos e mais	35	12,4	364	3,2	9,6
Total	283		11414		2,5

Tabela 2 – Resultado dos óbitos e internações por faixa etária no ano de 2021

Fonte: DATASUS (2022)

Os resultados quanto ao desfecho de internações e óbitos, por mês no ano de 2021 expõe que alguns meses do ano (Tabela 03) possuem a maior probabilidade de sofrer um acidente. Ao contrário do que se esperam os meses de julho e dezembro (período de férias escolares) não foram responsáveis pelo maior índice de internações e óbitos,

que foram apenas 21 (7,4%) e 14 (4,9%) óbitos e 917 (8,0%) e 817 (7,2%) internações respectivamente, nem mesmo o mês de fevereiro com seus 16 (5,6%) óbitos e 918 (8,0%) internações, mas o estudo destacou os meses de setembro com 31 (10,9%) mortes e 1212 (10,6%) internações e outubro com 31 (10,9%) óbitos e 1369 (11,9%) internações.

	Óbitos		Internações		Letalidade
	Nº	%	Nº	%	%
Janeiro	26	9,2	996	8,7	2,6
Fevereiro	16	5,6	918	8,0	1,7
Março	33	11,7	986	8,6	3,3
Abril	24	8,4	874	7,6	2,7
Mai	19	6,7	847	7,4	2,2
Junho	28	9,9	949	8,3	2,9
Julho	21	7,4	917	8,0	2,3
Agosto	22	7,8	964	8,4	2,3
Setembro	31	10,9	1212	10,6	2,6
Outubro	31	10,9	1369	11,9	2,3
Novembro	18	6,4	565	4,9	3,2
Dezembro	14	4,9	817	7,2	1,7
Total	283		11414		2,5

Tabela 3 – Resultado dos óbitos e internações por mês no ano de 2021

Fonte: DATASUS (2022).

4 | DISCUSSÃO

Esta pesquisa comprova resultados já consolidados da literatura sendo o primeiro trazido pela TABELA 01 onde mostra que há mais chances de um homem vir a óbito decorrente de um acidente do que uma mulher o que corrobora com Junior, Bertho e Veiga (2019) que apontam que os homens detêm um aumento na taxa de letalidade de 44% a mais que as mulheres. A literatura traz que esse evento é justificado com a questão da necessidade de demonstração de poder que os mesmos trazem ao utilizarem veículos.

Na variante faixa etária a Tabela 2 traz em discordância de Marin e Queiroz que é mais fácil um adulto de 50 a 59 anos vir a óbito devido um acidente de trânsito do que um jovem de 15 a 29 anos embora estes jovens estejam mais propensos a sofrer acidentes de acordo com os dados das internações o que já corrobora com Marin e Queiroz que afirmam que a mortalidade teve um aumento significativo entre ocupantes e motoristas de veículos principalmente entre maiores de 17 anos de idade e que os jovens de 15 a 29 anos detêm uma porcentagem de 24,32% do total de envolvidos em acidentes de trânsito.

Ainda com a Tabela 2 podemos notar também que crianças quase não detêm óbitos ocasionados por acidentes o que concorda com Abreu et al que traz que no ano de 2005

teve-se 9,6% dos óbitos para a faixa etária de 10 a 19 anos e também Scalassara, Souza e Soares que trazem 2 óbitos na faixa etária de 0 a 4 anos e 13 na de 5 a 19 anos.

Nos meses do ano ao contrario do esperado o maior índice de acidentes não esta nos meses de ferias (julho, dezembro) mais sim nos meses de setembro e outubro o que e justificado pelo fato da maior quantidade desses acidentes ocorrerem dentro das cidades e nos meses de setembro e outubro possuem um maior trafego de veículos nas ruas dos municípios . A taxa de maior letalidade também se encontra nesses mesmos meses, pressupõe-se que isso ocorra pelo fato de possuir mais acidentes assim sendo mais chances de serem fatais. O mês de fevereiro em controvérsia do que se esperava também não teve muitos casos de acidentes talvez pelo fato do ano de 2021 não ter tido carnaval devido às limitações trazidas pela pandemia do COVID 19 o que se fez com que o trafego de carros fosse menor que o de costume.

5 | CONCLUSÃO

No mundo inteiro se viu a necessidade cada vez maior de dar atenção aos acidentes de trânsito, pois cada vez mais, eles se destacam como um importante problema de saúde pública. Expressos pelos dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2015, que apontou a morte de cerca de 1,2 milhão de pessoas por ano em consequência dos acidentes de trânsito pelo mundo. No Brasil foram aproximadamente 37 mil mortes em 2016, decorrente destes acidentes. Constatando assim, a necessidade de se investigar e alertar a população sobre a letalidade dos acidentes de trânsito, que embora seja muito noticiado não é tratado com atenção devida.

Durante a pesquisa, com a análise da mortalidade ocasionada por estes acidentes, as mesmas se mostraram elevadas, acima do esperado sendo a população alvo assim como era aguardado, com prevalência do sexo masculino. Observa-se que os fatores idade e sexo contribuem e muito para a taxa de letalidade dos acidentes de trânsito, nota-se também que o período do ano influencia na quantidade de acidentes.

Com a realização da pesquisa, fica claro que se tratando de um estudo transversal, descritivo com uso de dados da plataforma DATASUS, o mesmo possui limitações quanto ao fator de maior ocorrência dos acidentes de trânsito. Embora na literatura, já se tenha o conhecimento do mesmo seria mais interessante se houvesse o acesso a esses dados para que oferecesse subsídios para se fazer uma melhor análise.

Conclui-se portanto, que a letalidade no trânsito continua sendo um problema grave de saúde e possui tendência a piorar com o tempo se nada for feito para orientar ou alertar a população sobre os perigos de uma condução imprudente, sem o devido respeito pela vida. Recomenda-se assim que nas futuras pesquisas sobre o assunto, o estudo possa alertar e facilitar o entendimento dos gestores de trânsito e de saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, Ângela Maria Mendes et al. Uso de álcool em vítimas de acidentes de trânsito: estudo do nível de alcoolemia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, p. 513-520, 2010.

BARROSO JUNIOR, Gilvan Teles; BERTHO, Ana Carolina Soares; VEIGA, Alinne de Carvalho. A letalidade dos acidentes de trânsito nas rodovias federais brasileiras em 2016. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 36, 2019.

Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>.

DA SILVA, Patrick Leonardo Nogueira et al. Morbimortalidade de acidentes de trânsito envolvendo motocicletas: uma revisão de literatura. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 6, n. 4, p. 437-448, 2018.

DE JESUS, Valdinei Ferreira et al. Causas associadas aos acidentes de trânsito envolvendo motociclistas: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017.

FEY, Augusto, et al. "Perfil epidemiológico dos óbitos em acidentes de trânsito na região do Alto Vale do Itajaí, Santa Catarina, Brasil Epidemiological profile of deaths in traffic accidents in the Region Alto Vale do Itajaí, Santa Catarina, Brazil." *Arquivos Catarinenses de Medicina* 40.1 (2011).

MARÍN, Letícia; QUEIROZ, Marcos S. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 7-21, 2000.

MOREIRA, Marcelo Rasga et al. Mortalidade por acidentes de transporte de trânsito em adolescentes e jovens, Brasil, 1996-2015: cumprimos o ODS 3.6?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2785-2796, 2018.

SCALASSARA, Marlene Bonoto; SOUZA, Regina Kazue Tanno de; SOARES, Dorotéia Fátima Pelissari de Paula. Características da mortalidade por acidentes de trânsito em localidade da região Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 125-132, 1998.

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

Aleitamento materno 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 20, 21, 22, 23, 24, 29, 32, 36, 40, 41, 42, 43, 44, 58, 61

Antibacterianos 111

Assistência 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 26, 27, 28, 34, 35, 40, 41, 42, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 83, 86, 87, 88, 92, 94, 95, 96, 97, 114, 116, 119, 120, 121, 122, 124, 126, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 142, 143, 146, 147, 148, 149, 151, 162, 178, 182, 183, 184, 230, 244, 250, 253, 254, 255, 259, 264, 265, 266, 277

Assistência de enfermagem 27, 28, 41, 42, 54, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 68, 71, 74, 77, 92, 97, 120, 124, 126, 135, 136, 142, 143, 147, 148, 182, 184, 266

Atenção primária à saúde 14, 20, 21, 22, 26, 31, 42, 73, 140

Atuação 5, 8, 9, 26, 61, 62, 63, 64, 66, 68, 69, 72, 73, 74, 75, 76, 98, 100, 103, 104, 106, 113, 136, 174, 187, 194, 254, 257, 260

C

Câncer oncológico 92

Covid-19 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 81, 84, 86, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 262

Criança 3, 5, 7, 8, 12, 13, 14, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 45, 47, 49, 53, 56, 58, 73, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 100, 115, 117, 118, 136, 143, 148, 150, 152, 153, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 163, 164, 226, 233, 273

Cuidado 6, 9, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 41, 52, 53, 55, 57, 58, 60, 63, 67, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 79, 80, 86, 87, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 111, 112, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 126, 130, 136, 140, 149, 151, 160, 161, 163, 170, 171, 173, 175, 176, 178, 179, 182, 183, 184, 185, 190, 192, 193, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 221, 222, 226, 229, 233, 234, 235, 236, 237, 241, 250, 256, 262, 264, 265, 266

Cuidados de enfermagem 44, 71, 116, 120, 238, 239, 240, 242, 245, 247, 252, 253, 254, 257, 259, 260, 262, 264, 265

D

Deterioração clínica 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91

Diabetes mellitus 13, 25, 150, 151, 153, 155, 158, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 192, 194, 195, 196, 197

Diabetes mellitus tipo 2 165, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 174, 175, 176, 178, 181, 184,

185, 186, 188, 189, 192, 195, 197

Diagnóstico 27, 30, 32, 33, 37, 38, 49, 57, 93, 94, 95, 98, 104, 105, 106, 107, 108, 122, 125, 139, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 174, 175, 178, 189, 193, 210, 211, 225, 235, 241, 255, 258, 259

Diagnósticos de enfermagem 22, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 41, 42, 218, 219, 235, 237

E

Educação em saúde 6, 45, 98, 103, 106, 124, 129, 130, 132, 150, 170, 171, 186, 226

Enfermagem 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 20, 21, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 49, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 67, 68, 69, 70, 71, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 104, 107, 110, 111, 112, 113, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 147, 148, 149, 150, 162, 163, 164, 165, 174, 177, 178, 179, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 193, 194, 197, 207, 208, 209, 211, 213, 214, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 227, 230, 232, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 264, 265, 266, 267, 269, 276, 277

Enfermagem humanizada 52, 55

Enfermagem materno-infantil 12

Enfermagem neonatal 111, 113

Enfermagem pediátrica 79

Equipe de enfermagem 9, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 60, 61, 63, 74, 94, 96, 110, 111, 112, 113, 117, 119, 120, 127, 128, 138, 139, 243, 264

Estilo de vida 93, 155, 165, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 190, 193, 213, 216, 220

Estudantes de enfermagem 78, 79, 81, 82, 88

Estudo de validação 177

G

Gestação 2, 4, 53, 63, 67, 124, 125, 132, 133, 136, 140, 142, 144, 145, 148

Gravidez 4, 49, 53, 63, 67, 68, 124, 125, 126, 129, 130, 131, 132, 136

I

Infância 3, 22, 23, 34, 48, 49, 89, 95, 98, 100, 104, 105, 142, 144, 145, 146, 148, 151

Infecções do Trato Urinário (ITUs) 98, 99, 106

L

Lactação 5, 7, 10, 12, 17, 18, 24, 26, 28

Leite humano 12, 13, 20, 24, 26, 39

Luto parental 142, 143

M

Método Canguru 52, 54, 55, 58, 59, 60, 120

Morte 57, 80, 82, 83, 88, 93, 95, 96, 97, 136, 142, 143, 145, 146, 148, 149, 188, 210, 213, 216, 218, 219, 233, 261, 269, 270, 275

O

Obesidade infantil 13, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49

P

Paciente pediátrico 83, 86, 94, 98

Pandemias 12

Parto humanizado 62, 63, 64, 66, 67, 68, 70, 77

Prevenção 3, 9, 13, 22, 23, 27, 37, 38, 40, 43, 44, 45, 48, 49, 73, 80, 87, 88, 98, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 111, 114, 115, 119, 120, 124, 125, 126, 130, 132, 137, 140, 151, 160, 162, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 178, 184, 252, 253, 254, 260

Puérpera 70, 124

Puerpério 2, 7, 25, 31, 33, 35, 42, 63, 65, 67, 124, 125, 131, 132, 136, 140

Q

Quimioterapia 92, 97, 225

R

Recém-nascido prematuro 54, 111

S

Saúde pública 2, 8, 45, 48, 99, 121, 124, 126, 135, 136, 150, 172, 178, 185, 187, 224, 225, 233, 275, 276

Sistematização 27, 28, 41, 42, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 80, 111, 119, 120, 184

T

Triagem 122, 135, 137

U

Unidades de terapia intensiva neonatal 111, 121

UTI Neonatal 52, 55, 58, 60, 148

🌐 www.atenaeditora.com.br
✉ contato@atenaeditora.com.br
📷 @atenaeditora
📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

ENFERMAGEM:

Investigação científica,
ensino e assistência



Atena
Editora
Ano 2022

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

ENFERMAGEM:

Investigação científica,
ensino e assistência

