

Enfermagem na linha de frente:

EXPERIÊNCIAS E LIÇÕES APRENDIDAS



Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)

Enfermagem na linha de frente:

EXPERIÊNCIAS E LIÇÕES APRENDIDAS



Marcus Fernando da Silva Praxedes
(Organizador)

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2024 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2024 Os autores

Copyright da edição © 2024 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

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

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

Conselho Editorial

Ciências Biológicas e da Saúde

- 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
- Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina
- Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
- Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
- Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
- Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
- 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
- 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. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
- 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 Delta do Parnaíba–UFDP
- 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 Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
- Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
- Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
- Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica 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

Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio

Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal 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 Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria

Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí

Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Enfermagem na linha de frente: experiências e lições aprendidas 2

Diagramação: Ellen Andressa Kubisty
Correção: Yaiddy 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	<p>Enfermagem na linha de frente: experiências e lições aprendidas 2 / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2024.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-2227-3 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.273241202</p> <p>1. Enfermagem. 2. Saúde. I. Praxedes, Marcus Fernando da Silva (Organizador). II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 610.73</p>
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.

Temos a satisfação de apresentar o livro “Enfermagem na linha de frente: experiências e lições aprendidas 2”. O objetivo principal é apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa.

São apresentados os capítulos: A conduta do enfermeiro frente os fatores que favorecem a ocorrência da violência obstétrica no intra-hospitalar; O papel do enfermeiro no enfrentamento da violência obstétrica; O enfermeiro na prevenção da violência obstétrica; Flexão teórica sobre a música de Odair José e o direito reprodutivo feminino; A importância da atuação do enfermeiro frente ao cuidado com o recém-nascido pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN); O papel da enfermagem na promoção do autocuidado no período pós-parto; Assistência pré-natal de mulheres privadas de liberdade: revisão narrativa da literatura; Cartilha educativa sobre os acidentes domésticos na infância; Recomendações disponíveis sobre amamentação durante o período de pandemia pela COVID-19; Contribuição da consulta de enfermagem na identificação precoce de sintomas de ansiedade em adolescentes; Atividade física dos idosos em Portugal e impactos na saúde: scoping review; Contribuição do enfermeiro quanto ao envelhecimento saudável à população idosa em uma estratégia saúde da família; Implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa em uma estratégia saúde da família (ESF) do Leste de Minas; A enfermagem na segurança do paciente internado; O processo de enfermagem como instrumento de promoção de práticas seguras no ambiente hospitalar; Análise do ambiente de trabalho e Burnout entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em instituições brasileiras.

Os trabalhos científicos apresentados nesse livro poderão servir de base para uma melhor qualidade em saúde baseada na atuação da enfermagem na linha de frente. 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

CAPÍTULO 1 1**A CONDUTA DO ENFERMEIRO FRENTE OS FATORES QUE FAVORECEM A OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO INTRA-HOSPITALAR**

Ana Paula Santos de Brito

Carlos Oliveira dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2732412021>**CAPÍTULO 2 13****O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NO PERÍODO PÓS-PARTO**

Jordana Cristina Cunha da Silva

Carla Nayara Gonçalves da Silva

Carolina Ribeiro Teles

Alessandra Patrícia Cardoso Tavares

Joicy Mara Rezende Rolindo

Meillyne Alves dos Reis

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2732412022>**CAPÍTULO 3 30****O ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Bruna Barreto de Souza

Kátia Chagas Marques Díaz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2732412023>**CAPÍTULO 4 41****REFLEXÃO TEÓRICA SOBRE A MÚSICA DE ODAIR JOSÉ E O DIREITO REPRODUTIVO FEMININO**

Larissa Thaís de Melo Filizola

Leonardo Renan de Melo Filizola

Karen Maria Ferreira Tavares

Pandora Eloa Oliveira Fonseca

Bruna Karoline de Freitas Silva Alexandre

Luciano Augusto Maia Rezende Filho

Victoria Gabriele Vieira Machado

Sayra Vitoriano Maciel Braga

Matheus Mendes Dias

Francisco Ramon Rodrigues de Sousa

Pablo Flaviano Carolino de Aquino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2732412024>**CAPÍTULO 5 45****A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO CUIDADO COM O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN)**

Vaniuza Alves de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2732412025>

CAPÍTULO 665**O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Joana de Campos Lima Bezerra Oliveira

Joana Quitéria Miranda Messias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2732412026>**CAPÍTULO 775****ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA**

Evelyn Tavares Alves

Elisiane de Oliveira Machado

Cíntia Letícia de Negreiros Kerschner

Simone Thais vizini

Raquel Adjane Machado

Fernanda dos Reis

Juciane A. Furlan Inchauspe

Suimara Santos

Maicon Daniel Chassot

Michelle Dornelles Santarem

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2732412027>**CAPÍTULO 887****CARTILHA EDUCATIVA SOBRE OS ACIDENTES DOMÉSTICOS NA INFÂNCIA**

Jhenneff da Silva Cavalcante

Bruna Carriço Nascimento

Rafaela Brito Sampaio

Ariana Ventura Leal

Márcio Davi Barros Brasil

Carliene Fiel Valente

Gisele Monteiro Viana

Ana Paula Alves Castros

Raissa Caroline Cabral Lima

Edficher Margotti

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2732412028>**CAPÍTULO 994****RECOMENDAÇÕES DISPONÍVEIS SOBRE AMAMENTAÇÃO DURANTE O PERÍODO DE PANDEMIA PELA COVID-19**

Rosália Teixeira Luz

Micaela Leão de Sousa

Andreza Gabriel dos Santos

Marizete Argolo Teixeira

Márcio Pereira Lobo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.2732412029>

CAPÍTULO 10..... 105**CONTRIBUIÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE SINTOMAS DE ANSIEDADE EM ADOLESCENTES**

Cleide Alves de Figueiredo Oliveira

Roberta Messias Marques

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.27324120210>**CAPÍTULO 11117****ATIVIDADE FÍSICA DOS IDOSOS EM PORTUGAL E IMPACTOS NA SAÚDE: SCOPING REVIEW**

Maria José Carvalho Nogueira

Delfina Teixeira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.27324120211>**CAPÍTULO 12..... 130****CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO QUANTO AO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL À POPULAÇÃO IDOSA EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Elizabeth Maria de Assis Godinho

Ana Karoline Sabino da Silva Gomes

Gabriel Damázio Zaidan

Karolyne Stefane Freitas Soares

Késsia Stefany Rodrigues Pereira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.27324120212>**CAPÍTULO 13..... 145****IMPLANTAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO LESTE DE MINAS**

Elizabeth Maria de Assis Godinho

Ana Paula Almeida Neder Issa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.27324120213>**CAPÍTULO 14.....151****A ENFERMAGEM NA SEGURANÇA DO PACIENTE INTERNADO**

Elisana Santos Reges Côrreia

Kátia Chagas Marques Diaz

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.27324120214>**CAPÍTULO 15.....161****O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DE PRÁTICAS SEGURAS NO AMBIENTE HOSPITALAR**

Arminda Rezende de Pádua Del Corona

Vilma Ribeiro da Silva

Dayane Freitas do Nascimento

Karina Sijanas Ribeiro Albuquerque

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.27324120215>

CAPÍTULO 16..... 171

ANÁLISE DO AMBIENTE DE TRABALHO E *BURNOUT* ENTRE ENFERMEIROS, TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM EM INSTITUIÇÕES BRASILEIRAS

Lucianna Reis Novaes

Michel Matos de Barros

Fabrcio dos Santos Cirino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.27324120216>

CAPÍTULO 17..... 189

ESTRATÉGIAS DE RECEPÇÃO DE NOVOS RESIDENTES DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID NO RIO DE JANEIRO

Patrcia Salles Matos

Welida C Vasconcelos

Miriã de Oliveira Pereira

Geilsa Soraia C Valente

Elaine Antunes Cortes

Claudia Maria Messias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.27324120217>

SOBRE O ORGANIZADOR..... 192**ÍNDICE REMISSIVO..... 193**

A CONDUTA DO ENFERMEIRO FRENTE OS FATORES QUE FAVORECEM A OCORRÊNCIA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO INTRA-HOSPITALAR

Data de aceite: 01/02/2024

Ana Paula Santos de Brito

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

Carlos Oliveira dos Santos

Docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

RESUMO: Este artigo busca realizar uma revisão narrativa de estudos sobre a violência obstétrica, tendo em vista que a violência obstétrica é uma grande violação dos direitos humanos e representa um problema de saúde pública, que causa vários riscos à saúde das mulheres. São ações abusivas e desrespeitosas que podem desencadear danos físicos, emocionais e psicológicos, afetando o bem-estar dessas mulheres. **Objetivo:** Identificar a importância da conduta do enfermeiro perante os fatores que favorecem a ocorrência da violência obstétrica no intra-hospitalar. Com base nisso, foram traçados objetivos específicos que englobam descrever os principais fatores que favorecem a ocorrência da violência obstétrica no ambiente intra-hospitalar, analisar o papel

desempenhado pelo enfermeiro nesse contexto, evidenciando a necessidade de uma assistência humanizada, segura e eficaz para garantir os direitos das mulheres, abordando a legislação e as políticas públicas relacionadas à violência obstétrica. **Materiais e Métodos:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica da literatura, baseado em pesquisas acadêmicas e científicas disponíveis no Google Acadêmico, Portarias, Sites de Portais Públicos, Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando os descritores: “Violência Obstétrica”, “Fatores que favorecem a violência obstétrica”, “Subnotificação dos profissionais”, “Assistência de Enfermagem na Violência” e “Leis que garantem o direito das mulheres”. Foram considerados artigos publicados nos idiomas português e Espanhol. **Conclusão:** É de extrema relevância as principais ações desenvolvidas pelo profissional enfermeiro na prevenção da violência obstétrica no intra-hospitalar, pois trabalha diretamente com as gestantes. O enfermeiro, munido do conhecimento sobre o processo do parto, deve respeitar e garantir a proteção das gestantes, compartilhando técnicas para minimizar essa prática corriqueira e adotando condutas para um atendimento

humanizado. Além disso, é necessário que haja uma legislação específica no Brasil para proteger as mulheres contra a violência obstétrica, garantindo o respeito aos seus direitos durante o processo de parto e cuidados obstétricos.

PALAVRAS-CHAVE: Subnotificação dos profissionais. Direito das mulheres. Parturição. Violência no parto. Conduta do enfermeiro.

THE NURSE'S CONDUCT REGARDING THE FACTORS THAT FAVOR THE OCCURRENCE OF OBSTETRIC VIOLENCE IN THE HOSPITAL

ABSTRACT: This article seeks to carry out a narrative review of studies on obstetric violence, bearing in mind that obstetric violence is a major violation of human rights and represents a public health problem, which causes several risks to women's health. These are abusive and disrespectful actions that can trigger physical, emotional and psychological harm, affecting the well-being of these women. **Objective:** To identify the importance of nurses' conduct in the face of factors that favor the occurrence of obstetric violence in the hospital. Based on this, specific objectives were outlined that include describing the main factors that favor the occurrence of obstetric violence in the intra-hospital environment, analyzing the role played by nurses in this context, highlighting the need for humanized, safe and effective assistance to guarantee the women's rights, addressing legislation and public policies related to obstetric violence. **Materials and Methods:** A bibliographical search of the literature was carried out, based on academic and scientific research available on Google Scholar, Ordinances, Public Portal Sites, Scientific Electronic Library Online (SciELO), using the descriptors: "Obstetric Violence", "Factors that favor obstetric violence", "Underreporting by professionals", "Nursing Assistance in Violence" and "Laws that guarantee women's rights". Articles published in Portuguese and Spanish were considered. **Conclusion:** The main actions developed by professional nurses in preventing obstetric violence in the hospital are extremely relevant, as they work directly with pregnant women. The nurse, equipped with knowledge about the birth process, must respect and guarantee the protection of pregnant women, sharing techniques to minimize this common practice and adopting behaviors for humanized care. Furthermore, there needs to be specific legislation in Brazil to protect women against obstetric violence, ensuring respect for their rights during the birth process and obstetric care.

KEYWORDS: Underreporting of professionals. Women's rights. Parturition. Violence during childbirth. Nurse's conduct.

INTRODUÇÃO

O parto é uma transição natural na mulher, em que o corpo se prepara para passar pelas fases de gerar um ser humano. Antigamente o nascimento era assistido por parteiras que davam assistência no parto, iam até a residência, durante o parto reuniam as mulheres da família junto com a parteira para acompanhar a vivência do nascimento da criança. (Storti, 2004). O local do parto o qual antes era em residência, passa a acontecer no ambiente hospitalar em leitos coletivos apenas a gestante, com a institucionalização do parto ocorreu o afastamento da família e entes queridos no momento do nascimento, visto que a estrutura física e os rotinas hospitalares não foram idealizada para amparar as

parturientes, entretanto, com o propósito nas indigências dos profissionais de saúde (Diniz, 2001; OMS, 1996).

De fato, o parto hospitalizado desempessa os direitos das mulheres de privacidade, autonomia e escolha em quem estará com ela ao longo do processo. Somando-se a isso, o conhecimento médico se tornou o principal, com o uso de hábitos mecanizado, segmentados, com atos cruéis, intervenções inapropriadas ou sem fundamento científico. Nesse cenário, manifesta-se a violência obstétrica (VO), dita como qualquer ato de dano ou violência com a genitora e/ou criança, entre as práticas que caracterizam essa violência estão: maus tratos físicos ou verbais, aplicação excessiva de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, manobra de Kristeller, episiotomia e episiorrafia frequentes e desnecessárias, proibição de acompanhante, toques vaginais desnecessários e repetitivos, imposição de cesárea e outros procedimentos realizados sem consentimento da mulher.

Essas práticas invasivas podem trazer diversos malefícios para a saúde física e psicológica da mulher, assim violando sua autonomia e seus direitos (Matoso, 2018; Melo et al., 2020). “A mulher vítima de violência obstétrica carrega consigo marcas para toda a vida”, (Mariani e Neto, 2016 apud Martins et al., 2019), que são condutas desumanas e geram efeitos negativos na saúde mental e física da paciente. “O momento mágico, especial e de alegria que é a chegada do seu filho, passa a ser constrangedor e traumático” (Wolff e Waldow, 2008).

A violência obstétrica persiste como uma problemática significativa na promoção a saúde maternal e nos direitos reprodutivos das mulheres. Os fatores que contribuem para a VO são complexos, encontra-se, a falta de notificação e responsabilização dos profissionais de saúde envolvidos que contribuem para a perpetuação dessa violência, retirando a confiança e o protagonismo das mulheres, a conscientização dos direitos das mulheres no decorrer do parto, a falta de capacitação dos profissionais de saúde em direito reprodutivo, buscar ser ouvinte e respeitoso com a paciente, além de uma cultura predominante em uso de medicação, corte e amarras de controle desnecessário. Devido a essas situações levantou-se a seguinte problemática: Qual a conduta do profissional enfermeiro(a) para minimizar ou/e anular os fatores que favorecem a violência obstétrica no intra-hospitalar?

Segundo o Ministério da Saúde, a mulher precisa se sentir segura e protegida por todos que o cercam, tanto na assistência pré-natal como no amparo ao nascimento (OMS, 2014). O programa Rede Cegonha tem com propósito estabelecer um suporte de assistência que garanta a toda mulher o direito ao plano reprodutivo e uma atenção humanizada no parto e no pós parto. Também busca assegurar a criança ao direito do nascimento e o crescimento seguro e saudável (Ministerio da Saúde, 2011).

A parturiente possui direitos assegurados por lei, como a Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha (Brasil, 2006). Juntamente a lei Federal nº 11.108, a presença do acompanhante também é uma medida que visa proporcionar apoio emocional e afetivo à parturiente, contribuindo para uma experiência mais positiva e humanizada.

(Planalto, 2005). Essas legislações reforçam a responsabilidade dos serviços de saúde em proporcionar uma assistência qualificada e respeitosa às mulheres durante o período de gestação, parturição e pós-parto.

A violência obstétrica é uma grande violação dos direitos humanos e representa um problema de saúde pública, que causa vários riscos à saúde das mulheres. São ações abusivas e desrespeitosas que podem desencadear danos físicos, emocionais e psicológicos, afetando o bem-estar dessas mulheres. O cuidado inadequado no decorrer do parto é capaz de desenvolver complicações graves, lesões físicas, traumas psicológicos ou até morte materna. Uma das questões que torna essa problemática ainda mais alarmante é a falta de punibilidade dos casos de violência obstétrica. A ausência de responsabilização legal cria um ambiente propício para a perpetuação desses atos e uma sensação de impunidade por parte dos profissionais de saúde envolvidos.

Sendo assim o presente artigo trás como principal objetivo, identificar a importância da conduta do enfermeiro frente os fatores que favorecem a ocorrência da violência obstétrica no intra-hospitalar. Posto isso, foram traçados objetivos específicos que consistem em descrever os principais fatores que favorecem a ocorrência da violência obstétrica no ambiente intra-hospitalar, analisar o papel do enfermeiro no ambiente intra-hospitalar no enfrentamento da violência obstétrica, evidenciando a importância de uma assistência humanizada, segura e assertiva que garanta os direitos das mulheres, e abordar a legislação e as políticas públicas relacionadas à violência obstétrica.

A relevância do tema está na promoção da conscientização sobre os direitos das gestantes, bem como incentivar a transparência e a prestação de contas por parte dos profissionais de saúde, a fim de garantir a segurança e o respeito durante o parto.

Nesse contexto, o enfermeiro desempenha um papel primordial no cuidado e assistência à gestante, sendo responsável por garantir e/ou assegurar os direitos dessas mulheres, possui a responsabilidade de orientar as gestantes sobre seus direitos, emponderá-las para tomar decisões informadas e atuar como defensor de seus interesses durante o processo de parto, contribuindo para uma assistência humanizada e respeitosa.

DESENVOLVIMENTO

Os principais fatores que favorecem a ocorrência da violência obstétrica no ambiente intra-hospitalar

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2014 divulgou uma declaração abordando o tema da violência obstétrica, expressando o seguinte:

No mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e à não-discriminação. Esta declaração convoca maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre este importante tema de saúde pública e direitos humanos (OMS, 2014 p. 01).

A violência obstétrica é um temática debatida a alguns anos, mas é um assunto ainda não resolvido que permite impasses e acontece nos dias atuais, apesar de existir normas que garantem a mulher o direito a um parto digno e que afirmam sua autonomia no ato. Por outro lado, existem fatores que dão abertura para a VO.

Um desses fatores é a falta de informação da parturiente sobre os seus direitos, isso pode se desencadear de uma cultura social onde as mulheres eram colocadas como seres inferiores perante uma sociedade patriarcal, desta maneira o homem era quem tomava as decisões. O sistema patriarcal “[...] é utilizado como forma de naturalizar um sistema que legitima e naturaliza o exercício da dominação e exploração das mulheres por um indivíduo, na maioria das vezes, do sexo masculino [...]” (Essy, 2017, p. 1 apud Barbosa, 2022, p.16).

Há também o fator socioeconômico, em que as mulheres provenientes de famílias de baixa renda são mais vulneráveis à violência obstétrica, uma vez que, devido à carência de informação, podem se submeter a procedimentos médicos sem ter certeza se esses procedimentos são adequado ou não.

O estudo nacional “Nascer no Brasil”, realizado entre 2011 e 2012, teve como objetivo analisar as práticas obstétricas em hospitais de todo o país, no total, foram entrevistadas 23.894 puérperas. A pesquisa revelou que o uso de ocitocina foi observado em 40% das mulheres com risco obstétrico habitual, principalmente entre aquelas com menor nível de escolaridade. Além disso, o uso de analgesia foi menos comum entre esse grupo. As mulheres em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica e com menor nível de instrução foram as mais afetadas por essas intervenções dolorosas, muitas vezes sem a possibilidade de receber analgesia para aliviar a dor. Apenas 5,6% das mulheres com risco obstétrico habitual tiveram parto natural (Leal e Gama, 2014). Isso ressalta a importância de promover a educação e o acesso à informação, garantindo que todas as mulheres tenham capacidade de tomar decisões informadas e exercer seus direitos durante o processo de assistência obstétrica.

Além disso, a utilização de terminologia técnica por parte dos profissionais de saúde torna ainda mais difícil a compreensão por parte das mulheres, uma vez que esse conhecimento requer um nível mais elevado de educação. Análises demonstraram que várias mulheres que sofreram VO, raramente conseguiam reconhecer a violência, isso porque confiam que os profissionais de saúde possuem um alto conhecimento científico, por isso sabem o que deve ou não ser feito no decorrer de parturição, por esse motivo aceitam tudo que é proposto (Nascimento et al., 2019). Por confiar nos profissionais de saúde como cuidador e provedor de assistência, a mulher não duvida ou questiona sobre qualquer ato que pode ser caracterizado por violência obstétrica.

A expressão violência obstétrica define-se como qualquer conduta, ato ou omissão realizada por profissionais de saúde, em instituição pública ou privada que, direta ou indiretamente, leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, acarretando na perda da autonomia e capacidade para decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida (Venezuela apud Tesser et al., 2015).

A negligência e omissão diante de ocorrências em ambientes hospitalar é inaceitável; cabe ao enfermeiro assegurar a assistência, protegendo plenamente os direitos da mulher. A escassez de informações relacionadas às notificações feitas por profissionais denunciando os atos ressalta a necessidade de romper com a omissão. Por isso o enfermeiro deve assumir o papel de cuidador e defensor da gestante, agindo de acordo com os princípios éticos e humanitários que caracterizam a enfermagem.

A falta de atualização ou capacitação dos profissionais de saúde seja, escassez de treinamento ofertados pelas instituições ou resistência dos mesmos, demonstrou ser um fator importante para a perpetuação da VO. Devido a incompreensão sobre o assunto, estes profissionais podem presenciar ou também efetuar condutas violentas sem saber que são erradas (Paula et al., 2020 apud Maciel, 2022).

A importância da educação permanente como um método para a erradicação da violência obstétrica. A equipe cujo o conhecimento adquirido é por meio científico e apresenta uma atualização na assistência e para o crescimento profissional da mesma, pois o profissional capacitado não executa o cuidado de forma automática, ele deve possuir conhecimento técnico-científico para avaliar a necessidade dos procedimentos, o modo como devem ser executados e os benefícios ou malefícios que acarretarão para o paciente (Orso et al., 2021, Menezes et al., 2020, Santos e Souza, 2017, Rodrigues et al., 2017 apud Maciel, 2022).

A hierarquização na relação profissional medico com a equipe, leva o mesmo como soberano nas decisões, assim os demais evitam ter conflitos. Em relação com a hierarquização Oliveira e Penna, (2017) utiliza do seguinte relato dos enfermeiros:

Alguns momentos na sala de parto são difíceis pra enfermagem. Porque a gente estando deste lado e a paciente do outro é complicado. Ela está sentindo dor, frágil, cansada, pedindo ajuda. Eu já presenciei fatos negativos, o que me deixa triste é quando a paciente tá no período expulsivo, e o médico e a própria enfermagem grita pra ela fazer força, diz que não é hora de ficar parada, que o neném tem que nascer, faz a 24 manobra de Kristeller, e a gente tem que acatar o que o médico tá pedindo (Enf 1) (Oliveira e Penna, 2017, p. 4) .

Em outras palavras, mesmo o enfermeiro portando de todo conhecimento, o mesmo usa a hierarquia como responsável, em vez de agir como protetor dessa mulher, se mantém omissos permitindo a ocorrência da violência obstétrica.

É importante salientar que a falta de legislação clara em relação à violência obstétrica pode levar à impunidade dos agressores. Sem leis que definam ou penalizem essas condutas, os profissionais de saúde que praticam tais atos de violência podem escapar das consequências legais. Isso pendura uma cultura de impunidade que desencoraja as vítimas de denunciarem os abusos que sofreram.

O papel do enfermeiro no enfrentamento da violência obstétrica e a humanização da assistência

O enfermeiro tem um papel fundamental no processo da gestação ao parto, obtendo assim um vínculo maior com a mulher gestante, o profissional deve assegurar que a mulher tenha direito a um atendimento digno com qualidade, sem intervenções, mas também tem o dever de orientar a paciente sobre a evolução do trabalho de parto e as fases do mesmo, sanando qualquer questionamento ou dúvida da parturiente. A educação continuada é uma das atribuições da enfermagem, tendo em vista que muitas mulheres não sabem sobre seus direitos e fases do parto, assim o enfermeiro possui o conhecimento científico e humanizado para ensiná-la.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados e recomenda uma maior participação do enfermeiro na atenção ao parto, tomando como referência a ideia de que sua formação é orientada para o cuidado, e não para a intervenção” (OMS, 2014).

O enfermeiro deve estar atento aos sinais de violência obstétrica e saber reconhecê-los, desse modo ao afirmar as agressões deve reportar as acusações às autoridades responsáveis. Lembrando que a violência obstétrica se caracteriza como uma violência à mulher. Então, é válido salientar que a subnotificação de casos de violência, além de ser crime, como previsto na lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019, também impacta diretamente a investigação policial e o devido processo legal, pois a subnotificação impede ações mais rápidas por parte dos órgãos policiais e judiciários (Planalto, 2019).

O enfermeiro necessita promover uma assistência obstétrica centrada na mulher, respeitando sua autonomia, dignidade e suas escolhas. Desse modo o ideal é incluí-las nas decisões sobre o seu cuidado, ouvir suas inseguranças e respeitar suas escolhas perante todo processo.

O profissional enfermeiro tem respaldo legal, de acordo com a Lei nº 7.498/1986, para desempenhar um papel ativo no cuidado à mulher gestante, parturiente e puérpera. Isso inclui o acompanhamento do trabalho de parto, a evolução do parto e a execução do parto sem complicações. Nesse contexto, é essencial que o profissional de enfermagem ofereça uma assistência baseada em princípios de cuidado integral e humanizado, evitando condutas desnecessárias no parto e do nascimento. Essa abordagem busca prevenir a ocorrência de violência obstétrica, garantindo a segurança e o bem-estar da mulher (Cofen, 2015).

Para fornecer um cuidado adequado ao parto, o enfermeiro deve reconhecer a importância de cuidar adequadamente de sua equipe. A capacitação contínua permite que os enfermeiros se mantenham atualizados sobre as melhores práticas e diretrizes relacionadas ao cuidado obstétrico, como o conhecimento sobre os direitos das mulheres, a prática de um parto seguro e respeitoso, sabedoria em ouvir atentamente a necessidade

da mulher respeitando suas escolhas. Além das estratégias para identificar e prevenir a violência obstétrica, a capacitação dos enfermeiros é essencial para melhorar da VO.

Legislações e políticas públicas relacionadas à violência obstétrica.

A respeito do Programa Rede Cegonha o Ministério de Saúde, 2011, diz que :

A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha (Ministério da saúde, 2011).

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal visa assegurar uma assistência qualificada e humanizada durante a gestação, o parto e o pós-parto, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Para alcançar esse objetivo, são implementadas ações que incluem o acompanhamento pré-natal adequado, a realização de exames e consultas regulares, o estímulo ao parto normal e humanizado, a promoção do aleitamento materno, a identificação precoce de riscos e a garantia de um atendimento integral e seguro.

PORTARIA Nº. 1.067, DE 4 DE JULHO DE 2005, Art. 1º Instituir a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde. tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, o incremento da qualidade da assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde. Art. 2º Estabelecer os seguintes princípios e diretrizes para a estruturação da Política de Atenção Obstétrica e Neonatal:

I - toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;

II - toda gestante tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria;

III - toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

IV - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo I desta Portaria (Brasil, 2005).

Além disso, a política visa promover a capacitação dos profissionais de saúde, como também a melhoria da estrutura e o funcionamento das unidades que oferecem assistência obstétrica e neonatal, mais a apropriada gestão dos recursos e participação das usuárias na tomada de decisões .

Um exemplo de conquista das parturiente é Portaria n.º 2.418, de 02 de dezembro de 2005,“Regulamentar, em conformidade com o art. 1º da Lei n.º 11.108, a presença

de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS” (Planalto, 2005). A legislação reconhece a importância do apoio emocional e físico que o acompanhante desempenha no momento do parto para a mãe e bebê como suporte afetivo, promovendo assim um ambiente acolhedor, humanizado e garantindo a participação ativa da parturiente das decisões.

Acrescenta-se também a Lei nº11.340/2006, Lei Maria da Penha,

Art. 2º Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social (Brasil, 2006).

A jornada para combater a violência obstétrica é desafiadora, porém fundamental. É preciso denunciar ações violentas que ocorram em maternidades e, ao mesmo tempo, promover a informação, educação e conscientização para que essa forma de violação não seja encoberta pela sociedade. Ainda há muitos problemas a serem enfrentados. É necessário garantir o reconhecimento dos direitos das mulheres e lutar por um modelo de parto ideal, baseado no respeito e na dignidade, independentemente da instituição ou profissional envolvido (Ávila, 2017).

MATERIAL E MÉTODOS

A metodologia utilizada segue as diretrizes estabelecidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Para a elaboração deste artigo, realizou-se uma revisão bibliográfica da literatura, baseado em pesquisas acadêmicas e científicas disponíveis no Google Acadêmico, Portarias, Sites de Portais Públicos, Revistas Médicas, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde e outros.

A pesquisa bibliográfica é elaborada com base em material já publicado. Tradicionalmente, esta modalidade de pesquisa inclui material impresso, como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos. Todavia, em virtude da disseminação de novos formatos de informação, estas pesquisas passaram a incluir outros tipos de fontes, como discos, fitas magnéticas, CDs, bem como o material disponibilizado pela Internet (Gil, 2012 apud Resende, 2017).

A metodologia “é a lógica dos procedimentos científicos em sua gênese e em seu desenvolvimento, não se reduz, portanto, a uma “metrologia” ou tecnologia da medida dos fatos científicos” (Bruyne, 1991 apud Resende, 2017).

Para a produção do artigo foram selecionados 80 artigos científicos para análise, dos quais 58 foram critério de exclusão. Dentre os artigos selecionados, 22 artigos foram utilizados na construção deste trabalho, incluindo um artigo em língua Espanhol. A pesquisa

foi conduzida com o emprego das seguintes palavras-chave: “Violência Obstétrica”, “Fatores que favorecem a violência obstétrica”, “Subnotificação dos profissionais”, “Assistência de Enfermagem na Violência” e “Leis que garantem o direito das mulheres”. Os parâmetros selecionados para construção deste projeto têm como critério: “A conduta do enfermeiro perante os fatores que favorecem a ocorrência da violência obstétrica no intra-hospitalar”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância do estudo sobre a violência obstétrica é fundamental para identificar e abordar questões críticas relacionadas à saúde materna e neonatal, esta forma de violência afeta diretamente a qualidade do cuidado a gestante no momento do parto até o pós-parto. O estudo enfatiza a função fundamental do enfermeiro no combate à violência obstétrica, pois é um dos profissionais que trabalham diretamente com essa paciente. O enfermeiro dotado do conhecimento sobre o parto, deve buscar respeitar e garantir a proteção e acolhimento dessa gestante ou puerpera. Adequando práticas de comunicação e ensinamento a paciente, sendo encarregado por treinar e orientar sua equipe de enfermagem trazendo técnicas e condutas que minimizem a prática corriqueira da VO, compartilhando conhecimento, implementando práticas permitidas para o atendimento humanizado. Mas também buscando se posicionar como profissional com autonomia para tomar decisões e saber intervir, além de realizar notificação das violências Obstétrica, para que aja punibilidades dos profissionais que praticam tais violências, assim colocando em prática as legislações referentes ao direito da gestantes e puerperas, sem qualquer violação.

Vale ressaltar que o sistema jurídico brasileiro ainda não possui uma lei federal específica a respeito da violência obstétrica, embora existam legislações genéricas estaduais como a do Estado de Santa Catarina Lei n.º 17.097, de 17 de janeiro de 2017. Esta lei estadual foi desenvolvida para a implementação de medidas de informação e proteção da gestante e da parturiente contra a VO. A Lei n.º 17.097/2017 caracteriza a violência obstétrica como o ato por alguns profissionais de saúde, que desrespeite, de forma física ou verbal, mulheres em trabalho de parto ou no período do puerpério (Magalhães, 2020). Já na Argentina existe a lei Nacional n.º 26.485 Lei de proteção integral às mulheres que inclui a VO como um tipo de violência contra as mulheres, caracterizada como:

Aquilo que o pessoal de saúde exerce sobre o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expresso no tratamento desumanizado, no abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, de acordo com a Lei 25.929 [“Sobre os direitos dos pais e dos filhos durante o processo de trabalho de parto e nascimento”, conhecida como “Lei do Parto Respeitado”] (Castrillo, 2016).

A legislação da Argentina tem como objetivo principal prevenir, punir e eliminar a violência contra as mulheres em todas as suas formas. Embora no Brasil não exista

uma lei específica que aborde diretamente a violência obstétrica, a Lei Maria da Penha relata a proteção a mulher contra diferentes formas de violência, sendo física, psicológica, patrimonial e moral. Mesmo que não mencione explicitamente a violência obstétrica, a Lei Maria da Penha pode ser invocada em casos de maus-tratos ou violência durante o parto, como uma forma de proteção legal. Além disso, é necessário um avanço legislativo em criar leis específicas para proteger as mulheres contra a violência obstétrica, garantindo o respeito aos seus direitos durante o parto e o cuidado obstétrico.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, Leticia. 2017 **Parto: Outro Lado Invisível do Nascer**: Como a violência obstétrica afeta 1 em cada 4 mulheres no Brasil, p. 111. Disponível em: https://issuu.com/leticiaavila8/docs/livro_parto_leticia_avila. Acesso em: 26 Set. 2023.

BARBOSA, Gabriela Machado. Violência Obstétrica: Da (Im)possibilidade da Tutela de Urgência em Defesa dos Direitos da Gestante. **Monografia (Graduação em Direito)** - Anima Educação, Araranguá, 2022. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/27887/4/TCC%20Gabriela%20Barbosa.pdf>. Acesso em: 05 Out. 2023.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm. Acesso em: 25 Set. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e dá outras providências. Disponível em: <https://www.mpac.mp.br/wp-content/uploads/portaria-n-1067-2005-institui-a-politica-nacional-de-ateno-obsttrica-e-neonatal-2.pdf>. Acesso em: 25 Set 2023

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 0477/2015**. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Brasília, DF: COFEN, 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html. Acesso em: 20 Out. 2023

CASTRILLO, Belém. Dime quién lo define e você dirá se for violento. Reflexões sobre a violência obstétrica. artigo, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE), Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina, 28 de fevereiro de 2016. Acesso em : 20 Nov. 2023

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. São Paulo: **Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2001. 264p. Tese (Doutorado em Medicina)** - Departamento de medicina preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Acesso em: 28 Nov. 2023

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. Nascer no Brasil 2014. Disponível em : <https://doi.org/10.1590/0102-311XED01S114>. Acesso em: 28 Out. 2023

MACIEL, Carolina Silva. O Papel do Enfermeiro Frente à Violência Obstétrica: **Uma Revisão Integrativa**. Porto Alegre, 2022. Disponível em : <file:///C:/Users/luanj/Desktop/O%20PAPEL%20DO%20ENFERMEIRO%20FRENTE%20C3%80%20VIOL%20C3%8ANCIA%20OBST%20C3%89TRICA%20UMA%20REVIS%20C3%83O%20INTEGRATIVA%20leis%20e%20enfermeiro.pdf>. Acesso em: 10 Out. 2023

MAGALHÃES, Roberta Cordeiro de Melo. Violência Obstétrica no Contexto da Violência Feminina. **Monografia (Especialização em Direito e Processo Penal)** - Centro Universitário de Brasília (UnICEUB), Brasília, 2020. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/15075/1/61350726.pdf>. Acesso em: 25 Set. 2023.

MARTINS, Fabiana Lopes et al. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: Uma expressão nova para um problema histórico. **Revista Saúde em Foco**, edição nº 11, ano 2019, p. 413. Acesso em :26 out. 2023

MATOSO, Leonardo Magela Lopes. O papel do enfermeiro frente à violência obstétrica. *C&D Rev Eletrôn FAINOR*, 2018. Acesso em: 26 out. 2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011 **Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (Brasil): 2011). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 13 abri. 2023

NASCIMENTO, S. L. et al. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 37, p. 66-79, dez. 2019. Acesso em: 05 mai. 2023

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Discussing Obstetric Violence Through The Voices Of Women And Health Professionals. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [S.L.], v. 26, n. 2, p. 1-10, 2017. **FapUNIFESP (SciELO)**. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/nPqfV5Jt6NRFq86tnDFFgnb/?lang=en>. Acesso em: 10 mai.2023

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. **Declaração da OMS 2014**. Disponível em:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf. Acesso em: 05/ mai. 2023

PLANALTO, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Mensagem de veto. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em:15 abri. 2023

PLANALTO, Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019**, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Vigência. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13931.htm. Acesso em: 10 Nov. 2023

RESENDE, Jessica Pereira de.o "Demonstração do Fluxo de Caixa: Importante Instrumento na Gestão Financeira Empresarial", em 2017. Acesso em :11 Nov. 2023

STORTI, J. de P. O papel do acompanhante no trabalho de parto e parto: expectativas e vivências do casal. 2004. 118f. **Dissertação (Mestrado Materno Infantil e Saúde Pública)** - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Acesso em: 15 Set. 2023

TESSER, Charles Dalcanale. KNOBEL, Roxana. ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar. DINIZ, Simone Grilo. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1–12, 2015. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/1013>. Acesso em: 10 Set. 2023

WOLFF, L.; WALDOW, V. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n. 3, p. 138-151, 2008. Acesso em:15 mai. 2023

O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NO PERÍODO PÓS-PARTO

Data de aceite: 01/02/2024

Jordana Cristina Cunha da Silva

<https://lattes.cnpq.br/9313264618692093>

Orcid: 0009-0007-0936-1530

Carla Nayara Gonçalves da Silva

<http://lattes.cnpq.br/0866536100745681>

Orcid: 0009-0001-4447-166X

Carolina Ribeiro Teles

<http://lattes.cnpq.br/7178103185820551>

Orcid: 0009-0000-1029-5517

Alessandra Patrícia Cardoso Tavares

<http://lattes.cnpq.br/3736702119322774>

Orcid: 0009-0009-7359-3605

Joicy Mara Rezende Rolindo

<http://lattes.cnpq.br/2138086247440898>

Orcid: 0000-0002-0102-3314

Meillyne Alves dos Reis

<http://lattes.cnpq.br/3752988192749082>

Orcid: 0000-0001-5953-4398

RESUMO: Objetivo: Analisar o que há descrito na literatura, acerca do papel do enfermeiro na promoção do autocuidado puerperal. **Método:** Trata-se de revisão integrativa da literatura realizada de acordo com etapas metodológicas na prática baseada em evidências (PBL) proposta na

literatura e recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), a partir do ano de 1991, marco inicial do Modelo Orem. A busca ocorreu no período de março a agosto de 2023, nas bases de dados: Public/PublishMedline (PUBMED), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), SciVerse Scopus e Web of Science, via Portal de Periódicos da CAPES por meio do acesso à Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) por todos os pesquisadores. **Resultados:** A amostra final foi composta por 11 artigos. Verificou-se que 72,7% foram conduzidos no Brasil, 9,1% foram conduzidos na Austrália, 9,1% foram conduzidos no México, e 9,1% foram conduzidos em Portugal. A partir da análise crítica e detalhada dos artigos emergiram as seguintes categorias: categoria A - (Des) Conhecimento e conscientização da equipe de enfermagem quanto ao autocuidado; e categoria B - (In)Satisfação das puérperas com as orientações da equipe de enfermagem sobre o autocuidado. **Conclusão:** Precisa-se de mais evidências capazes de provocar nos profissionais de enfermagem a importância da aplicabilidade

do Modelo Orem na assistência materno-infantil. Tais estudos devem focar nos métodos de ajuda tais como: agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; e ensinar.

PALAVRAS-CHAVE: autocuidado, cuidados de enfermagem, período pós-parto, puerpério.

THE ROLE OF NURSING IN PROMOTING SELF-CARE IN THE POSTPARTUM PERIOD

ABSTRACT: Objective: To analyze what has been described in the literature about the role of nurses in promoting postpartum self-care. **Method:** This is an integrative review of the literature carried out in accordance with methodological steps in evidence-based practice (PBL) proposed in the literature and recommendations of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), from the year 1991, the starting point of the Orem Model. The search took place from March to August 2023, in the databases: Public/PublishMedline (PUBMED), Nursing Database (BDENF), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), SciVerse Scopus and Web of Science, via Journal Portal CAPES through access to the Federated Academic Community (CAFe) for all researchers. **Results:** The final sample consisted of 11 articles. It was found that 72.7% were conducted in Brazil, 9.1% were conducted in Australia, 9.1% were conducted in Mexico, and 9.1% were conducted in Portugal. From the critical and detailed analysis of the articles, the following categories emerged: category A - (Lack)Knowledge and awareness of the nursing team regarding self-care; and category B - (In)Satisfaction of postpartum women with the nursing team's guidance on self-care. **Conclusion:** More evidence is needed to demonstrate to nursing professionals the importance of the applicability of the Orem Model in maternal and child care. Such studies should focus on helping methods such as: acting or doing for another person; guide and guide; provide physical and psychological support; provide and maintain an environment that supports personal development; and teach.

KEYWORDS: self-care, nursing care, postpartum period, postpartum period.

INTRODUÇÃO

O puerpério ou período pós-parto é uma fase do ciclo gravídico puerperal que acarreta grandes modificações biopsicossociais na vida das mulheres e sua rede de apoio¹. Experienciar a maternidade nessa etapa requer o acesso a cuidados de saúde centrados na integralidade e humanização da assistência obstétrica com foco no autocuidado². Assim, condutas relacionadas ao autocuidado, cuidados com o recém-nascido (RN), acesso aos serviços de saúde e a satisfação da mulher com a assistência, são importantes premissas a serem atendidas nessa fase³.

As ações e condutas da equipe de saúde devem ser centradas na promoção do autocuidado. O profissional enfermeiro, enquanto educador, assume importante responsabilidade no cuidado à saúde, ao desenvolver suas ações educativas pautadas na individualidade, integralidade, autocuidado e empoderamento feminino³.

O período puerperal dura em média 06 (seis) semanas, é classificado pelo Ministério da Saúde (MS) em imediato (do 1º ao 10º dia pós-parto), tardio (do 11º ao 45º dia pós parto) e remoto (a partir do 45º dia, com término imprevisível)⁴. A mulher e o RN devem retornar à unidade de saúde entre 07 (sete) a 10 (dez) dias após o parto, tal feito constitui a “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI). Ministério Saúde (MS) 2012, p.259: “Trata-se de uma estratégia em saúde, na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e RN”⁴.

O conceito de autocuidado é amplamente difundido na literatura interdisciplinar, como destacado por Fitzpatrick e Whall (1989)⁵. Na área da enfermagem, a teórica norte-americana Dorothea Orem utilizou esse termo, considerando o potencial de cura do indivíduo, seu encorajamento (tanto por parte dos profissionais quanto do próprio indivíduo e cuidador) e as ações e condutas necessárias para alcançar o autocuidado^{6,5}. O modelo proposto por Orem inclui três conceitos fundamentais: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem⁶. Nesse contexto, Orem apud George et al. (2000, p. 84)⁷, o conceito de autocuidado é delineado como:

O desempenho ou prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o desenvolvimento humano⁷.

Assim, destaca-se a importância do autocuidado durante o pós-parto para a autoestima e bem-estar da mulher, bem como para impedir possíveis transtornos psicoafetivos, como a depressão pós-parto^{8,3}. Além disso, engloba conceitos e técnicas básicas de cuidados, já previamente abordadas no acompanhamento pré-natal (PN) e que vão ser aprimoradas no período de permanência na maternidade e ao longo do puerpério.

O Modelo Orem parte do pressuposto fundamental de que todos os seres humanos possuem o potencial para desenvolver habilidades intelectuais e práticas, além de uma motivação intrínseca para o autocuidado. Esse modelo se fundamenta em conceitos interligados, como ações de autocuidado, fatores condicionantes básicos e a demanda terapêutica de autocuidado, conforme apontado por George et al. (2000)⁷.

O primeiro conceito, relacionado à capacidade humana de se envolver no autocuidado, considera que o indivíduo é influenciado por fatores condicionantes básicos, que abrangem elementos como idade, sexo, desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, sistema de atendimento de saúde (incluindo modalidades de diagnóstico e tratamento), sistema familiar, padrões de vida (como o envolvimento regular em atividades), fatores ambientais, e a adequação e disponibilidade de recursos.

Por sua vez, o segundo conceito abrange a totalidade de ações de autocuidado necessárias para atender às demandas conhecidas desse autocuidado. Essas ações devem ser realizadas por meio de métodos válidos e conjuntos de operações e ações relacionadas, conforme discutido por George et al. (2000)⁷. Dessa forma, o Modelo Orem

proporciona uma compreensão abrangente e interconectada das dimensões que envolvem o autocuidado, considerando tanto os aspectos individuais quanto os condicionantes externos que influenciam esse processo.

Nesse sentido, a educação em saúde assume papel primordial no âmbito do autocuidado de puérperas por incentivar hábitos e comportamentos de saúde por meio de um apoio informacional horizontalizado e compartilhando³. As tecnologias do cuidado em saúde têm sido ferramentas facilitadoras na promoção do autocuidado e na viabilização do relacionamento terapêutico entre a equipe de saúde, puérperas, RN e rede de apoio^{9,3}.

O enfermeiro, como integrante da equipe multiprofissional, possui as habilidades necessárias para facilitar o autocuidado, oferecendo orientação e suporte¹⁰. Suas intervenções têm início no PN, trabalhando em conjunto com o grupo de apoio à gestante, participando da elaboração do plano de parto e fornecendo orientações às primigestas, ou seja, às mulheres que estão vivenciando sua primeira gestação. Nesse contexto, a atenção dedicada à amamentação durante esse período é de suma importância, uma vez que a puérpera precisa aprender a técnica correta de amamentação, seguindo boas práticas hospitalares, o que resultará em inúmeros benefícios para a dupla mãe/bebê^{11,3}.

O estudo objetivou analisar o que há descrito na literatura, acerca do papel do enfermeiro na promoção do autocuidado puerperal bem como identificar as ferramentas utilizadas pelo enfermeiro para o alcance do autocuidado puerperal; e verificar a disposição para o autocuidado por parte da mulher.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada de acordo com etapas metodológicas na Prática Baseada em Evidências (PBL) proposta na literatura e recomendações do Preferred Reporting for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)^{12,13,14}. O estudo seguiu seis etapas: elaboração da questão da pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento¹⁴.

A formulação da pergunta norteadora considerou o acrônimo, sendo - P - População: puérperas no período pós-parto; Exposição: orientação para o autocuidado; C - controle - potencial para o autocuidado comparado a puérperas que não receberam orientações da enfermagem; O - Desfecho: a promoção da saúde e autocuidado PECO¹⁵.

A revisão procurou responder às seguintes perguntas norteadoras: Mulheres no período puerperal, que receberam orientações ao longo do período gestacional, são mais propensas à promoção do autocuidado? O cuidado de enfermagem no período gestacional, como forma de apoio, ajuda, orientação e assistência, com foco no autocuidado, deixam as mulheres mais seguras para cuidarem de seus recém-nascidos (RNs)?

As buscas foram realizadas nas bases de dados: Base de Dados de Enfermagem (BDEFN); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); National Library of Medicine (PubMed/MEDLINE); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Sci Verse Scopus e Web of Science, via Portal de Periódicos da CAPES por meio do acesso à Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) por todos os pesquisadores, é uma biblioteca virtual que armazena e disponibiliza às instituições de ensino e pesquisa, produção científica nacional e internacional¹⁶.

Selecionaram-se as palavras-chaves e os termos, por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs)/Medical Subject Headings (MeSH): Autocuidado or self care or autocuidado; Período pós-parto or postpartum period or período pós-parto; Cuidados de enfermagem or nursing care or atención de enfermería; Mulheres or woman or mujeres.

A pesquisa foi realizada nos meses de março a agosto de 2023, ocorreu às cegas por (02) dois pesquisadores independentes, que conferiram a presença dos critérios de inclusão estabelecidos, e posteriormente utilizou-se o Software Rayyan¹⁷. Na ausência de consenso entre os 02 (dois) revisores, um terceiro revisor foi acionado, para aplicação dos critérios de inclusão dos estudos e minimização do impasse e assim, garantindo assim a eliminação de possíveis vieses. Utilizou-se o Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses flow diagram^{12,13} para documentar o número de artigos em cada estágio de triagem.

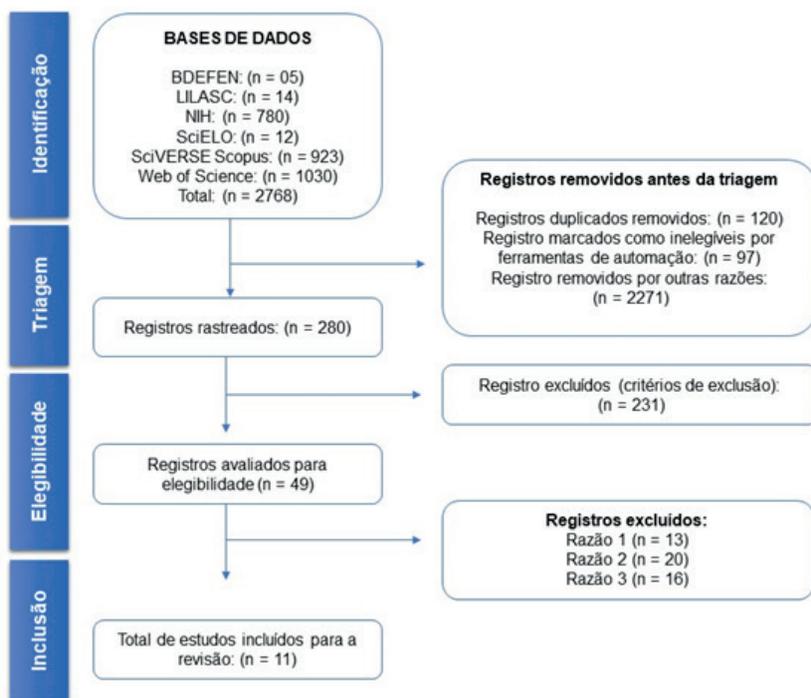


Figura 1: Documentação dos números de artigos em cada etapa da triagem.

Fonte: Original elaborado pela autora para este trabalho com base nas diretrizes de Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)¹².

Após seleção dos artigos e comparação dos resultados entre os pesquisadores, foi realizada a extração das informações dos artigos por meio de uma planilha elaborada pelos autores no Microsoft Office Excel®. De tal modo, houve o refinamento dos achados da pesquisa, sendo expostos de maneira descritiva e em tabelas.

Foram incluídos estudos que trabalham o autocuidado, ou promoção da saúde, realizado pelo profissional enfermeiro e sua equipe, que reflita ações e condutas, por parte da mulher consigo mesma e seu RN, durante o período puerperal, tendo como marco, o ano de 1991, quando a enfermeira Norte Americana Dorothea Orem introduziu os conceitos do autocuidado.

Para a análise dos conteúdos utilizou-se o método de análise de conteúdo^{18,19}. Os artigos selecionados foram identificados com códigos para sintetização dos resultados, os códigos foram representados pela letra “A” seguida do número cardinal, exemplo: A1, A7, A11. Posteriormente foram avaliados conforme a PBE e os níveis de evidências científicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Foram identificados 2768 artigos, após a leitura dos títulos foram selecionados 108 artigos para leitura de resumo, logo após a leitura dos resumos foram selecionados 49 artigos para a leitura do texto na íntegra, entre os quais 11 artigos compuseram a amostra. As publicações incluídas nesta revisão encontram-se distribuídas nas bases de dados BDEF (01), LILACS (01), SciELO (02), NIH – Medline / Pubmed (04), Web of Science (03). No quadro a seguir, os artigos foram dispostos em código de análise, autor e ano e revista de publicação.

CÓDIGO	AUTOR/ANO	REVISTA
A1	Nguyen, P. Y. <i>et al.</i> / 2023	BMJ Open
A2	Mota, J.F. <i>et al.</i> / 2021	Revista Baiana de Enfermagem
A3	Barbosa, E. M. G. <i>et al.</i> / 2018.	Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde
A4	Lima, G. K. S. <i>et al.</i> / 2017	Revista de enfermagem da Universidade Federal do Pernambuco.
A5	Dodou H. D. <i>et al.</i> / 2017	Revista Brasileira de Enfermagem
A6	Quirino, A. F. A. <i>et al.</i> / 2016	Ciência, Cuidado e Saúde.
A7	Acevedo-Hernández, B. A. <i>et al.</i> / 2016	Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social
A8	Correia, T. I. G.; Pereira, M. L. L. / 2015	Revista Eletrônica de Enfermagem
A9	Pereira, M. C.; Gradim, C. V. C. / 2014	Ciência, Cuidado e Saúde
A10	Costa, N. S. <i>et al.</i> / 2013.	Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde
A11	Silva, L. A. <i>et al.</i> / 2009	Texto & Contexto – Enfermagem

Quadro 1 - Distribuição de artigos sobre o autocuidado no período pós-parto, segundo codificação, autor/ano e periódico.

Fonte: Elaborado pelos autores, setembro, 2023.

Observa-se que a produção do conhecimento sobre o tema concentrou-se no período compreendido de 2023 a 2009. Sendo assim distribuídos: nos anos de 2023, 2021 e 2018, em cada um dos anos foram encontrados apenas 1 (um) artigo, já em 2017 e 2016, em ambos foram identificados 2 (dois) artigos, em 2015, 2014, 2013 e 2009 foram selecionados 1 (um) artigo em cada ano.

Em seguida os artigos foram dispostos de acordo com a codificação e classificados conforme a PBE (Quadro 2):

Nº	AMOSTRA	POPULAÇÃO	TIPO DE ESTUDO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA CIENTÍFICA	FATORES ASSOCIADOS/ <i>f</i> OU PRINCIPAIS ACHADOS
A1	580	Estudos referentes a 112 intervenções de autocuidado	Revisão de escopo	II	Examinaram que poucos estudos mostravam a importância do autocuidado.
A2	16	Gestantes	Qualitativo e Descritivo	VI	Desconhecimento das gestantes para o autocuidado.
A3	36	30 puérperas e 6 acompanhantes	Descritivo e exploratório	V	Surgiram os seguintes temas para discussão sobre o autocuidado da mulher no pós-parto: higiene, nutrição da mãe, cuidados com as mamas, retorno da atividade, entre outras.
A4	7	Puérperas	Qualitativo e Descritivo	VI	Observaram as lacunas no conhecimento das puérperas adolescentes sobre a prática de exercícios físicos, a anticoncepção no puerpério.
A5	19	Puérperas	Qualitativo e Descritivo	VI	Evidenciou-se, que as puérperas foram orientadas quanto aos benefícios do aleitamento exclusivo e que o leite materno
A6	310	Puérperas	Transversal, coorte prospectiva.	IV	A 'prática do autocuidado' relatada pela puérpera no primeiro ano pós-parto, além de estar relacionada à sua idade e inserção social, sofreu influência de alguns requisitos propostos por Orem para o autocuidado.
A7	21	14 enfermeiras e 7 puérperas	Qualitativo e Descritivo	VI	Por terem vivenciado o puerpério, não garante comportamentos favoráveis ao autocuidado e ao cuidado do recém-nascido.
A8	212	Puérperas	Qualitativo e Descritivo	VI	Demonstram que as puérperas têm conhecimento sobre as práticas corretas de autocuidado no puerpério, necessitando de estímulo para que estas se concretizem.
A9	38	10 enfermeiras e 28 puérperas.	Qualitativo e Descritivo	VI	Verificou-se que a maioria das mães amamentam seus filhos e que receberam orientações para a realização desse cuidado no momento da consulta.
A10	22	Puérperas	Transversal descritivo.	VI	Entretanto, vale considerar que a sociedade atribui à adolescente uma capacidade subestimada para cuidar do filho e, muitas vezes, a impede de assumir as responsabilidades.
A11	120	Puérperas	Transversal analítica	IV	As puérperas revelaram dificuldade em cuidados básicos que resultam em insatisfação, como por exemplo, saber quando dar de mamar ao bebê, quanto tempo deverá durar a mamada e com que periodicidade a devem fazer.

Quadro 2 - Distribuição de artigos sobre o autocuidado no período pós-parto, segundo codificação, amostra, população, tipo de estudo, níveis de evidências e fatores associados / *f*.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados extraídos dos artigos usados para elaboração do artigo, setembro, 2023.

Quanto ao delineamento dos estudo / tipo de estudos: observa-se que os estudos citados compreendem o nível de evidências II (n=01/9,1%), seguido do nível de evidências IV (n=02/18,2%), logo após o nível de evidências V (n=01/9,1%) e nível de evidências VI (n=07/63,6).

O quadro a seguir (quadro 3) apresenta a distribuição dos estudos, conforme o título, os objetivos e os locais onde foram realizados.

Nº	TÍTULO	OBJETIVO	PAÍS, CIDADE, ESTADO
A1	Self-care interventions for preconception, antenatal, intrapartum and postpartum care: a scoping review	Identificar intervenções de autocuidado atuais e emergentes para melhorar a saúde materno-infantil.	Austrália.
A2	Saberes e experiências de gestantes sobre autocuidado puerperal e cuidado do/a recém-nascido/a mediante práticas educativas.	Analisar saberes e experiências de gestantes sobre o autocuidado puerperal e cuidado do/a recém-nascido/a mediante práticas educativas.	Salvador, Bahia, Brasil
A3	Necessidades de autocuidado no período pós-parto identificadas em grupos de puérperas e acompanhantes.	Identificar as necessidades de autocuidado no pós-parto em grupos de puérperas e acompanhantes.	Fortaleza, Ceará, Brasil.
A4	Autocuidado de adolescentes no período puerperal: aplicação da teoria de Orem.	Identificar o conhecimento das puérperas adolescentes sobre o autocuidado.	Maceió, Alagoas, Brasil
A5	A prática educativa realizada pela enfermagem no puerpério: representações sociais de puérperas.	Apreender as representações sociais de puérperas sobre os conteúdos da prática educativa realizada pela enfermagem no puerpério.	Fortaleza, Ceará, Brasil
A6	Práticas de autocuidado no primeiro ano pós-parto/self-care practices in the first year postpartum.	Avaliar possíveis associações da 'prática do autocuidado' referida pela mulher com indicadores sociodemográficos e com as exigências propostas na Teoria de Orem (universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde), no primeiro ano pós-parto.	Londrina, Paraná, Brasil
A7	Processo educativo de enfermagem para promover o autocuidado de la mujer durante el puerperio.	Explorar o desenvolvimento do processo educativo do profissional de enfermagem que promove o autocuidado da mulher no puerpério.	México
A8	Os cuidados de enfermagem e a satisfação dos consumidores no puerpério.	Investigar a satisfação das puérperas em internação com os cuidados especializados prestados pelos enfermeiros num serviço de obstetrícia de uma unidade de saúde de Portugal.	Bragança, Portugal
A9	Consulta puerperal: a visão do enfermeiro e da puérpera.	Avaliar a visão da consulta puerperal sob a perspectiva do enfermeiro, que a executa, e da puérpera.	Alfenas, Minas Gerais, Brasil
A10	Prática do autocuidado e demandas por cuidados de enfermagem pelas puérperas.	Verificar práticas de autocuidado e demanda por cuidados de enfermagem no puerpério.	Uberaba, Minas Gerais, Brasil
A11	Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê.	Identificar os significados atribuídos pelas mães adolescentes aos cuidados com o bebê e seu autocuidado; identificar os que reconhecem como dificuldade na vivência da fase puerperal e no cuidado com o bebê.	Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil

Quadro 3: Distribuição de artigos sobre o autocuidado no período pós-parto, segundo codificação, título, objetivo, cidade e estado.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados extraídos dos artigos usados para elaboração do artigo, setembro, 2023.

Evidenciou-se a realização de estudos no território nacional e internacional. Dos estudos realizados no Brasil (n = 08/72,7%), sendo assim divididos: Bahia (n=01/9,1%), logo após estudos conduzidos em Minas Gerais (n=02/18,2), seguido por Ceará (n=02/18,2), Alagoas (n=01/9,1%), São Paulo (n=01/9,1%) e Paraná (n=01/9,1%) . Dos estudos internacionais (n=03 /27,3 %) assim representados: Austrália (n = 01/9,1%), logo após estudos conduzidos no México (n = 01/9,1%) e estudos conduzidos em Portugal (n = 01/9,1%).

A partir da análise crítica e detalhada dos artigos emergiram as seguintes categorias: categoria A - (Des) Conhecimento e conscientização da equipe de enfermagem quanto ao autocuidado; e categoria B - (In) Satisfação das puérperas com as orientações da equipe de enfermagem sobre o autocuidado.

Categoria A - (Des) Conhecimento e conscientização da equipe de enfermagem quanto ao autocuidado.

Os estudos A1, A2 e A5 evidenciaram que as mulheres e suas redes de apoio ressaltaram que, durante a assistência PN, sentiram falta de orientações e apoio da equipe de saúde quanto ao preparo e ferramentas para o autocuidado^{8,11,20}. Apesar de terem tido oportunidades de orientação em algum momento, essas orientações foram predominantemente focadas nos cuidados com o recém-nascido e a amamentação. As informações concentradas no aleitamento materno (AM) não foram suficientes para assegurar sua efetividade, resultando em muitas dúvidas e inseguranças durante o período puerperal^{11,20}.

Os autores A3 e A9 ressaltam que os profissionais de enfermagem, precisam colocar em prática o autocuidado, e não apenas a orientação sobre amamentação, tais como: posicionamento e pega correta; cuidados com a mama; AM exclusivo até os seis meses de idade; benefícios do AM, dentre outros^{3,21}. Além disso, focaram em cuidados específicos ao RN, tais como: higiene, cuidados com o coto umbilical, vacinação e medidas de conforto^{3,21}.

Os estudos de A1, afirmaram que as intervenções acerca do autocuidado durante o PN, objetivavam ensinar para as grávidas, por meio de oficinas ou aconselhamentos, que também podem ser usados no período de intraparto ou pós-parto⁸. Nesse sentido os profissionais de enfermagem, segundo A2, A5, A7 e A10, devem basear seus cuidados e orientações durante todo o ciclo gravídico-puerperal, a fim de estimular o autocuidado e possibilitar à futura mãe autossuficiência no pós-parto, resultando em um maior reconhecimento do papel profissional^{11,20,22,23}.

Os autores A6, A7, A9, A10 e A11 ressaltam que o sucesso do processo educativo está intrinsecamente ligado à capacidade de o profissional de enfermagem adaptar-se às necessidades explicitadas ou percebidas pela puérpera no período pós-parto. É essencial que o profissional utilize a linguagem de forma apropriada, permitindo que a puérpera

sinta-se capacitada a desenvolver competências cognitivas e práticas necessárias para o autocuidado, além de facilitar a transição e adaptação ao seu novo papel^{24,22,21,23,25}.

A3, ressalta que o profissional de enfermagem é munido de teorias e ferramentas capazes de orientar a prática, de forma a atender a demanda da clientela³. O Modelo Orem, em sua base conceitual de ações de autocuidado, descreve que o profissional enfermeiro no estabelecimento de relações interpessoais com a clientela é capaz de compreender a capacidade humana ou o poder de engajar-se no autocuidado. A aplicabilidade do modelo fundamenta as ações do enfermeiro no sentido de identificar objetivos e propor intervenções importantes específicas para novas experiências e significados na vida das mulheres^{3,11,20}.

O Modelo Orem, ao promover o desenvolvimento das habilidades intelectuais e práticas, juntamente com a motivação essencial para o autocuidado, apresenta o conceito de demanda terapêutica de autocuidado. De acordo com os autores A9, A10 e A11, enfatiza-se a necessidade de oferecer à mulher no período pós-parto uma atenção humanizada, integral e holística, destacando a importância das ações voltadas para o autocuidado. Dentre essas ações, destacam-se orientações quanto à alimentação; ao sono e repouso; à observação da lactação; ao planejamento familiar e aos cuidados com a episiorrafia ou com a incisão cirúrgica. Isso não deve ser esquecido, no sentido de prover à mulher condições para o cuidado de si e para a prevenção de eventuais complicações^{21,23,25}.

No atendimento do pressuposto do Modelo Orem acerca do conceito relacionado aos fatores condicionante básicos, os autores A1, A2, A3, evidenciaram que os serviços de saúde são a porta de entrada para ações e condutas voltados ao autocuidado no sentido de transformá-lo em abordagens efetivas e bem-sucedidas^{8,11,3}. A maioria das intervenções de autocuidado exige proximidade com o serviço/unidade de saúde mais próximo da puérpera, com envolvimento de profissionais ou agentes comunitários de saúde que ensinam habilidades de autocuidado ou fornecem tratamentos para uso domiciliar.

Estudos evidenciam, conforme A1, A2, A3 e A4, os possíveis benefícios do autocuidado durante o período pós-parto. Entre as intervenções sugeridas para alcançar tais benefícios, incluem-se a modificação no estilo de vida, abrangendo aspectos como nutrição, atividade física, hábitos de sono e repouso, juntamente com estratégias para aprimorar o bem-estar mental e social^{8,11,3,26}.

A7, A8, A9 e A10 observam que o apoio recebido durante o período puerperal está condicionado à estrutura familiar e aos contextos culturais, que são socialmente moldados pela mãe ou avó, refletindo a dinâmica que se consolidou ao longo de gerações envolvidas no processo. Eles ressaltam que a família demanda uma abordagem informal. O processo educativo com foco nos valores, costumes, mitos e tabus em relação ao acontecimento de ser mãe^{22,27,21,23}.

Nesse sentido, os profissionais da saúde devem respeitar a cultura e crença da clientela, uma vez que compõem valores socioculturais de suma importância para o cotidiano. Assim sendo, A2, A3, A5, A7 e A11, os profissionais têm a necessidade de adotar

uma postura sensível a mitos e a tabus, abandonando as condutas autoritárias e permitindo um espaço de diálogo com a família^{11,3,20,22,25}.

As ações e condutas dos profissionais de saúde devem favorecer a autonomia das mulheres e sua rede de apoio no processo de cuidar. A associação das tecnologias do cuidado em saúde (leve, dura, leve-dura) favorecem variações positivas no processo de educação em saúde. Em A8, A9, A10 e A11, o grupo de apoio a gestantes, cursos preparatórios ou cursos de gestantes são ferramentas utilizadas para trabalhar diversos temas ou assuntos durante o ciclo gravídico puerperal^{27,21,23,25}.

Outrossim, A9 ressalta que a visita domiciliar (VD) é uma importante ferramenta do cuidado em saúde. A VD faz parte intrínseca do processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS), deve atingir os seguintes aspectos: prevenção e promoção da saúde, cuidado humanizado e holístico, ser resolutiva diante das necessidades da binômia e/ou trinômia²¹.

No momento das consultas puerperais, o(a) enfermeiro(a) deve atentar-se para detectar sinais de desequilíbrio e de insegurança transmitidos pela puérpera. A5 e A9 afirmam que o profissional em seu atendimento deve valorizar as individualidades do binômio e/ou trinômio e abastecer de focar apenas no RN^{20,21}. A9 ressalta que a consulta puerperal contribui para o desenvolvimento adequado, é uma importante e eficaz ferramenta de educação em saúde e recomenda que a mesma deva ser realizada por todos os membros da equipe multiprofissional no contexto da ABS²¹.

Ao considerar as perspectivas das mulheres quanto ao cuidado em saúde no período gravídico puerperal, nos estudos de A5 e A6, a participação das mulheres ativamente no processo de gestação, parturição e puerpério ocorre quando profissionais de saúde e mulheres compartilham conhecimentos e informações para promover o autocuidado^{20,24}.

Categoria B - (In) Satisfação das puérperas com as orientações da equipe de enfermagem sobre o autocuidado.

Nos estudos de A2 e A5, as mulheres relataram que todas as informações e cuidados direcionados a elas, especialmente no PN, traziam um enfoque aos cuidados para com o RN^{11,20}. Tal situação as fazia priorizar tudo que se relaciona ao bebê, em detrimento dos cuidados consigo mesmas. Além disso, A2, A4 e A11, evidenciaram que tal fato corrobora com a visão dicotomizada da puérpera com relação à ideia de cuidar do bebê como prioridade em relação ao autocuidado puerperal^{11,26,25}.

A5 e A8 evidenciaram que informações acerca da amamentação são fundamentais, porém devem ser focadas durante a permanência na unidade hospitalar, período de parturição e puerpério imediato e mediato. As puérperas reconhecem que precisam aprender técnicas adequadas de amamentação e boas práticas hospitalares, o que trará muitos benefícios ao binário mãe/bebê. Elas ressaltam ainda, que dessa forma, ampliam

conhecimento sobre o tema e aumentam a popularidade e a duração do processo de amamentação^{20,27}.

Nos estudos de A5, as mulheres na fase puerperal, referiram dificuldades em cuidados básicos tanto para com elas quanto para com o RN²⁰. Segundo elas, as informações fornecidas durante o PN, caracterizam-se como insuficientes para a realização dos cuidados, especialmente para as mães em seu primeiro filho(a), que, em sua grande maioria, percebem-se incapazes para a promoção do autocuidado²⁰.

Associado aos estudos de A5, A7, A8, destaca-se que, especialmente as primigestas e/ou primíparas, apresentam mais dificuldades e têm sua capacidade subestimada para cuidar do filho e, muitas vezes, isso as impede de assumir as responsabilidades e demandas da maternidade com tranquilidade^{20,22,27}. O fato de em outro momento da vida terem vivenciado o puerpério, A5 evidenciou que tal feito não garante comportamentos favoráveis ao autocuidado e ao cuidado do RN, pois cada parto e período puerperal apresentam particularidade distintas²⁰.

Nos estudos de A6 e A9, foi possível observar que as mulheres em relação a assistência obstétrica sentem falta do retorno à unidade de saúde entre 07 (sete) a 10 (dez) dias após o parto, tal feito constitui a “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI)^{24,21}. Em raras ocorrências, o apoio, o aconselhamento e a ajuda no pós-parto elevaram o grau de satisfação das puérperas com a equipe de saúde^{24,21}.

Na maioria das situações, conforme indicado por A6 e A9, é mais frequente a constatação da ausência de equipe de saúde, particularmente da enfermagem, no deslocamento da unidade de saúde até a residência da paciente para a realização de pós-natal^{24,21}. Tal feito gera inúmeras insatisfações por parte das puérperas, os estudos de A2 e A5, corroboram em relação a tal afirmativa, quando apontam que os especialistas da atenção básica não realizarem atividades educativas no pós-parto tardio, o que indica a necessidade de repensar as práticas educativas desenvolvidas nesse nível de atenção. Este é um cenário importante para a melhoria da saúde pós-parto^{11,20,24,21}.

A 10 afirma que puérperas possuem conhecimento sobre as práticas do autocuidado no período puerperal, que apenas necessitam de estímulos para concretizarem suas informações e percepções²³. Afirmam ainda que o enfermeiro(a), enquanto membro da equipe multidisciplinar de cuidados em saúde, foi relevante para o despertar da promoção dos cuidados em saúde junto ao binômio e/ou trinômio e suas redes de apoio.

Além disso, os autores A2, A4 e A7, reforçam que a rede de apoio e os fatores culturais exercem forte influência em relação à promoção do autocuidado puerperal e para com o RN^{11,26,22}. As mulheres priorizam o autocuidado para com o RN, A4 e A7, evidenciaram que o bem-estar deles, e cuidados gerais tais como: alimentação puerperal para prevenção de cólicas, higienização corporal do bebê, trocas de fraldas, cuidados com o coto umbilical, amamentação dentre outros são cruciais para a promoção e proteção em relação a medidas de conforto^{26,22}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar uma análise abrangente de estudos nacionais e internacionais, observou-se a escassez de pesquisas abordando a temática do autocuidado no contexto puerperal. Os estudos conduzidos no Brasil, que contemplam estados como Bahia, Minas Gerais, Ceará, Alagoas, São Paulo e Paraná, permitiram fundamentar a presente investigação. Estudos internacionais provenientes de países como Austrália, México e Portugal também contribuíram, mas ainda são insuficientes para proporcionar uma visão mais abrangente das questões relacionadas ao autocuidado durante o período puerperal.

Ao analisar criticamente os artigos, emergiram duas categorias principais: (A) Desconhecimento e conscientização da equipe de enfermagem quanto ao autocuidado e (B) Insatisfação das puérperas com as orientações da equipe de enfermagem sobre o autocuidado.

Na categoria A, observou-se que, em diversos estudos, as mulheres destacaram a falta de orientações e apoio da equipe de saúde no preparo e ferramentas para o autocuidado durante a assistência pós-natal. Embora tenham recebido orientações em algum momento, estas foram predominantemente centradas nos cuidados com o RN e amamentação, deixando lacunas significativas para o autocuidado puerperal. O Modelo Orem foi citado como uma abordagem valiosa para desenvolver habilidades e motivação essenciais para o autocuidado, enfatizando a importância de uma atenção humanizada, integral e holística.

Já na categoria B, a (in) satisfação das puérperas com as orientações da equipe de enfermagem revelou-se uma preocupação. A priorização excessiva nos cuidados com o RN durante as consultas pós-natais contribuiu para que as mulheres direcionassem sua atenção principalmente para o bebê, muitas vezes em detrimento do autocuidado pessoal. Além disso, a ausência de equipe de saúde, especialmente enfermagem, em visitas domiciliares gerou insatisfações, indicando a necessidade de repensar as práticas educativas pós-parto tardio.

Em síntese, os estudos destacam a relevância de uma abordagem mais abrangente e sensível por parte da equipe de saúde, reconhecendo as particularidades de cada mulher e considerando as influências culturais e da rede de apoio. O estímulo ao autocuidado, a promoção de consultas puerperais eficazes e a valorização das individualidades contribuem para um cuidado mais integral e satisfatório no período puerperal.

Precisa-se de mais evidências capazes de provocar nos profissionais de enfermagem a importância da aplicabilidade do Modelo Orem na assistência materno-infantil. Tais estudos devem focar os métodos de ajuda tais como: agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal; ensinar.

REFERÊNCIAS

1. Centa, M. L.; Oberhofer, P. R.; Chammas; J. The communication between the woman in postpartum and the health professional. In: Proceedings of the 8. Brazilian Nursing Communication Symposium [Proceedings online]; 2002 May 02-03; São Paulo, SP, Brazil. 2002 [cited 2023 Nov 02]. Available from: URL: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000100058&lng=en&nrm=van.
2. Jacob, T. N.O. *et al.* A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. **Escola Anna Nery** [Internet]. 2022;26:e20210105. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0105>.
3. Barbosa, E. M. G. *et al.* Necessidades de autocuidado no período pós-parto identificadas em grupos de puérperas e acompanhantes. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 7, n. 1, 7 ago. 2018. Available from: <https://doi.org/10.18554/reas.v7i1.1921>.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
5. Fitzpatrick, J. L.; Whall, A. L. Conceptual models of nursing: analysis and application. 2. ed. Appleton & Lange, 1989.
6. Leopardi, M. T. Teoria e método em assistência de enfermagem. 2. ed. rev. ampl. Florianópolis: Soldasoft, 2006.
7. George, J. B. *et al.* Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
8. Nguyen, P. Y. *et al.* Self-care interventions for preconception, antenatal, intrapartum and postpartum care: a scoping review. **BMJ Open**, v. 13, n. 5, p. e068713, maio 2023. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068713>.
9. Machinski, E.; Ravelli, A. P. Tecnologia leve no pós-parto: Material educativo como instrumento da extensão universitária. **Revista Conexão UEPG**, n. 16, p. 16, 2020. Available from: <https://revistas.uepg.br/index.php/conexao/article/view/14300>.
10. Markaki, A. *et al.* Strengthening universal health: development of a nursing and midwifery education quality improvement toolkit. **Revista Latino-Am Enfermagem** [Internet]. 2019;27:e3188. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3229.3188>.
11. Mota, J. F. *et al.* Saberes e experiências de gestantes sobre autocuidado puerperal e cuidado do/a recém-nascido/a mediante práticas educativas. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 35, 2021. DOI: 10.18471/rbe.v35.41929. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/41929>.
12. Page, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **Br Med J**. 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>. [cited 2023 June 17]. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n71.full.pdf>.
13. Mother, D.; Liberati, A.; Tetzlaff, J. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Med**. 2009;6(7):e1000097.
14. Whittemore, R.; Knafk, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**. 2005;52(5):546-53.

15. BirueL, E.; Pinto, R. Bibliotecário um profissional a serviço da Pesquisa. XXIV Congresso Brasileiro de Biblioteconomia, Documentação e Ciência da Informação. 07 a 10 de agosto de 2011. Maceió: CBBD; 2011 [citado 2021 Jan 25]. Available from: https://www.academia.edu/9594560/Bibliotec%C3%A1rio_um_profissional_a_servi%C3%A7o_da_pesquisa. Acesso em: 1 nov. 2023.
16. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Ministério da Educação. Brasília (DF): CAPES; 2020 [citado 2021 Jan 25]. Available from: <https://www-periodicos-capes-gov-br.ez333.periodicos.capes.gov.br/index.php>. Acesso em: 1 nov. 2023.
17. Ouzzani, M; Hammady, H; Fedorowicz, Z; Elmagarmid, A. Rayyan-a web and mobile app for systematicreviews. **Syst Rev.**, v. 5, n. 1, p. 1-10, 2016. Available from: [Rayyan—a web and mobile app for systematicreviews | SystematicReviews | FullText \(biomedcentral.com\)](https://doi.org/10.1186/s12913-016-1058-8).
18. Bardin, L. Análise de conteúdo. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, translator. São Paulo: Edições 70; 2011.
19. Bardin, L. Análise de conteúdo. 3rd reimp. da 1st ed. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, translator. São Paulo: Edições 70; 2016.
20. Dodou, H. D. *et al.* Educational practices of nursing in the puerperium: social representations of puerperal mothers. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet]. 2017;70(6):1250-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0136>.
21. Pereira, M. C.; Gradim, C. V. C. Consulta puerperal: a visão do enfermeiro e da puérpera. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 35-42, 2014. Available from: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v13i1.19572>.
22. Acevedo-Hernández, B. A. *et al.* Proceso educativo de enfermería para promover el autocuidado de la mujer durante el puerperio. **Revista Enfermería Instiyuto Mexicano del Seguro Social.**, v. 24, n. 3, p. 197-204, 2016. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1031302>.
23. Costa, N. S. *et al.* Prática do autocuidado e demandas por cuidados de enfermagem pelas puérperas. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 2, n. 01, p. 75-88, 1 dez. 2013. Available from: <https://doi.org/10.18554/2317-1154v2n1p75>.
24. Quirino, A. F. A. *et al.* Práticas de autocuidado no primeiro ano pós-parto/ Self-care practices in the first year postpartum. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 436, 1 jul. 2016. Available from: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v15i3.31787>.
25. Silva, L. A. *et al.* Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 48-56, mar. 2009. Available from: <https://doi.org/10.1590/s0104-07072009000100006>.
26. Lima, G. K. S. *et al.* Autocuidado de adolescentes no período puerperal: aplicação da Teoria de Orem. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Pernambuco**, v. 11, n. 10, 25 de out. 2017. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33215>.
27. Correia, T. I. G.; Pereira, M. L. L. Os cuidados de enfermagem e a satisfação dos consumidores no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 1, 31 mar. 2015. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v17i1.28695>.

O ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Data de aceite: 01/02/2024

Bruna Barreto de Souza

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

Kátia Chagas Marques Díaz

Docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

habilidades para atuar diante de um parto humanizado. A assistência da Enfermagem deve proporcionar melhores condições para a gestante, acolhendo-a com apoio físico, psicólogo e moral.

PALAVRAS-CHAVE: Violência; Obstetrícia; Enfermagem; Parto; Humanizado, Parto obstetra; VO Enfermagem

RESUMO: Este estudo objetivou compreender a assistência da enfermagem na prevenção a violência obstétrica, através de uma busca literária de artigos existentes. Objetivo principal é discutir a partir da análise dos artigos selecionados a violência obstétrica e as formas de violência e atuação do enfermeiro frente a violência obstétrica. Foi utilizado como método de coleta de dados a pesquisa bibliográfica qualitativa, a busca dos artigos foi retirada das seguintes bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO); Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Google acadêmico. A partir da análise de dados pode-se observar que o enfermeiro é o profissional que tem autonomia, conhecimentos e

NURSING IN PREVENTING OBSTETRIC VIOLENCE

ABSTRACT: This study aimed to understand nursing assistance in preventing obstetric violence, through a literary search of existing articles. The main objective is to discuss, based on the analysis of the selected articles, obstetric violence and the forms of violence and nurses' actions in the face of obstetric violence. Qualitative bibliographic research was used as a data collection method. The search for articles was taken from the following databases: Scientific Electronic Library Online (SCIELO); Latin American Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS); Nursing Database (BDENF), Google Scholar. From the data analysis, it can be observed that the nurse is the professional who has the autonomy, knowledge and skills to act in a humanized

birth. Nursing care must provide better conditions for pregnant women, welcoming them with physical, psychological and moral support.

KEYWORDS: Violence; Obstetrics; Nursing; Childbirth; Humanized, Obstetric birth; VO Nursing

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é uma violação aos direitos das mulheres durante a gravidez, parto ou pós parto e em casos de abortamento e afeta diversos setores da sociedade. É exercida por profissionais que atuam na assistência a mulher de forma desumanizada e envolve maus tratos físicos, psíquicos, verbais e ocasiona perda da autonomia e capacidade de decidir sobre o seu corpo e afeta negativamente a qualidade de vida das mulheres.

A violência obstétrica tem se tornado uma rotina na vivência das mulheres brasileiras, onde impera o desrespeito, humilhações, discriminação de ordem étnica, econômica e social. Dessa forma, essa violência deve ser enfrentada por parte das instituições e profissionais de saúde, com o objetivo de garantir os direitos das mulheres, como os sexuais, reprodutivos e humanos (Vieira, 2016).

Muitas formas de violência são apontadas a mulher na condição de gestante e dentre elas apontam que uma em cada quatro mulheres no Brasil sofreu algum tipo de violência obstétrica durante a assistência ao parto e, das que abortaram, metade também tinha relato semelhante. Dentre as formas de violência obstétrica, 10% sofreram toque vaginal de forma dolorosa; 10% tiveram negação de métodos de alívio à dor; 9% receberam gritos; 9% xingamentos ou humilhação; 7% não tiveram informações sobre os procedimentos realizados; 23% sofreram violência verbal com frases preconceituosas (Modena, 2018).

Muitas gestantes ainda desconhecem o termo de violência obstétrica e somente quando passam pela situação de violência começam a ter entendimento sobre o termo. Procedimentos invasivos que são realizados sem o consentimento, afeta negativamente a qualidade de vida das mulheres, e leva a traumas, medo de outro parto, depressão, entre outras consequências.

Nesse sentido, faz-se importante ter cautela e esclarecer que a relação entre os profissionais de saúde e a parturiente deve ser baseada no cuidado e na segurança, visando uma adequada realização de práticas humanizadas. É necessário que o profissional se coloque no lugar do outro, ouvindo as necessidades da mulher e conhecendo suas demandas no serviço de saúde (Silva, 2020).

Diante do exposto, destaca-se que a violência obstétrica deve ser suprimida pela equipe de saúde e principalmente pelo enfermeiro que atua diretamente no cuidado a assistência a mulher, conforme preconizado pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de 25 de junho de 1986 que estabelece a atuação do enfermeiro a gestante, ao trabalho de parto, parto e puerpério.

A pesquisa justifica-se devido a necessidade de entender de que forma a Enfermeiro pode prevenir a violência obstétrica e prestar uma assistência humanizada e qualificada a gestante durante o trabalho de parto, parto. A pesquisa servirá como fonte para outros pesquisadores, discentes buscarem conhecimento e utilizar na vida profissional e acadêmica.

Desta forma, visando assegurar a manutenção de uma assistência a gestante e redução de prejuízos a saúde materno-infantil, temos como questionamento. Qual a atuação do enfermeiro frente a violência obstétrica? E como objetivo geral da pesquisa foi identificar a atuação do enfermeiro frente a violência obstétrica. E como objetivos específicos conceituar o termo violência obstétrica e as formas de violência, e caracterizar a atuação do enfermeiro frente a violência obstétrica.

Assim, trata-se de uma revisão de literatura acerca da atuação do enfermeiro frente a violência obstétrica. A pesquisa é importante porque o Enfermeiro presta assistência direta a gestante e tem um papel importantíssimo para o aprimoramento da qualidade na assistência para as gestantes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, de caráter descritivo a qual discorre de uma ferramenta de pesquisa capaz de promover a síntese do conhecimentos e a aplicação de resultados de estudos relevantes. Nesse sentido a revisão da literatura é a reunião, a junção de ideias de diferentes autores sobre determinado tema, conseguidas através de leituras, de pesquisas realizadas pelo pesquisador. A revisão da literatura é, neste sentido, a documentação feita pelo pesquisador sobre o trabalho, a pesquisa que está se propondo a fazer (Brizola, 2017).

O método de análise da pesquisa decorreu nas seguintes etapas: identificação do tema; sondagem da questão de pesquisa; escolha dos critério de inclusão e exclusão dos artigos e síntese das informações dos artigos.

Foi realizada a busca dos artigos nas seguintes bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SCIELO); Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Google acadêmico. Utilizados quatro Descritores em Ciências da Saúde (Decs): “violência obstétrica”, “atuação do enfermeiro”, “causas da violência obstétrica”, “prevenção violência obstetra”, no período de 2016 a 2023. A análise final foi constituída por 22 artigos, tendo critérios de exclusão: que fugiram do tema e em outro idioma. Como critérios de inclusão na pesquisa foram 9 artigos por estar proximidade com o tema escolhido no idioma Português.

REFERENCIAL TEÓRICO

Nº	TÍTULO	AUTOR-ANO	OBJETIVO	RESULTADOS
01	Violência Obstétrica. Práticas no Processo do Parto e Nascimento: Uma revisão integrativa.	Vieira, Raquel Santana (2016)	Analisar as práticas no processo parturitivo consideradas como violência obstétrica dentro de uma perspectiva de direito das mulheres na literatura científica.	Os estudos mostram a necessidade de uma conceituação da temática, ao direito da mulher, com mecanismos legislativos que contribuam para o enfrentamento da violência obstétrica; sendo necessária uma ampliação de discussões a respeito da temática, uma conceituação clara da definição da terminologia, e Leis para o enfrentamento da temática.
02	Desrespeito e Abuso, maus-tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil.	Leite TH (2020)	Discutir e refletir sobre como questões relacionadas à definição e terminologia, mensuração e políticas públicas no Brasil têm dificultado a pesquisa sobre esse tema e a mitigação desses atos.	Desenvolvimento de um instrumento com boas propriedades psicométricas para avaliar situações de desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica durante a gravidez, o parto, o puerpério e em situações de abortamento se fazem necessários.
03	Violência Obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde.	Paula E. (2020)	Compreender a percepção dos gestores das maternidades.	Ficou evidente a necessidade de romper com a violência obstétrica que está em nível estrutural/ institucional a fim de garantir um cuidado de qualidade à mulher.
04	Vivência sobre violência obstétrica: Boas práticas de Enfermagem na assistência ao parto.	Bruno Barreto (2022)	Compreender o papel dos Enfermeiros na prevenção da violência obstétrica no Parto.	Reforça a necessidade de se criar um elo sólido entre os profissionais de saúde e as parturientes, bem como levanta a importância da educação em saúde e educação permanente para boas práticas assistenciais.
05	Violência obstétrica para os profissionais que assistem o parto.	Bitencourt (2021)	Percepção de violência obstétrica para os profissionais que atuam na assistência ao trabalho de parto e parto.	Percebe-se a necessidade de investir em estratégias para inibir a violência obstétrica e humanizar a assistência por meio de capacitação dos profissionais e orientação das mulheres sobre os seus direitos.
06	Ampliando vozes sobre violência obstétrica: recomendações de advocacy para enfermeira(o) obstetra	Zanchetta MS (2021)	Melhorar a qualidade da assistência obstétrica	O enfrentamento da violência obstétrica dar-se-ia por apoio familiar. Para a práxis renovada sugeriu-se a educação coletiva sobre direitos aos cuidados obstétricos (53,1%) e o atendimento humanizado (38,2%) mobilizando o poder profissional para consolidar a humanização.

07	A violência obstétrica na percepção da múltiparas	Ribeiro DO (2020)	Conhecer a percepção das múltiparas acerca das suas experiências com a violência obstétrica	Violência Obstétrica quando primíparas, onde as mulheres sofriam violência verbal para colaborarem com o período expulsivo do parto; Violência Obstétrica quando múltiparas, onde foi observada violência verbal e física, pautadas pelo grande número de filhos que possuíam.
08	Conhecimento de enfermeiros da atenção primária acerca da violência obstétrica	Isidoro (2020)	Investigar o conhecimento de enfermeiros da atenção primária à saúde acerca da violência obstétrica.	Identificou-se ainda que existe despreparo dos profissionais sobre o assunto para que haja uma boa fonte de informações para as gestantes durante o acompanhamento pré-natal.
09	Produção de conhecimento sobre violência obstétrica: o lado invisível do parto	Silva, M.R.B (2020)	Conhecer a produção científica sobre violência obstétrica	Evidenciou-se como fator predominante a formação dos profissionais de saúde e a negligência como parte estruturante no desenho atual da assistência.

Quadro 1: Apresentação da síntese dos artigos incluídos na Revisão: Título do estudo, autores, ano, objetivo, resultados.

DISCUSSÃO

A partir da análise dos artigos selecionados, emergiram duas categorias temáticas: violência obstétrica e as formas de violência e atuação do enfermeiro frente a violência obstétrica.

Violência obstétrica e as formas de violência

O termo violência obstétrica tem sido utilizado desde o reconhecimento dessa violação à mulher, sendo definido como uma apropriação do corpo feminino e sua autonomia reprodutiva, durante o processo do pré-parto, parto e pós-parto, por profissionais de saúde, expondo as mulheres a comportamentos desumanizados, que usam de procedimentos dolorosos ou embaraçosos, bem como drogas desnecessárias, substituindo o processo natural do nascimento em patológico e usando atitudes abusivas em relação ao estado psicológico das mulheres (Souza, 2021).

A violência obstétrica é recorrente na assistência hospitalar e expressa desigualdades e opressões nas relações de gênero e entre profissionais e usuárias dos serviços de saúde. O enfrentamento da violência obstétrica demanda atribuir maior visibilidade a esta problemática, incluindo-a nos processos de formação e nos espaços de trabalho destes profissionais, bem como entre as mulheres, na busca de propiciar a identificação e o enfrentamento desta forma de violência. Deste modo, ressalta-se a importância de dar visibilidade à violência obstétrica praticada nas maternidades, visando construir estratégias ao seu enfrentamento. (Nascimento, 2022).

A violência obstétrica institucional na área da saúde para as mulheres emerge também por meio de serviços oferecidos em condições inadequadas, podendo implicar em danos físicos e psicológicos à mulher, assim como trazer sérias repercussões para a sua saúde sexual e reprodutiva (Silva, 2016).

O corpo torna-se alvo do poder nas instituições de saúde. Descobriu-se que, por meio de intervenções, é possível acelerar o trabalho de parto, por meio de técnicas invasivas como o toque vaginal. O corpo pode ser medido, investigado em cada detalhe, e submetido a várias formas de manipulação, para se tornar ao mesmo tempo tão útil, tão dócil, quanto assujeitado (Oliveira, 2017).

Dentre as expressões da violência obstétrica identificadas, podemos citar: violência física, negligência e frieza, privação de alimentos, negação de ter um acompanhante em todas as etapas do pré-parto, parto e pós-parto, realização de exames de toques repetitivos e dolorosos, violação do direito ao sigilo e confidencialidade, negação do direito à informação, realização da manobra de Kristeller e da episiotomia, violência psicológica por meio de jargões discriminatórios e humilhantes, entre outros. (Medeiros, 2022).

Ressalta-se que a relação das mulheres com o ato de parir, devido à desinformação, costuma ser um grande problema, por isso, devem-se proporcionar informações para as gestantes durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério, baseadas em evidências científicas atualizadas, para a decisão da gestante quanto à forma do nascimento, respeitando sua autonomia (Oliveira, 2020).

A violência obstétrica acontece em um momento de vulnerabilidade da mulher, uma vez que a gestante é vítima de tal violência e não tem conhecimento da mesma, pois associa a violência obstétrica a uma agressão como qualquer outra e entende que os profissionais estão desempenhando seu papel da forma correta, sendo assim, existem poucas denúncias em relação a este tipo de violência (Rodrigues PB, 2017).

A atuação do enfermeiro frente a violência obstétrica

A partir do século XVIII, o parto, que outrora era um evento adstrito às mulheres auxiliadas por parteiras, passou a ser realizado por médicos na Inglaterra. A concepção tecnicista alterou o modelo de assistência ao parto. Mulheres e filhos foram separados, e a mulher passou a se adequar a parir em função da conveniência médica. Dessa forma, tal incursão histórica desencadeou outros vários procedimentos para corrigir o corpo da mulher, tratado como incapaz de parir autonomamente (Oliveira, 2017).

Toda essa revolução diante do parto mudou drasticamente após a entrada da figura do médico no cenário do parto, consistindo em iniciar o processo de forma patológico, induzindo por métodos e procedimentos que sejam práticos mas ao mesmo tempo invasivos para o corpo da mulher e que na maioria das vezes pode levar problemas ao nascimento do bebê. Antes o parto era realizado no meio familiar sendo realizado por parteiras. Essa

inserção de tecnologias trouxe alguns benefícios, porém contribui para a desumanização do parto e abre caminhos para a violência obstétrica.

A assistência que promove a compreensão da fisiologia da mulher e que, o estado psicológico e emocional, interferem diretamente durante o trabalho de parto. Acrescenta-se também o respeito às atitudes de cada parturiente e o uso das práticas baseadas em evidências pois, possuem relação direta com a segurança e com os resultados positivos para o binômio. Esse tipo de assistência tem mostrado maior satisfação da mulher e de seus familiares (Octavio, 2020).

A capacitação dos profissionais de saúde constitui um dos eixos norteadores da Política de Humanização, descritos na atual Política Nacional de Educação Permanente aprovada no ano de 2003, como proposta para mudança da realidade institucional. A falta de qualificação profissional em atuar nas demandas de cuidado obstétrico pode contribuir para a promoção e sustentação da violência obstétrica. Assim sendo, torna-se primordial o aprimoramento profissional como forma de enfrentamento da violência obstétrica (Alves VH, 2020).

Dessa forma, o enfermeiro acompanha a gestante na consulta de pré-natal até a maternidade, é justamente no período do pré-natal onde as gestantes devem ser acolhidas e esclarecidas todas as suas dúvidas e respeitando os seus direitos e desejos. Há uma lacuna muito grande porque a maioria das gestantes falham nas consultas de pré-natal o que acaba dificultando os esclarecimentos necessários sobre a gestação e aquelas que cumprem rigorosamente as consultas, ainda tem dúvidas como será a gestação e o parto.

Os estudos mostram que, quanto mais jovem a mulher e sem instrução escolar, maior o risco de não reconhecer atos que surgiram a violência obstétrica. Em contrapartida, estes revelaram que mulheres com maior acesso a informações e escolaridade podem diminuir o índice de violência, pois estas procuram informações científicas que comprovem o benefício da conduta tomada pelos profissionais de saúde (M.R.B, 2020).

Por outro lado, as mulheres não conseguem distinguir se sofreram ou não atos violentos, porque confiam nos profissionais que conduzem a assistência e também, pela própria condição de fragilidade física e emocional que os processos obstétricos acarretam. Essa passividade permite a imposição autoritária de normas e valores morais depreciativos por profissionais de saúde que, mais uma vez, julgam saber o que é melhor para as pacientes, colocando-as em uma situação de impotência (Ribeiro DO, 2020).

A ausência de instrumentos válidos e acurados para a mensuração desse problema acarreta impossibilidade de estimar com precisão a prevalência do evento de interesse, falta de comparabilidade entre os estudos existentes em diferentes contextos e populações, dificuldade de monitoramento das estimativas ao longo do tempo e obstáculo a estudos enfocando fatores de risco e consequências desses eventos na saúde da mulher e do recém-nascido (Conceição, 2020).

Há uma necessidade de qualificação em gestão da saúde como processo de enfrentamento à violência obstétrica. Gestores das maternidades necessitam implementar a cogestão como proposto pela Rede Cegonha, incluindo profissionais de saúde, gestores e usuárias nas discussões de implementação das normas, rotinas e das missões das maternidades, favorecendo uma oferta de atenção à saúde reprodutiva qualificada e segura (Paula E, 2020).

O profissional de saúde deve resguardar o respeito à mulher no campo do parto e nascimento como os direitos a um cuidado de qualidade que atenda às suas necessidades e a sua compreensão como pessoa humana, englobando os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais (Araújo RCB, 2020).

O papel da enfermagem na obstetrícia vem diminuindo a incidência de procedimentos desnecessários durante o trabalho de parto e conseqüentemente os casos de violência, pois além de tranquilizar as parturientes, o enfermeiro também atua em todos os momentos do parto, buscando sobretudo, resguardar a saúde do binômio mãe-filho e o bem estar destes, seja pela execução de técnicas seguras e/ou pelo fornecimento de orientações efetivas (Barreto, 2022).

Acredita-se que a enfermagem trabalha com o cuidado e respeita os processos fisiológicos e naturais da parturiente, contribuindo assim para redução de práticas desrespeitosas e maldosas para a mulher.

Considerando as ações da enfermagem é basicamente saber ouvir a gestante, evitar procedimentos invasivos, aderir o tratamento humanizado, respeitando a mulher independente da sua raça, classe social, enfim. A falta de comunicação e falta de empatia entre a paciente e o profissional dificulta, faz com que haja um distanciamento do vínculo entre o profissional e a gestante.

Nessa categoria os participantes assinalaram que os problemas institucionais contribuem para a existência da violência obstétrica, destacando a falta de ambiente e recursos adequados, além da superlotação e presença de poucos profissionais. Os profissionais salientaram que para garantir a qualidade de atenção à mulher, a maternidade deve ter estrutura física adequada e recursos humanos suficientes e capacitados (Bitencourt, 2021).

A educação em saúde se torna instrumento que permite às gestantes a exposição de suas possíveis dúvidas e questionamentos visando à diminuição das incertezas por meio de orientações em saúde, possibilitando ainda a construção da autonomia na gravidez e contribuindo para a promoção do seu empoderamento (Saraiva, 2020).

O enfermeiro é o profissional com maior vínculo nesse momento, a enfermagem obstétrica é a mais capacitada para desenvolver uma assistência segura e acolhedora. Como a promoção de saúde, como a promoção de um ambiente seguro, excluindo todos os procedimentos invasivos e desconfortável, desnecessários, comunicação com a paciente a fim de proporcionar conhecimentos sobre seus direitos na maternidade e reprodução, bem

como informar e sanar dúvidas a respeito do trabalho de parto e aleitamento, encoraja-la durante os momentos de dor. Juntando tudo isso a um tratamento humanizado e responsável respeitando as emoções da gestante (Battisti, 2021).

CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados nesta pesquisa, concluímos que a violência obstétrica é um verdadeiro problema social que afeta milhares de famílias. As gestantes são as vítimas, na maioria das vezes elas se submetem certos tipos de situações como por exemplo: o desrespeito, o abuso e a negligência sem ter o conhecimento prévio sobre, e só depois de ter sofrido a violência, um exemplo muito comum é quando relatam o que passaram durante o parto com outras pessoas próximas, aí sim, passam a ter entendimento pela violência que passou, procuram a entender sobre seus direitos.

Conseqüentemente, observamos que a gestante durante o pré-natal deveria ser instruída sobre a escolha do parto, a visita na maternidade, sua autonomia para a escolha da melhor posição, a condução do parto no hospital, na sua casa, ou no lugar que tivesse conforto e segurança para ela e para o bebê.

O enfermeiro tem autonomia o suficiente para dar uma assistência adequada as gestantes, orientando essas gestante, dando forças, incentivando cada mulher que tudo que elas mais buscam no momento é o acolhimento.

Portanto, as boas práticas de Enfermagem favorecem para a humanização do trabalho de parto, instruindo as mulheres sobre os seus direitos para saberem conduzir e assim poder identificar e os procedimentos realizados pelos profissionais e portar-se diante deles.

REFERÊNCIAS

BATTISTI, Gessica Paula. Atuação da enfermagem frente a violência obstétrica. Youtube. 2021. 4min40s. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=BZfd34tQBts&t=69s>

Bitencourt AC et al. **Violência obstétrica para os profissionais que assistem ao parto**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, 22 (4):953-961 out-dez., 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202200040012>

BRIZOLA, J., & FANTIN, N. (2017). **Revisão da literatura e Revisão sistemática da literatura**. *Revista De Educação Do Vale Do Arinos - RELVA*, 3(2). <https://doi.org/10.30681/relva.v3i2.1738>

Cunha, A.L.; Henriques, R.B.L.; Silva, T.R.D.; Silva, M.R.B.; Tertulliano, K.; Silva, H.C.D.A.; **Produção de conhecimento sobre violência obstétrica: O lado invisível do parto**. Revista Nursing, 2020. DOI: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/474/449>

Estumano VKC, Melo LGS, Rodrigues PB, Coelho ACR. **Violência obstétrica no brasil: casos cada vez mais frequentes**. São Paulo: Revista Recien. 2017; 7(19):83-91

Isidoro da Silva, M.; Aguiar, R.S.; Conhecimento de enfermeiros da atenção primária acerca da violência obstétrica. *Revista Nursing*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i271p5013-5024>

Jardim DMB, Modena CM. **A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>.

Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal MDC. Desrespeito e abuso, maus-tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35137805/>

Medeiros RCS, Nascimento EGC. Na hora de fazer não chorou: a violência obstétrica e suas expressões. 2022. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, 30(3): e71008 DOI: 10.1590/1806-9584-2022v30n371008 1

Nascimento, David Ederson Moreira do; Barbosa, Jessiane Caetano; Isaías, Bruno Barreto; Nascimento, Renato Bruno Holanda; Fernandes, Emmanuel Martins; Luna Neto, Raimundo Tavares de. **Vivências sobre violência obstétrica: Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto /Nursing (Ed. bras., Impr.) ; 25(291): 8242-8253, ago.2022.**Artigo em Inglês, Português | LILACS, BDEFN – Enfermagem. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1391859>

Oliveira Mde, Elias EA, Oliveira SR de. Mulher e parto: **Significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem**. *Rev enferm UFPE on line*. 2020;14:e243996DOI:<https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243996>

Oliveira VJ, Penna CMM. **O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde**. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>

Oliveira, LGSMO. **Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes**. 2017. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/11826/1/21312131.pdf>

Paula E, Alves VH, Rodrigues DP, Felício FC, Araújo RCB, Chamilco RASI, Almeida VLM. **Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde**. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2020 [acesso ANO MÊS DIA]; 29:e20190248. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0248>

Ribeiro DO, Gomes GC, Oliveira AMN, Alvarez SQ, Gonçalves BG, Acosta DF. **A violência obstétrica na percepção das multiparas**. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190419. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190419>

Silva TM, Sousa KH, Oliveira AD, Amorim FC, Almeida CA. **Violência obstétrica: a abordagem da temática na formação de enfermeiros obstétricos**. *Acta Paul Enferm*. 2020;33:eAPE20190146. DOI <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2020AO01466>

SILVA, Lúcia Cecília. **Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura**. *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*, 25(3):115-128, set./dez., 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/859888/3641-12621-2-pb.pdf>

Sousa, M.P.V.; Santos, L.S.A.; Caldas, G.R.F.; Batista, F.A.M.; Lopes da Silva, C.R.; **Violência obstétrica: fatores desencadeantes e medidas preventivas de enfermagem**. *Revista Nursing*, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i279p6015-6024>

VIEIRA, Raquel Santana. **Violência obstétrica práticas no processo do parto e nascimento: uma revisão integrativa** / Raquel Santana Vieira. – Niterói: [s.n.], 2016. 69 f. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/2569/Raquel%20Santana%20Vieira.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Zanchetta MS, Santos WS, Souza KV, Pina VR, Hwu H, Stahl H, Argumedo-Stenner H, Osei-Boateng J, Zimmerman R, Pena ÉD, Cabral IE, Carvalho ALO, Pereira AV, Vieira BDG, Alves VH, Felipe ICV, Guruge S, Amant OS, Costa E, Escobar HPV. **Ampliando vozes sobre violência obstétrica: recomendações de advocacy para enfermeira(o) obstetra**. Esc Anna Nery 2021; DOI: DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0449>

CAPÍTULO 4

REFLEXÃO TEÓRICA SOBRE A MÚSICA DE ODAIR JOSÉ E O DIREITO REPRODUTIVO FEMININO

Data de submissão 11/01/2024

Data de aceite: 01/02/2024

Larissa Thaís de Melo Filizola

Centro Universitário Santa Maria
Cajazeiras - PB
<http://lattes.cnpq.br/8715466666125197>

Leonardo Renan de Melo Filizola

Hospital Estadual Leonardo da Vinci
Fortaleza - CE
<http://lattes.cnpq.br/0301505002761578>

Karen Maria Ferreira Tavares

Centro Universitário Santa Maria
Cajazeiras - PB
<http://lattes.cnpq.br/4151598511250348>

Pandora Eloa Oliveira Fonseca

Universidade Federal de Campina Grande
Cajazeiras - PB
<http://lattes.cnpq.br/2499180932893346>

**Bruna Karoline de Freitas Silva
Alexandre**

Faculdade de Medicina Estácio de
Juazeiro do Norte
Cajazeiras - PB
<http://lattes.cnpq.br/7318551812607949>

Luciano Augusto Maia Rezende Filho

Centro Universitário Santa Maria
Limoeiro do Norte - CE
<https://lattes.cnpq.br/3030880474113602>

Victoria Gabriele Vieira Machado

Centro Universitário Santa Maria
Limoeiro do Norte - CE
<http://lattes.cnpq.br/2668432413154124>

Sayra Vitoriano Maciel Braga

Centro Universitário Santa Maria
Cajazeiras - PB
<http://lattes.cnpq.br/1521666649900542>

Matheus Mendes Dias

Centro Universitário Santa Maria
Cajazeiras - PB
<http://lattes.cnpq.br/6680931415720790>

Francisco Ramon Rodrigues de Sousa

Centro Universitário Santa Maria
Sousa - PB
<http://lattes.cnpq.br/9626980397057212>

Pablo Flaviano Carolino de Aquino

Centro Universitário Santa Maria
Cajazeiras - PB
<https://orcid.org/0000-0001-6542-2499>

RESUMO: **Introdução:** As pílulas contraceptivas, comercializadas desde a década de 1960, são utilizadas para contracepção, doenças ginecológicas e terapias hormonais. Ainda assim, grande parte da população ainda não conhece

as diversas funções desses medicamentos, idealizando que o uso seja apenas para impedimento gestacional. Além disso, muitos companheiros anseiam controlar o desejo das esposas em gestar, criticando a utilização de contraceptivos e promovendo uma pressão psicológica para a interrupção do método. **Objetivo:** Apresentar evidências da pressão exercida sobre a mulher para gestar, a partir de uma análise crítica da música de Odair José. **Metodologia:** Reflexão teórica acerca da música “Pare de tomar a pílula”, de Odair José, relacionando-a ao direito reprodutivo feminino. **Resultados e discussão:** A canção “Pare de tomar a pílula”, composta por Odair José em 1973, ilustra um controle masculino acerca da fertilidade feminina, trazendo debates sobre o controle da reprodução feminina, até hoje difundido em diversas famílias e crenças. Embora o desejo do cônjuge seja, explicitamente na letra da música, ter um filho para fazer companhia ao casal, o contexto enseja a falta de liberdade feminina com o próprio corpo. Sem ter ciência do motivo pelo qual a mulher está tomando o contraceptivo (condições ginecológicas ou obstétricas), o sujeito da canção exige que a mulher interrompa seu tratamento para satisfazer o desejo do companheiro de procriar. **Conclusão:** Atualmente, a mulher tem direito sobre o próprio corpo, podendo decidir sobre o que fazer e o que utilizar, baseada em suas vontades, medos e percepções. No entanto, ainda existem muitos casos de controle psicológico do companheiro, e até mesmo da sociedade, acerca dessa temática, sendo necessário discutir mais sobre o assunto nos meios digitais, de saúde e em comunidade, a fim de que a mulher se sinta mais acolhida e apoiada, cientificamente e socialmente, em qualquer decisão que decidir tomar.

PALAVRAS-CHAVE: Música; Reflexão; Reprodução feminina.

THEORETICAL REFLECTION ON ODAIR JOSÉ'S MUSIC AND FEMALE REPRODUCTIVE RIGHT

ABSTRACT: Introduction: Contraceptive pills, marketed since the 1960s, are used for contraception, gynecological diseases and hormonal therapies. Even so, a large part of the population still does not know the different functions of these medications, idealizing that their use is only to prevent pregnancy. Furthermore, many partners want to control their wives' desire to become pregnant, criticizing the use of contraceptives and promoting psychological pressure to interrupt the method. **Objective:** To present evidence of the pressure exerted on women to get pregnant, based on a critical analysis of the song by Odair José. **Methodology:** Theoretical reflection on the song “Stop taking the pill”, by Odair José, relating it to reproductive rights feminine. **Results and discussion:** The song “Stop taking the pill”, composed by Odair José in 1973, illustrates male control over female fertility, bringing debates about the control of female reproduction, still widespread in different families and beliefs. Although the spouse's desire is, explicitly in the song's lyrics, to have a child to keep the couple company, the context gives rise to a lack of female freedom with their own bodies. Without being aware of the reason why the woman is taking the contraceptive (gynecological or obstetric conditions), the subject of the song demands that the woman interrupt her treatment to satisfy her partner's desire to procreate. **Conclusion:** Currently, women have the right to their own bodies, being able to decide what to do and what to use, based on their desires, fears and perceptions. However, there are still many cases of psychological control by the partner, and even by society, regarding this issue, and it is necessary to discuss the subject more in digital, health and community media, so that women feel more welcomed. and supported, scientifically and socially, in any decision you decide to make.

KEYWORDS: Music; Reflection; Female reproduction.

INTRODUÇÃO

As pílulas contraceptivas, comercializadas desde a década de 1960, são utilizadas para contracepção, doenças ginecológicas e terapias hormonais. Ainda assim, grande parte da população ainda não conhece as diversas funções desses medicamentos, idealizando que o uso seja apenas para impedimento gestacional. Além disso, muitos companheiros anseiam controlar o desejo das esposas em gestar, criticando a utilização de contraceptivos e promovendo uma pressão psicológica para a interrupção do método.

OBJETIVO

Apresentar evidências da pressão exercida sobre a mulher para gestar, a partir de uma análise crítica da música de Odair José.

METODOLOGIA

Reflexão teórica acerca da música “Pare de tomar a pílula”, de Odair José, relacionando-a ao direito reprodutivo feminino.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A canção “Pare de tomar a pílula”, composta por Odair José em 1973, ilustra um controle masculino acerca da fertilidade feminina, trazendo debates sobre o controle da reprodução feminina, até hoje difundido em diversas famílias e crenças. Embora o desejo do cônjuge seja, explicitamente na letra da música, ter um filho para fazer companhia ao casal, o contexto enseja a falta de liberdade feminina com o próprio corpo. Sem ter ciência do motivo pelo qual a mulher está tomando o contraceptivo (condições ginecológicas ou obstétricas), o sujeito da canção exige que a mulher interrompa seu tratamento para satisfazer o desejo do companheiro de procriar.

CONCLUSÃO

Atualmente, a mulher tem direito sobre o próprio corpo, podendo decidir sobre o que fazer e o que utilizar, baseada em suas vontades, medos e percepções. No entanto, ainda existem muitos casos de controle psicológico do companheiro, e até mesmo da sociedade, acerca dessa temática, sendo necessário discutir mais sobre o assunto nos meios digitais, de saúde e em comunidade, a fim de que a mulher se sinta mais acolhida e apoiada, cientificamente e socialmente, em qualquer decisão que decidir tomar.

REFERÊNCIAS

Costa, Itamara Silva Cortez.. “Meu corpo e suas regras’: análise sobre direito reprodutivo feminino.” (2020).

Coutinho, Raquel Zanatta. “Uma agenda inacabada: monitorando os avanços e desafios dos direitos reprodutivos.” (2016).

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO CUIDADO COM O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN)

Data de aceite: 01/02/2024

Vaniuza Alves de Oliveira

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como pré-requisito para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em UTI Neonatal pelo Centro de Estudo de Enfermagem e Nutrição.

Orientadora: Ana Carolina Dias Vila

RESUMO: Os avanços científicos, terapêuticos e tecnológicos, na área de neonatologia, são imprescindíveis à melhoria da qualidade de vida dos recém-nascidos prematuros, todavia, deve-se incorporar estes conhecimentos a favor do resgate da natureza humana. O objetivo desta pesquisa consiste em relatar a importância da atuação do enfermeiro frente ao cuidado com o recém-nascido pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e descrever medidas não-farmacológicas utilizadas na UTIN para alívio da dor e conforto do recém-nascido. Trata-se, portanto, de uma pesquisa de caráter qualitativo que tem por finalidade a construção de conhecimentos quanto

à temática em questão. Para a coleta de dados, foram consultados e selecionados os periódicos indexados no período de 2010 a 2016 no buscador Bireme, Lilacs e Scielo, além de livro pertinente ao tema abordado. De acordo com o levantamento de dados, constatou-se que os serviços de atendimento ao recém-nascido pré-termo devem ser organizados e bem estruturados, e a participação do enfermeiro é fundamental para a prática do cuidado. Acredita-se, portanto, que a atualização constante promove melhores práticas em saúde, tonando o enfermeiro capacitado para a assistência neonatal.

PALAVRAS-CHAVE: prematuridade; recém-nascido pré-termo; assistência de enfermagem.

ABSTRACT: The scientific, therapeutic and technological advances in the area of neonatology are essential to improve the quality of life of preterm newborns. However, this knowledge must be incorporated in favor of the rescue of human nature. The objective of this research is to report the importance of the nurses' performance in relation to the care of the preterm newborn in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) and to describe non-pharmacological measures used in the

NICU to relieve pain and comfort of the infant -born. It is, therefore, a qualitative research whose purpose is the construction of knowledge regarding the subject matter in question. For the collection of data, the indexed journals were consulted and selected in the period from 2010 to 2016 in the search engine Bireme, Lilacs and Scielo, as well as a book pertinent to the topic addressed. According to the data collection, it was verified that the care services to the preterm newborn should be organized and well structured, and the participation of the nurse is fundamental to the practice of care. It is believed, therefore, that constant updating promotes better health practices, making nurses qualified for neonatal care.

KEYWORDS: prematurity; Preterm newborn; Nursing care.

INTRODUÇÃO

A neonatologia ainda é considerada uma ciência nova que vem passando por contínuas transformações. Ela teve início com o obstetra francês Pierre Budin, que expandiu sua preocupação com os recém-nascidos além das salas de parto. No ano de 1892, Budin criou um ambulatório de puericultura no Hospital Charité, tornando-se responsável pelo desenvolvimento inicial da medicina neonatal (SOUSA *et al*, 2016).

De acordo com Otaviano, Soares, Duarte (2015), a assistência em terapia intensiva neonatal configura-se como uma das mais complexas do sistema de saúde, requerendo o uso inevitável de tecnologias avançadas e, principalmente, exigindo pessoal capacitado para o cuidado com o recém-nascido de alto risco. Ainda segundo os autores, devido aos avanços científicos e tecnológicos na área de Neonatologia, como a implantação da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), hoje é possível que recém-nascidos críticos recebam alta das unidades de cuidados neonatais em condições seguras e presumivelmente satisfatórias.

A unidade neonatal é o ambiente onde o recém-nascido grave é hospitalizado até que se estabilizem seus parâmetros, como: peso, frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura. É justamente neste ambiente que o neonato vivencia o desamparo, pois ele será privado de receber todo o cuidado que uma mãe dispensaria caso ele tivesse nascido saudável. Além disso, muitas vezes necessitará de procedimentos invasivos e dolorosos, que proporcionarão estresse e cansaço físico e mental (SILVA, ARAÚJO, TEIXEIRA, 2012).

Este lugar é repleto de barulho, mudanças de temperatura, iluminação forte, além de interrupção do ciclo de sono, uma vez que são necessárias constantes avaliações e procedimentos que causam dor e desconforto ao recém-nascido. Ademais, há outros agentes complicadores como: separação prolongada e precoce entre o recém-nascido, os pais e sua família; diminuição do índice de aleitamento materno; e maior exposição da criança a fatores de risco capazes de gerar complicações e sequelas graves (OTAVIANO, DUARTE, SOARES, 2015).

Embora conhecida a importância da UTIN para os neonatos doentes, e especial os prematuros, esta unidade deve zelar e proteger a saúde e bem-estar da criança em todos os seus aspectos. Contudo, trata-se de um ambiente nervoso, impessoal e até mesmo assustador para aqueles que não estão acostumados com sua rotina (SOUSA *et al*, 2016).

Pesquisas evidenciam que o ambiente da UTIN interfere na maturação e organização do sistema nervoso central do neonato, principalmente do recém-nascido prematuro. Iluminação forte, ruídos excessivos, manuseios frequentes e condutas terapêuticas geram mudanças significativas nas respostas fisiológicas e comportamentais da criança, como atraso no desenvolvimento físico, neurológico, sensitivo, emocional e cognitivo (CARDOSO *et al*, 2010).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), é classificado como prematura a criança que nasce com idade gestacional inferior a 37 semanas. Para Ricci (2015), em relação à idade gestacional, ela normalmente é medida em semanas: um recém-nascido com menos de 37 semanas completas é classificado como pré-termo, um recém-nascido com idade gestacional entre 38 a 41 semanas completas é considerado a termo, e o recém-nascido com mais de 42 semanas completas é classificado como pós-termo.

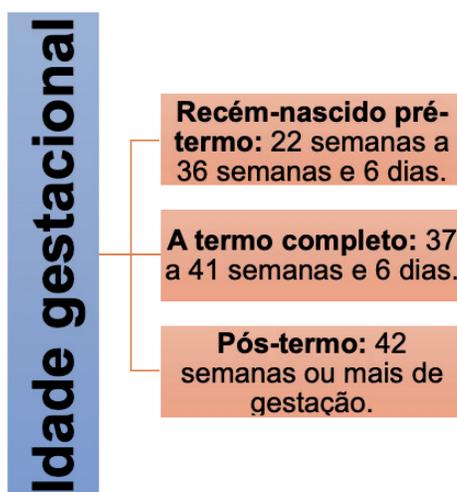


Figura 1. Classificação da idade gestacional.

Fonte: RICCI, 2015.

Tal qual Otaviano, Duarte, Soares (2015), o bebê prematuro, além de apresentar imaturidade morfológica e funcional, muitos deles possuem maior probabilidade de desenvolver alterações no seu desenvolvimento, devido também à imaturidade do sistema nervoso central.

Em virtude da imaturidade cerebral, o neonato pré-termo apresenta dificuldades de permanecer em estado de alerta, exibindo tônus predominantemente extensor, reflexos orais incompletos ou ausentes, além de inúmeros outros fatores que podem explicar as dificuldades de sucção e a incoordenação com deglutição e respiração, influenciando o ganho de peso e, por conseguinte, prolongando a alta hospitalar (SILVA, ARAÚJO, TEIXEIRA, 2012).

Silva, Araújo, Teixeira (2012) ratifica que o nascimento prematuro é uma agressão ao feto, pois ele ainda não se desenvolveu por completo e, por isso, apresenta imaturidade morfológica e funcional. De fato, isso está associado a elevado índice de morbimortalidade em menores de um ano de vida; para os autores, o neonato pré-termo é mais suscetível a afecções em sua saúde devido a indefesa que lhe é intrínseca e a imaturidade de diversos sistemas e órgãos que ainda estavam em processo de maturação quando suas mães os geraram.

De acordo com Otaviano, Duarte, Soares (2015), apesar da assistência ao recém-nascido em unidades neonatais ter passado por importantes transformações tecnológicas, ainda assim é possível constatar, diariamente, a tendência de um trabalho rotineiro e mecanicista, caracterizado pelo modelo biomédico de cuidar.

Levando-se em consideração o que foi dito, a equipe de enfermagem deve enxergar o recém-nascido não como um objeto, mas como um sujeito ativo e receptivo do cuidado, um ser humano com necessidades biológicas e também emocionais, independente da sua idade ao nascimento. Nesse sentido, é exigida a atuação de profissionais comprometidos e capacitados, que saibam conciliar conhecimentos teóricos, habilidade técnica, agilidade e sensibilidade para atender às necessidades físicas, biológicas e emocionais do neonato (OTAVIANO, DUARTE, SOARES, 2015).

Para que o recém-nascido prematuro seja atendido de forma humanizada, é necessário que a equipe de saúde trabalhe em conjunto e sincronizadamente, e, para isso, deve-se adotar alguns instrumentos básicos como a comunicação entre os profissionais, a valorização das suas opiniões e a implementação de ações que favoreçam o bom convívio entre eles (SOUSA *et al*, 2016).

Nesse processo de humanização, o enfermeiro desempenha papel crucial, principalmente ao promover a formação de laços afetivos e a interação entre o recém-nascido e seus pais, a fim de diminuir os efeitos negativos da hospitalização neonatal para ambos e aumentar o senso de responsabilização dos pais para com a recuperação de seu filho (SOUSA *et al*, 2016).

Silva, Araújo, Teixeira (2012) inferem que o enfermeiro pode fortalecer a formação desse vínculo utilizando alguns recursos como: facilitar o contato inicial dos pais com o recém-nascido, assim como não dificultar sua entrada na unidade; incentivar o toque e permitir que os pais participem dos cuidados com o neonato, sempre que possível; explicar sobre os dispositivos em uso e sobre o tratamento; tornar o ambiente da UTIN acolhedor; escutar com atenção o que os pais têm a dizer, fornecendo esclarecimentos para sanar dúvidas; e incentivar o Método Mãe Canguru.

Enfim, independente da área em que atue, o enfermeiro traz consigo uma série de responsabilidades no que tange à assistência ao paciente. Todavia, essa responsabilidade é intensificada se levarmos em consideração que na UTIN existem recém-nascidos suscetíveis a complicações severas e em risco iminente de morte.

Diante do exposto e acreditando-se que a assistência ao neonato deva se desenvolver de forma integralizada e humanizada, o estudo se propôs a relatar a importância da atuação do enfermeiro frente ao cuidado com o recém-nascido pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e descrever medidas não-farmacológicas utilizadas na UTIN para alívio da dor e conforto do recém-nascido.

Sob esse prisma, justificou-se a relevância do estudo do tema aventado, tendo em vista a possibilidade de apresentar e divulgar condutas que permitem a reflexão sobre o processo de cuidar, contribuindo para a sensibilização dos profissionais de saúde em adotar medidas humanizadas para prestar assistência ao recém-nascido internado em UTIN.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo. De acordo com Lakatos, Marconi (2007), a pesquisa bibliográfica ou mesmo chamada de fontes secundárias tem o objetivo de colocar o pesquisador e o que foi escrito em contato mútuo.

Gil (2008) relata que há trabalhos de pesquisa bibliográficas elaborados a partir de livros e artigos científicos, possibilitando ao pesquisador uma abrangência riquíssima na cobertura do fenômeno do que a pesquisa direta.

Para a coleta de dados utilizou-se livros e artigos de periódicos pertinentes ao tema abordado. Na busca pelos artigos relacionados ao tema, foram consultados e selecionados os periódicos indexados no período de 2010 a 2016 no buscador Bireme, Lilacs e Scielo, considerando os descritores “**prematividade**”, “**recém-nascido pré-termo**” e “**assistência de enfermagem**”. A partir desse processo de identificação, foi feita a leitura de resumos e incluídos artigos nacionais, disponibilizados na íntegra, que discutissem isoladamente os temas recém-nascidos prematuros e assistência de enfermagem, assim como abordagens associadas.

Em relação aos critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos artigos publicados em periódicos nacionais, em língua portuguesa, no período de 2010 a 2016, que abordavam o tema relacionado à pesquisa; foram excluídos, portanto, artigos publicados fora do período preestabelecido, em idioma estrangeiro e aqueles cujas abordagens não condiziam com o objetivo geral da pesquisa, ficando para a análise 15 artigos. Além disso, foi utilizado um livro cuja abordagem foi oportuna ao objetivo do estudo.

Revista/ Jornal/ Periódico	Título do artigo	Autor/ Ano	Objetivo	Método	Resultado	Conclusão
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.	Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo.	AMARAL <i>et al</i> , 2014.	Caracterizar a equipe de enfermagem e identificar as formas de avaliação e manejo da dor do recém-nascido (RN) prematuro.	Estudo exploratório-descritivo realizado na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário em um hospital Universitário em Uberaba-MG. Participaram do estudo 42 profissionais de enfermagem.	33 (78,6%) técnicos de enfermagem e 9 (21,4%) enfermeiros; 13 (31%) tinham entre 26 e 30 anos de idade e eram do sexo feminino. Todos os profissionais concordaram sobre a capacidade do RN de sentir dor. O choro, 42 (100%); face, 40 (95,2%); e frequência cardíaca, 39 (92,8%), foram os parâmetros de avaliação mais mencionados. As condutas citadas foram as não farmacológicas.	A equipe acredita na capacidade do RN de sentir dor, articulada aos indicadores fisiológicos com os comportamentais, porém há necessidade de capacitação sobre o tema.
Revista Rene.	Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem*.	AQUINO, CHRIS-TOFFEL, 2010.	Identificar os procedimentos considerados dolorosos pela equipe de enfermagem e verificar as medidas não-farmacológicas para alívio da dor e do desconforto empregadas pela equipe de enfermagem no cuidado neonatal	Estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa, cuja coleta de dados ocorreu na Unidade Neonatal de uma maternidade do Município do Rio de Janeiro, em 2008.	Das trinta e cinco profissionais de enfermagem entrevistadas que atuavam na assistência ao recém-nascido na Unidade Neonatal, pôde-se observar que 29 (82,9%) eram auxiliares de enfermagem e seis (17,1%) enfermeiras. Em relação às medidas não-farmacológicas utilizadas pelos profissionais de enfermagem, a maioria utilizava como principais medidas a contenção, a sucção não nutritiva, a glicose oral, o colo e o enrolamento.	Concluiu-se que existia uma preocupação por parte da equipe de enfermagem em adotar medidas que minimizassem a dor no recém-nascido durante a hospitalização.
Revista Rene.	Desafios e estratégias das enfermeiras da unidade de terapia intensiva neonatal.	CARDOSO, 2010.	Descrever os principais desafio e estratégias de enfermeiras que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).	Estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, realizado em Fortaleza-CE-Brasil. Foram entrevistadas 24 enfermeiras de três hospitais de referência, utilizando-se um formulário com perguntas abertas e fechadas, de maio a junho/2008.	Quanto às dificuldades enfrentadas na assistência, sobressaíram: falta de recursos materiais 15 (34,0%); material inadequado 8 (18,1%); pouca qualificação de profissionais técnicos 7 (15,9%); e superlotação/leitões 5 (11,3%). Sobre as estratégias, destacaram-se: respostas para os conhecimentos científicos e tecnológicos 12 (35,2%) e assistência humanizada 9 (26,4%).	Acredita-se que a atualização constante implica melhoria do cuidado e desempenho do profissional, otimizando sua prática. Conclui-se que é primordial um cuidador orientado, capacitado para a assistência neonatal.

Revista Paulista de Pediatria.	Fatores de risco para a mortalidade de recém-nascido de muito baixo peso em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	CARNEIRO <i>et al</i> , 2012.	Identificar os fatores associados à mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de referência no Norte de Minas Gerais, Brasil.	Estudo transversal baseado na análise de prontuários de uma amostra aleatória de recém-nascidos admitidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de janeiro de 2007 a junho de 2010.	Foram selecionados e analisados os dados referentes a 184 prontuários, que registraram 44 óbitos (23,9%). As variáveis que se mantiveram estatisticamente associadas ao óbito de recém-nascidos de muito baixo peso, após análise multivariada, foram: peso de nascimento abaixo de 1000g (OR 7,29; IC95% 3,19 - 16,63; $p < 0,001$), boletim de Apgar de 1º minuto menor do que sete (OR 3,57; IC95% 1,53 - 8,32; $p = 0,003$) e realização de menos de quatro consultas de pré-natal (OR 2,72; IC95% 1,19 - 6,23; $p = 0,018$).	Os resultados denotam falhas na assistência pré-natal e a necessidade de melhoria em relação aos cuidados perinatais ao binômio mãe e filho.
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.	Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito.	FONTE-NELE, PAGLIUCA, CARDOSO, 2012.	Analisar o conceito de cuidado com a pele do recém-nascido.	Desenvolveu-se um estudo documental. O referencial teórico-metodológico utilizado foi o Modelo de Análise de Conceito de Rodgers, tendo sido desenvolvidas as seguintes etapas: Identificar o conceito de interesse e expressões associadas; identificar e selecionar o campo de coleta de dados e identificar antecedentes, atributos e consequentes.	Identificaram-se os antecedentes: prematuridade, risco de infecção, monitorização, fatores ambientais, alterações fisiológicas, antissépticos, assistência intensiva, procedimentos invasivos, lesão, exame físico e baixo peso. Atributos: contínuo, individualizado, dinâmico, eficaz, criterioso, delicado, humanizado, seguro, integral, prioridade, imediato e padronizado. Consequentes: previne lesões, mantém a pele íntegra, melhora a condição da pele, o quadro clínico e a circulação, controla as perdas de água, previne infecção e proporciona conforto.	O conceito analisado revelou importante associação com a prematuridade e risco de infecção, relacionando-se com as características ao longo do tempo.
Revista Escola de Enfermagem da USP.	Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade.	KLOCK, ERDMANN, 2012.	Compreender o significado do ser e do fazer o cuidado para os enfermeiros em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) de um hospital geral do sul do Brasil.	Utilizou-se a Teoria Fundamentada nos Dados e o Paradigma da Complexidade na construção do Modelo Teórico: Cuidando do recém-nascido em UTIN: Convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. Participaram 11 sujeitos. Os dados foram coletados mediante entrevista aberta e organizados no software NVIVO.	Identificou-se a categoria central: Convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver: cuidado altamente complexo, sensível, singular e compartilhado.	É necessário exercitar as potencialidades já inatas dos profissionais de enfermagem e caminhar rumo ao encontro de novas, um convíte a novos modos de cuidar do neonato, sua família e os membros deste sistema complexo.

Revista Gaúcha de Enfermagem.	Prevenção e controle de infecção em unidade de terapia intensiva neonatal.	LORENZINI, COSTA, SILVA, 2013.	Identificar o conhecimento da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) sobre o controle de infecção, identificando os fatores que facilitam ou dificultam o controle e prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência a Saúde (IRAS).	Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado com três enfermeiras e 15 técnicas de enfermagem, que atuam em uma UTIN de uma instituição filantrópica, na região sul do Brasil.	Evidenciou-se que a equipe de enfermagem possui grande conhecimento sobre os fatores que facilitam a prevenção e controle das IRAS em UTIN, sendo o principal, a higienização das mãos. Entre os fatores que dificultam o controle e prevenção, estão a superlotação e a excessiva carga de trabalho.	A atuação eficiente e qualificada da equipe de enfermagem constituiu-se em estratégia de prevenção e controle das IRAS.
Revista Dor.	Avaliação e controle da dor por enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva neonatal.	MARTINS <i>et al</i> , 2013.	Identificar e analisar as concepções e o manuseio da dor por enfermeiras durante nove procedimentos invasivos de rotina em uma UTIN de um hospital universitário.	Realizou-se um estudo descritivo com a participação de nove enfermeiras, com um a nove anos de trabalho em UTIN, que responderam um questionário adaptado, contendo 13 questões abertas e fechadas sobre as concepções, avaliação e o manuseio da dor. As respostas passaram por análise estatística descritiva e de conteúdo.	As enfermeiras reconheceram a capacidade do RNPT de sentir dor e a importância do controle para amenizar os riscos no desenvolvimento infantil. A dor era avaliada, principalmente pelos indicadores comportamentais, como choro, mímica facial e atividade motora. Os procedimentos de rotina foram considerados como moderados a extremamente dolorosos, como a punção venosa/arterial e a drenagem torácica, mas, costumavam ser realizados sem medidas de alívio adequadas.	Apesar do reconhecimento de que o RNPT sente dor e que os procedimentos invasivos são dolorosos, as enfermeiras consideraram que as medidas de alívio de dor ainda não eram realizadas de maneira adequada. A capacitação na área de controle da dor é fundamental para que o profissional possa atuar como uma fonte de recursos protetores ao desenvolvimento infantil posterior.

Revista Brasileira de Enfermagem.	Enfermagem neonatal: o sentido existencial do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva.	MELO, SOUZA, PAULA, 2013.	Desvelar o sentido existencial do cuidado às mães de bebês prematuros internados em UTIN.	Utilizou-se abordagem fenomenológica heideggeriana, aonde foram entrevistadas nove mães.	Em seu depoimento o ser-mãe relata a importância de se sentir também cuidada em um ambiente de UTI, no qual o foco da assistência a ser prestada é para o seu filho. Compreender a complexidade do cuidado ao RNP, em que não é suficiente a realização de ações normativas, alicerçadas no cotidiano da assistência prestada, é promover um cuidado no qual as ações assistenciais dialoguem entre a dimensão da objetividade das normas, rotinas, procedimentos e tecnologias e a dimensão da subjetividade das vivências e experiências das pessoas envolvidas. Entender essa complexidade do cuidar requer que se perceba que o cuidado permeia uma dimensão existencial onde comporta um tempo, em que não é, nem será predeterminado, importa ser-com.	A análise pelo método heideggeriano desvelou que o ser-mãe, ao ser-com-o-filho, também se sente cuidada pelos profissionais que propiciam que enfrente esse momento existencial de maneira mais segura.
Revista Latino-Americana de Enfermagem.	Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível.	MONTA-NHOLI, MERIGHI, JESUS, 2011.	Compreender a experiência de enfermeiras que atuam em uma unidade de terapia intensiva neonatal.	Trata-se de estudo qualitativo na perspectiva da fenomenologia social. Ao refletir sobre a atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal, buscou-se a compreensão do grupo social enfermeiras que cuidam de recém-nascidos na UTIN. a partir da ação individual	A sobrecarga de atividades, o reduzido número de pessoal, a falta de materiais, equipamentos e a necessidade de aprimoramento profissional são a realidade do trabalho da enfermeira nesse setor.	Supervisionar os cuidados é o possível; cuidar integralmente do recém-nascido, envolvendo seus pais, é o ideal almejado.

Revista Saúde em Foco.	Assistência da enfermagem ao neonato prematuro em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN).	OTAVIANO, SOARES, DUARTE, 2015.	Analisar a produção científica dos últimos 05 anos sobre as ações realizadas pela equipe de enfermagem na assistência ao neonato prematuro em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), estabelecer um panorama atual acerca da temática em discussão, identificar os resultados apontados a partir de análise da produção científica dos últimos cinco anos.	Este estudo trata-se de uma revisão da literatura do tipo integrativa, o qual possui o objetivo de reunir e sistematizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.	A seleção resultou em 17 artigos que demonstraram maior concentração das pesquisas nos anos de 2011 a 2012, com 59%; predomínio da abordagem qualitativa com 53% e da região sudeste como área geográfica, com 42%. Dos artigos pesquisados, 100% foram realizados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e destacaram dificuldades em relação à prática de cuidado humanístico na UTIN, muitas vezes negligenciada pela equipe de enfermagem que prioriza outras atividades do seu serviço.	Apontamos cuidado individualizado ao RN como imprescindível para o estabelecimento de uma relação interpessoal de qualidade e em conformidade com os pressupostos humanísticos.
Revista Escola de Enfermagem da USP.	A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	PEREIRA <i>et al</i> , 2013.	Descrever a manipulação a que são submetidos os prematuros durante as 24 horas em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN).	Estudo observacional, descritivo, exploratório, realizado com 20 prematuros, filmados continuamente por um período de 24 horas, de setembro de 2008 a março de 2009 numa UTIN.	Os prematuros foram submetidos a uma média de 768 manipulações e 1.341 procedimentos. A manipulação durou em média 2 horas e 26 minutos em um período de 24 horas. Cada manipulação agrupou uma média de 2,2 procedimentos, a maioria no turno matutino. As manipulações isoladas representaram 65,6% do total de manipulações e a maioria teve duração inferior a um minuto.	Conclui-se que nas 24 horas avaliadas, os prematuros foram submetidos a um excesso de manipulações na UTIN.
Revista Brasileira de Enfermagem.	Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva.	SANTOS <i>et al</i> , 2012.	Analisar o processo de identificação da dor no prematuro pela equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público de uma cidade do interior da Bahia.	Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e quantitativo, realizado com 24 trabalhadores da saúde, através de um formulário. Os dados foram analisados no Statistical Package for Social Sciences.	Os resultados evidenciaram que 100% dos entrevistados acreditavam que o recém-nascido sente dor, 83,3% reconheciam a dor como sinal vital; 58,4% não conheciam as escalas; 70,8% não as utilizavam e destacaram sinais fisiológicos e comportamentais como sugestivos de dor.	É importante que os profissionais entendam a dor como um fenômeno complexo que demanda intervenção precoce, garantindo a excelência do cuidado.

Revista Eletrônica de Enfermagem.	O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectiva de profissionais de enfermagem.	SILVA, ARAÚJO, TEIXEIRA, 2012.	Analisar a práxis cuidativa da equipe de enfermagem de uma Unidade Neonatal ao neonato pré-termo.	Trata-se de estudo de natureza qualitativa, desenvolvido na Unidade Neonatal de um hospital público em Jequié-BA com onze profissionais da equipe de enfermagem. Utilizou-se entrevista semiestruturada para coleta de dados, estes foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática.	Os resultados revelaram que os profissionais de enfermagem focam suas práticas cuidativas ao neonato pré-termo com predominância nos aspectos biológicos, embora valorizem os aspectos subjetivos que envolvem o cuidado de enfermagem.	Faz-se necessário a implantação das normas de humanização de cuidado aos neonatos pré-termo de modo que os profissionais de enfermagem possam incorporar na íntegra os seus pressupostos.
Revista Saúde em Foco.	Os cuidados de enfermagem com os recém-nascidos na UTI.	SOUSA <i>et al</i> , 2016.	Buscar na literatura estudos que retratem os cuidados de enfermagem com recém-nascidos na UTI neonatal, como com fins de redução de complicações do neonato.	Trata-se de uma revisão de literatura, aonde foi utilizado para a coleta de dados publicações indexadas ao Scielo Brasil, a fim de obter informações concretas e atualizadas sobre o tema os cuidados de Enfermagem com os RN's internados na UTI.	Constatou-se nessa pesquisa que os profissionais da enfermagem a cada dia vêm se capacitando e buscando novos conhecimentos acerca da prática assistencial na UTI neonatal, com a finalidade de melhorar tanto a qualidade de vida, bem como na recuperação e cura da patologia.	A responsabilidade do cuidado realizado pelo profissional da enfermagem engloba uma série de fatores que têm seu lado positivo e negativo, onde o conhecimento deste profissional nessa prática assistencial é crucial no sucesso terapêutico do RN na UTI neonatal.

Quadro 1. Distribuição dos artigos selecionados e analisados sobre a temática “A importância da atuação do enfermeiro frente ao cuidado com o recém-nascido prematuro em UTIN”, Brasília, 2017.

Diante do exposto e acreditando-se que a assistência ao neonato deva se desenvolver de forma integralizada e humanizada, o estudo se propôs a relatar a importância da atuação do enfermeiro frente ao cuidado com o recém-nascido pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e descrever medidas não-farmacológicas utilizadas na UTIN para alívio da dor e conforto do recém-nascido, permitindo reflexões sobre como a assistência ao neonato está sendo realizada neste ambiente e o que fazer para melhorar a realidade da assistência prestada.

REFERENCIAL TEÓRICO

A mortalidade infantil constitui-se como um grande desafio para a Saúde Pública no Brasil. Em relação à mortalidade neonatal, apesar do avanço científico e tecnológico e da melhoria da assistência ao recém-nascido (RN), mantém ainda níveis elevados quando comparada com outros países. De fato, RN prematuros e de baixo peso representam, entre a população neonatal, os grupos mais suscetíveis ao óbito (CARNEIRO *et al*, 2012).

Santos *et al* (2012) ratifica que a sobrevivência do RN prematuro tem aumentado fazendo com que neonatos com doenças graves, com idade gestacional extrema e/ou muito baixo peso ao nascer sobrevivam. Mas mesmo diante do arsenal tecnológico e desenvolvimento do país, ainda é elevada a taxa de mortalidade devido a prematuridade.

De acordo com Silva, Araujo, Teixeira (2012), no Brasil, a principal causa de morte infantil são as infecções perinatais, que englobam a asfixia ao nascer, os problemas respiratórios e as infecções, mais comuns em recém-nascido pré-termo (RNPT) e de baixo peso. Ademais, muitos ainda são acometidos por problemas de diversas ordens, como distúrbios metabólicos, dificuldade para regular a temperatura corporal e para alimentar-se.

Para Lorenzini, Costa, Silva (2013), as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) também representam um grande problema para a segurança, saúde e qualidade de vida do RNPT, uma vez que elas podem resultar em óbito, causar sequelas irreversíveis, aumentar o tempo de hospitalização, além de gerarem encargo financeiro elevado às instituições de saúde e custo para a família do paciente.

Essas infecções podem ser causadas por inúmeros fatores, como a condição do RNPT, o tempo de internação, a quantidade de procedimentos e manipulações, a severidade da doença e o fluxo de visitas, porém, se não houver certo controle por parte da equipe de enfermagem, maior será a capacidade de proliferação das IRAS (LORENZINI, COSTA, SILVA, 2013).

Além desses riscos, os prematuros representam uma população com maior chance de adquirir lesão de pele como resultado do desenvolvimento incompleto do extrato córneo, aderência diminuída entre a epiderme e a derme, redução de colágeno da derme e presença de edema (AQUINO, CHRISTOFFEL, 2010). Ainda conforme os autores, a prevenção e controle da dor é deveras importante, não apenas por causa de questões

éticas, mas também pelo potencial de consequências nocivas a exposição constante da dor ao RN. Essas consequências incluem alterações fisiológicas, comportamentais e de sensibilidade.

Tal qual Fontenele, Pagliuca, Cardoso (2012), o cuidado com a pele do RN é prioridade quando se particulariza a enfermagem em neonatologia. Manter a integridade da pele é um fator imprescindível para o desenvolvimento de suas funções, e algumas situações como úlceras, queimaduras, dermatites, traumatismos, dentre outros, prejudicam esta membrana.

A *North American Nursing Diagnosis Association Internacional* cita contenção, pressão, radiação, imobilização física, adesivos que arrancam os pelos, umidade, substâncias químicas, medicações, secreções e excreções, como fatores de risco para integridade da pele (FONTENELE, PAGLIUCA, CARDOSO, 2012).

Diante do exposto, a imaturidade anátomo-fisiológica relacionada a prematuridade torna o RN vulnerável e o predispõe a dificuldades na adaptação ao ambiente extrauterino. Tendo em vista o risco a que essas crianças estão expostas em seu processo de crescimento e desenvolvimento, elas necessitam de cuidados adequados e especializados, de natureza integral e humanizada (PEREIRA *et al*, 2013).

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é o ambiente onde se concentra recursos materiais e humanos especializados. Nesse cenário, torna-se indispensável o trabalho da enfermeira como líder de equipe, que necessita de organização, de preparo e de experiência para administrar o cuidado baseado em procedimentos técnicos-científicos que assegurem a qualidade do mesmo, para que a equipe de enfermagem atue de forma eficiente durante toda a assistência (AQUINO, CHRISTOFFEL, 2010).

Deste modo, a UTIN é um ambiente repleto de equipamentos e tecnologia de ponta, aonde comporta profissionais de saúde das mais diversas categorias que trabalham conjuntamente em prol da saúde do bebê, utilizando técnicas e procedimentos sofisticados com a finalidade de propiciar saúde e sobrevida ao neonato (OTAVIANO, DUARTE, SOARES, 2015).

De fato, o avanço tecnológico em unidades neonatais tem cooperado para o aumento da sobrevida dos RN, contudo, fatores como o aumento da quantidade de equipamentos e do número de procedimentos invasivos, assim como a ambiência nociva e o excesso de manuseio durante o cuidado, ocasionam uma série de efeitos negativos no desenvolvimento dessas crianças, em especial dos prematuros (PEREIRA *et al*, 2013).

Segundo Cardoso *et al* (2010), devido à diversidade de tecnologias existentes e a grande quantidade de procedimentos realizados, a UTIN é um ambiente reconhecidamente estressante, tanto pela ótica dos usuários como pelos profissionais de saúde. Ademais, a presença constante da morte propicia sentimento de intenso sofrimento para a equipe de enfermagem.

Nas unidades neonatais, os RN, principalmente os prematuros ou gravemente doentes, são submetidos a uma gama de situações estressantes, incluindo o excesso de ruídos e luminosidade, o manuseio frequente, além de repetidos procedimentos dolorosos como punção de calcâneo, punção venosa, sondagens, tratamento de feridas, dentre outras, resultando em prejuízos fisiológicos e comportamentais e uso de reservas de energia que seriam direcionadas para o seu crescimento e desenvolvimento (AQUINO, CHRISTOFFEL, 2010).

Santos *et al* (2012) também corrobora que na UTIN há vários fatores, tanto relacionados às normas e rotinas institucionais, quanto ao complexo processo de trabalho, que contribuem para o desequilíbrio homeostático do RNPT. Dentre elas destacam-se a luminosidade, a temperatura artificial, os ruídos constantes e as manipulações e procedimentos por vezes excessivos, além de dolorosos e estressantes.

O excesso de manipulações é, sem dúvida, uma realidade nas unidades neonatais. Conforme Santos *et al* (2012), um RN prematuro recebe, geralmente, cerca de 130 a 234 manipulações em um período de 24 horas, sendo que muitas são demasiadamente dolorosas. Nesta direção, é necessário desconstruir a ideia de que o neonato não é capaz de sentir dor devido à falta de mielinização como uma indicação de imaturidade do sistema nervoso central. Afinal, caso isso fosse considerado, o indivíduo adulto não sentiria dor, uma vez que os impulsos nociceptivos também são guiados por fibras não mielinizadas e levemente mielinizadas.

Para Aquino, Christoffel (2010) a unidade neonatal é, então, considerada um local estressante, onde os RN são frequentemente submetidos a procedimentos dolorosos e desagradáveis durante sua hospitalização. Cardoso *et al* (2010) infere que este ambiente interfere sobremaneira na maturação e organização do sistema nervoso central do neonato. Iluminação forte, ruídos excessivos, manuseios frequentes e condutas terapêuticas resultam em mudanças significativas nas respostas fisiológicas e comportamentais do bebê, como atraso no desenvolvimento físico, neurológico, sensitivo, emocional e cognitivo.

Desta forma, o RN internado na UTIN fica exposto à realização de técnicas e procedimentos invasivos e dolorosos, que certamente promoverão impacto negativo na sua qualidade de vida e desenvolvimento neuropsicomotor. Além disso, esses estímulos desencadeiam uma resposta sistêmica ao estresse que inclui alterações a nível cardiovascular, respiratório, hormonal, imunológico e comportamental, entre outros (SANTOS *et al*, 2012).

Enfim, não há dúvida de que o ambiente da UTIN é muito diferente do útero materno. Neste ambiente, o RN é envolvido em um líquido aquecido e é protegido pela parede uterina, mantendo a sensação de segurança, conforto e bem-estar. Contudo, ao nascer prematuramente, o neonato é colocado em incubadora, em posição que favoreça o manuseio pela equipe de saúde, além de ser desprovido da sensação de afeto; as poucas intervenções afetuosas geralmente vêm dos pais.

Assistência de enfermagem e a importância da atuação do enfermeiro frente ao RNPT na UTIN

Ricci (2015) afirma que as primeiras 24 horas de vida podem ser as mais difíceis para o neonato. O estresse e a exaustão do trabalho de parto terminam para os pais, porém, se inicia um novo ciclo de trabalho aonde o RN precisa se adaptar fisiológica e comportamentalmente ao novo ambiente. Nesse momento, o RN fica exposto a um universo de sons, cores, odores e sensações; conforme ele se adapta à vida extrauterina, ocorrem inúmeras mudanças fisiológicas. É diante da conscientização das adaptações que estão ocorrendo, que a equipe de saúde se presta a dar suporte e assistência ao RN prematuro.

Para garantir uma assistência de enfermagem adequada ao neonato, é fundamental atender a necessidades como higiene, nutrição, medicações, mudança de decúbito, estimulações que requerem contato direto e frequente, os quais estão ligados ao cuidado primordial da pele. Ademais, o conhecimento científico e a habilidade técnica são fundamentais para o controle das funções vitais na tentativa de reduzir a mortalidade e assegurar a sobrevivência dos neonatos de risco, principalmente do prematuro (FONTENELE, PAGLIUCA, CARDOSO, 2012).

Segundo Montanholi, Merighi, Jesus (2011), com o avanço da tecnologia e da neonatologia, a enfermeira vem assumindo papel de destaque frente ao cuidado com o RN grave, exigindo deste profissional aperfeiçoamento técnico-científico com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência neonatal. Indubitavelmente, conhecimentos específicos e habilidade técnica são características essenciais para o atendimento eficaz.

Fontenele, Pagliuca, Cardoso (2012) alegam que, para que a assistência de enfermagem seja eficaz, é fundamental que seja segura, humanizada e especializada. Por isso, cabe ao enfermeiro da UTIN organizar o ambiente, planejar e executar o cuidado de enfermagem segundo a necessidade e a resposta de cada neonato, desempenhando assim uma assistência resolutiva e de qualidade.

A atuação da enfermeira, em especial na UTIN, permeia uma assistência especializada, que requer conhecimento adequado e habilidade técnica de média e alta complexidade tecnológica, envolvendo ações com o objetivo de reduzir manuseios exagerados, visto que podem provocar alterações fisiológicas e comportamentais, além de desencadear manifestações de estresse e dor, interferindo assim no bem-estar do RN. A enfermeira também deve ter preparo emocional para lidar com procedimentos dolorosos, com o desconforto gerado, a perda e sofrimento (MELO, SOUZA, PAULA, 2013).

“Os profissionais de enfermagem devem sempre estar em condições adequadas para prestação da assistência ao neonato, pois além das diversidades de doenças que implicam a internação, deparam-se com aparelhos e equipamentos altamente sofisticados que requer manuseio adequado” (CARDOSO *et al*, 2010, p. 81).

Conforme Amaral *et al* (2014) e Pereira *et al* (2013), para a prestação da assistência de enfermagem ao neonato, faz-se necessário intervenções físicas para monitoramento, avaliação, terapêutica e cuidados, no entanto, mesmo a mínima manipulação pode causar estresse clínico e modificações comportamentais ao recém-nascido.

A prematuridade está diretamente relacionada à imaturidade dos órgãos, configurando a necessidade de cuidado diferenciado e individualizado. Quanto menor a idade gestacional do RN, maior o risco deste em desenvolver lesões e infecções de pele, além de sepse. Preservar a integridade da pele é, portanto, um aspecto relevante da assistência de enfermagem nesta fase neonatal de transição (FONTENELE, PAGLIUCA, CARDOSO, 2012). Nesse sentido, o enfermeiro exerce papel crucial no tratamento de lesões, e tanto ele quanto a equipe de enfermagem devem estar atentos a pele do RN, devido ao risco de romper-se (AQUINO, CHRISTOFFEL, 2010).

Destaca-se também a realização do exame físico constante para se ter uma avaliação clínica contínua e fidedigna da pele do RN. Por meio desta prática pode-se direcionar o cuidado mais adequado e instituir medidas para evitar a deterioração da saúde do neonato (FONTENELE, PAGLIUCA, CARDOSO, 2012).

A assistência neonatal contrapõe-se à necessidade da manipulação mínima para melhorar a qualidade de vida dos RN, especialmente quando da realização de procedimentos invasivos e dolorosos. Esse manuseio, associado ao uso de medicações, por vezes excessivas, embora importantes para a terapêutica, configura-se como um grande potencializador para o surgimento de lesões e infecções, reafirmando assim a necessidade do cuidado individualizado (AMARAL *et al*, 2014).

De acordo com Pereira *et al* (2013), os profissionais de enfermagem reconhecem que a manipulação excessiva do neonato pode ocasionar dor e estresse, e apontam a manipulação mínima como uma importante estratégia para diminuir tais desconfortos. Para alguns autores, a manipulação mínima do RN é efetiva para promover estabilidade e organização, propiciando conservação de energia para seu crescimento e desenvolvimento.

Ainda conforme o autor, devido ao excesso de manipulação durante a internação de um RN na UTIN, faz-se necessário a avaliação crítica do cuidado prestado, principalmente no que diz respeito à tomada de decisão para a realização de procedimentos e manipulações desses neonatos durante a terapêutica.

Martins *et al* (2013) relatam que os profissionais de enfermagem conhecem e aplicam com constância medidas não-farmacológicas para o alívio da dor do RN. De fato, as estratégias para a promoção do conforto e bem-estar e para o alívio da dor dependem da responsabilidade do profissional, sendo o tratamento e seu alívio um direito humano primordial.

Segundo a pesquisa de Aquino, Christoffel (2010), as medidas não-farmacológicas utilizadas pelas enfermeiras para controle da dor do recém-nascido foram:

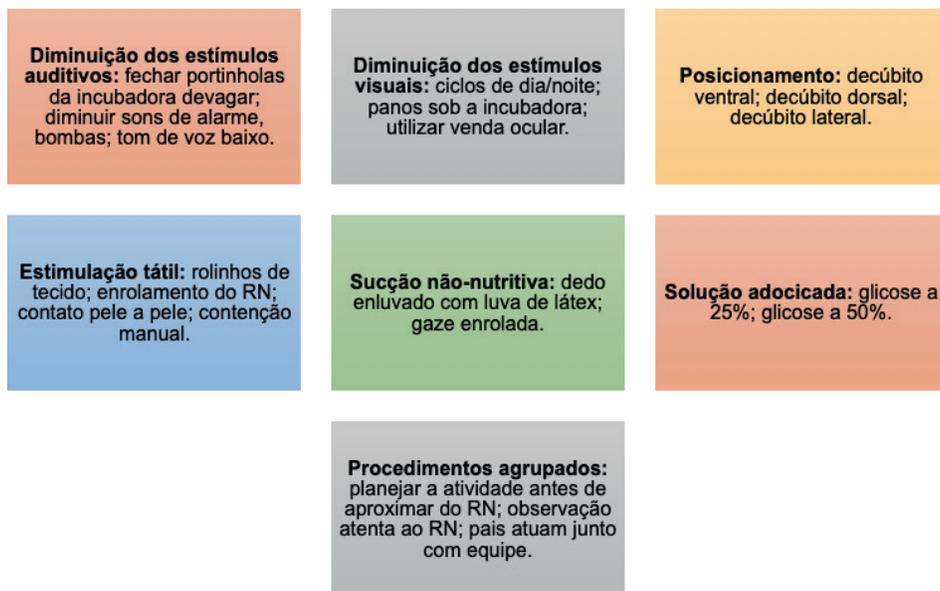


Figura 2. Medidas não-farmacológicas utilizadas para controle da dor do RN.

Fonte: AQUINO, CHRISTOFFEL, 2010.

Sabe-se, portanto, que na UTIN os neonatos são submetidos a vários procedimentos dolorosos e desagradáveis, e que a adoção de medidas não-farmacológicas vem sendo utilizada pelos profissionais de enfermagem para o alívio e controle da dor. Tanto as medidas ambientais, como a diminuição da luminosidade e de ruídos, quanto as medidas comportamentais, como o contato pele a pele, o enrolamento, a sucção não-nutritiva, o uso da glicose e a realização de agrupamentos de cuidados, são utilizados pelos profissionais no cuidado ao RN durante procedimentos dolorosos.

No estudo de Aquino, Christoffel (2010), as enfermeiras entrevistadas citaram a remoção de fitas adesivas e a troca de curativos como os procedimentos de rotina mais dolorosos aos RN. Em relação aos procedimentos invasivos realizados por enfermeiros, foram considerados punção de calcâneo, punção venosa, coleta de sangue capilar, inserção de sonda orogástrica, cateter vesical de demora e PICC.

Em relação às IRAS, elas estão associadas à baixa adesão dos profissionais de enfermagem quanto à higienização das mãos. Diante do exposto, o enfermeiro exerce papel fundamental ao coordenar e orientar o trabalho de sua equipe com vistas a reduzir a incidência de IRAS e promover recuperação e qualidade de vida ao RN. Aliás, a equipe de enfermagem que atuam na UTIN e na CCIH devem trabalhar em conjunto para detectar possíveis riscos, minimizando assim a possibilidade de ocorrência das IRAS e proporcionando melhor qualidade de vida do RN (LORENZINI, COSTA, SILVA, 2013).

Para Montanholi, Merighi, Jesus (2011), um dos meios para minimizar os efeitos negativos da hospitalização e da separação dos pais, além do controle da dor, lesões e infecções, é a criação de um ambiente calmo, tranquilo, propício ao tratamento do RN e, portanto, livre de estímulos nocivos como iluminação excessiva e poluição sonora.

Com efeito, para melhor assistência ao recém-nascido, o agrupamento de fatores de estrutura física da UTIN, provimentos de materiais adequados e de qualidade, conhecimento científico e tecnológico da equipe de saúde aliado à comunicação efetiva, proporciona resultados positivos na saúde do neonato (CARDOSO *et al*, 2010). Sendo assim, como integrante da equipe neonatal, o enfermeiro deve usar a comunicação de forma ampla permitindo interação entre o RN, os pais e a equipe, e possibilitando atitudes de sensibilidade, empatia e aceitação.

De acordo com Sousa *et al* (2016), é fundamental garantir uma assistência de qualidade, eficaz, ágil e segura aos pacientes. Porém, se por um lado as intervenções buscam melhorar a qualidade do cuidado prestado, por outro lado a combinação desses processos podem se tornar fator de risco para o surgimento de erros e complicações. Diante desse contexto, considera-se a atuação da enfermeira neonatologista um desafio constante frente aos aparatos tecnológicos e à complexidade do cuidado ao neonato doente.

Enfim, a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos pelos profissionais de enfermagem em relação aos cuidados com os RNPT requer muito mais do que a adoção de rotinas, treinamentos e protocolos. Faz-se necessário a educação contínua e permanente de todos os profissionais que lidam com esses neonatos a fim de promover uma assistência integral e humanizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vida extrauterina já representa um desafio para o RN, e para aqueles que nascem com problemas e que necessitam de permanência em UTIN, o desafio pela sobrevivência é ainda maior. Nesse cenário, surge o profissional de enfermagem como integrante da equipe multiprofissional que mais manuseia o RN; à ele, cabe a responsabilidade do cuidado de forma a evitar práticas inadequadas que gerem complicações futuras para o neonato.

Na UTIN, o objetivo maior da equipe de enfermagem é prestar cuidado de qualidade ao ser humano, considerando que os fatores estressores como iluminação excessiva, poluição sonora, sobrecarga de trabalho, dentre outros, comprometem a saúde não só dos RN, mas também dos trabalhadores de enfermagem. Diante do exposto, a atuação da enfermeira dentro de uma UTIN é permeada por novos e constantes desafios, visto que requer sensibilidade, conhecimento, habilidade e vigilância, características estas que influenciam na sobrevivência e progressão do desenvolvimento da criança.

Dessa forma, a pesquisa em questão possibilitou uma melhor visão sobre a importância da atuação do enfermeiro frente ao cuidado com o recém-nascido pré-termo

internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTIN), bem como evidenciou a relevância de novos estudos que relatem de forma minuciosa sobre a assistência deste profissional ao RN em situação grave.

REFERÊNCIAS

AMARAL, J. B. do *et al.* Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, 2014, p. 241-246.

AQUINO, F. M. de; CHRISTOFFEL, M. M. Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem*. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 11, número especial, 2010, p. 169-177.

CARDOSO, S. N. de M. Desafios e estratégias das enfermeiras da unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 4, 2010, p. 76-84.

CARNEIRO, J. A. *et al.* Fatores de risco para a mortalidade de recém-nascido de muito baixo peso em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo, v. 30, n. 3, 2012, p. 369-376.

FONTENELE, F. C.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, 2012, p. 480-485.

KLOCK, P.; ERDMANN, A. L. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 46, n. 1, 2012, p. 45-51.

LORENZINI, E.; COSTA, T. C. da; SILVA, E. F. da. Prevenção e controle de infecção em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 34, n. 4, 2013, p. 107-113.

MARTINS, S. W. *et al.* Avaliação e controle da dor por enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Dor**. São Paulo, v. 14, n. 1, 2013, p. 21-26.

MELO, R. de C. de J.; SOUZA, I. E. de O.; PAULA, C. C. de. Enfermagem neonatal: o sentido existencial do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 66, n. 5, 2013, p. 656-662.

MONTANHOLI, L. L.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. de. Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, 2011, p. 1-8.

OTAVIANO, F. de P.; DUARTE, I. P.; SOARES, N. S. Assistência da enfermagem ao neonato prematuro em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). **Revista Saúde em Foco**. Teresina, v. 2, n. 1, 2015, p. 60-79.

PEREIRA, F. L. *et al.* A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 47, n. 6, 2013, p. 1272-1278.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

SANTOS, L. M. *et al.* Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 65, n. 1, 2012, p. 27-33.

SILVA, L. G.; ARAÚJO, R. T. de; TEIXEIRA, M. A. O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectiva de profissionais de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 14, n. 3, 2012, p. 634-643.

SOUSA, M. do S. M. de *et al.* Os cuidados de enfermagem com os recém-nascidos na UTI. **Revista Saúde em Foco**. Teresina, v. 3, n. 1, 2016, p. 94-106.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Data de aceite: 01/02/2024

Joana de Campos Lima Bezerra Oliveira

Discente do curso de Enfermagem da faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus Bahia

Joana Quitéria Miranda Messias

Docente do curso de Enfermagem da faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus Bahia

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como pré-requisito para obtenção do título de Especialista em Enfermagem em UTI Neonatal pelo Centro de Estudo de Enfermagem e Nutrição.

Orientadora: Ana Carolina Dias Vila

RESUMO: O tema abordado vai tratar de um problema de saúde pública muito comum, e trazer consigo o papel fundamental do enfermeiro diante dessa ocorrência, mostrando intervenções diretas e indiretas da assistência prestada a mulher por esse profissional. **Materiais e Métodos:** Para construção desse artigo no qual tem caráter qualitativo, foram utilizados instrumento de pesquisa disponível na internet e de acesso ao público, como o scielo e google acadêmico

bem como manuais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, restringindo a dados atualizados e dentro de um período de publicação de até 10 anos, realizado por meio de revisão bibliográfica sobre o papel do enfermeiro no enfrentamento da violência obstétrica. **Resultados:** A observação e reunião de dados, mostra as orientações como as principais intervenções do profissional enfermeiro no enfrentamento da problemática.

PALAVRAS-CHAVE: Violência obstétrica; mulher; enfermagem.

THE ROLE OF THE NURSE IN ADDRESSING OBSTETRIC VIOLENCE

ABSTRACT: The topic addressed will deal with a very common public health problem, and bring with it the fundamental role of nurses in this occurrence, showing direct and indirect interventions in the assistance provided to women by this professional.

Materials and Methods: To construct this article, which has a qualitative character, a research instrument available on the internet and accessible to the public was used, such as Scielo and Google Scholar, as well as manuals made available by the Ministry of Health, restricting it to updated data and within a publication period of up

to 10 years, carried out through a bibliographic review on the role of nurses in confronting obstetric violence. **Results:** Observation and data collection shows the guidelines as the main interventions of professional nurses in tackling the problem.

KEYWORDS: Obstetric violence; woman; nursing.

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é um problema de saúde pública e que afeta muitas mulheres em todo o mundo durante o processo de gravidez, parto e ou pós-parto. Essa violência ocorre quando as mulheres são submetidas intervenções abusivas, desumanas ou humilhantes, que vão contra seus direitos e dignidade.

É fundamental a discussão e principalmente a conscientizar sobre a violência obstétrica para garantir que as mulheres recebam os devidos cuidados respeitando a individualidade de cada uma.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que toda mulher tem direito a uma assistência digna e respeitosa, durante todo o período de gestação e parto, independentemente da classe social, ou nível educacional. Qualquer ato desrespeitoso, abuso ou maus tratos equivale a uma violação dos direitos fundamentais das mulheres (OMS, 2014).

Dentro da temática da violência obstétrica, o desrespeito à autonomia da mulher, leva a tomadas de decisões sem o consentimento prévio, suprimindo suas preferências e escolhas e submetendo a procedimentos sem sua autorização, abuso verbal e psicológico também fazem parte da violência sofrida por mulheres no momento do parto.

Diante disso o papel do profissional enfermeiro no enfrentamento da violência obstétrica é de suma importância, uma vez que esses profissionais desempenham um papel centrado na assistência direta durante todo o processo de gravidez, parto e pós-parto.

A equipe de enfermagem na sala do parto tem um papel muito importante, como orientar e garantir a segurança e o conforto da gestante de escolher a pessoa que irá acompanhar durante o parto, sendo uma forma de a deixar mais tranquila. Diferente dos demais profissionais, a enfermagem tem a missão de acolher e cuidar, da melhor forma de acordo com a particularidade de cada um e utilizando conhecimento técnico científico no atendimento baseado a sistematização da assistência de enfermagem. A violência não se define a apenas um ato e se inicia no momento em que uma informação é negada, quando não expõe a parturiente a sua atual situação e até na assistência rasa que negligencia a dignidade e causa traumas irreparáveis. (BRITO, et al, 2012).

O enfermeiro atuar de várias formas para prevenir, identificar e principalmente combater a violência obstétrica, ele é o responsável por promover o bem-estar das mulheres e garantindo que elas tenham os cuidados de qualidade.

Dessa forma, esse artigo busca de maneiras coesa a conscientização dos profissionais diante da importância do parto para a mulher que muitas das vezes se sente vulnerável, bem como a identificação dos principais tipos de violência sofrida, buscando assim mostrar ações voltadas ao acolhimento e promoção da assistência de qualidade durante todo processo gravídico.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A maternidade é, sem dúvida nenhuma, um período no qual é marcado por transformações significativas tanto no aspecto físico quanto psicológico das mulheres. Essa fase envolve uma série de adaptações, desafios e expectativas, e uma das preocupações voltadas muitas vezes é o processo do parto.

Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas detinham um saber empírico e assistiam domiciliarmente as mulheres durante a gestação, parto e puerpério (como também nos cuidados com o recém-nascido). (BRENES 1991).

Antigamente, o parto era de forma frequente conduzido em ambiente familiar, respeitando o curso natural de todo esse processo, sem a intervenção de nenhum mecanismo que acelerassem desnecessariamente o seu desenvolvimento.

Em um contexto mais intimista e centrado na tradição muitas vezes envolvia a presença de parteiras, mulheres com experiência em auxiliar partos, que desempenhavam um papel crucial no suporte às gestantes.

O entendimento do parto como evento fisiológico, antropológico, social, psicológico e não apenas como ato médico traz subjacente a ideia de que as mulheres devem ser o centro do processo, invertendo uma relação de poder historicamente sedimentada entre pacientes e profissionais de saúde. Romper com essa lógica implica a quebra de um modelo típico de assistência ao parto que, "além de inseguro e pouco apoiado em evidências científicas, é não raro marcado por uma relação profissional-usuária autoritária, que inclui formas de tratamento desumano ou degradante. (DINIZ 2009).

Compreender o parto como um evento que vai além do aspecto puramente assistenciais é fundamental para promover uma abordagem mais holística e centrada na mulher.

Abordar o parto de uma perspectiva fisiológica, antropológica, social e psicológica destaca a complexidade desse processo natural e ressaltando assim a importância de considerar diversos aspectos garantindo uma experiência mais positiva e receptiva.

O parto é um evento natural fisiológico, um processo no qual o corpo da mulher está biologicamente preparado para realizar. Entender essa natureza fisiológica levar a abordagens menos intervencionistas, promovendo assim respeito aos ritmos naturais e limites do corpo da mulher.

Outro ponto são os significados culturais e simbólicos em diferentes sociedades que ao compreender esses aspectos antropológicos, acaba permitindo reconhecer a diversidade de práticas e crenças em torno do parto.

Fatores sociais, como suporte familiar, condições socioeconômicas e acesso a cuidados de saúde, desempenham um papel crucial na experiência do parto e minimizam as chances de ocorrerem violências, uma abordagem centrada na mulher leva em consideração esses contextos sociais.

Violência obstétrica levam impactos significativos na saúde mental da mulher. Considerar o aspecto psicológico por trás, leva ao controle da situação por parte do profissional cuidador que estará à frente das intervenções que visaram o enfrentamento dessa situação.

Ao colocar as mulheres no centro do processo de cuidado, rompe com a tradição de uma abordagem autoritária. Isso implicava em respeitar a autonomia da mulher, envolvê-la nas decisões relacionadas ao seu próprio corpo e proporcionar um ambiente de cuidado que promova dignidade e empatia.

Ao longo do tempo, houve uma transição em direção a práticas obstétricas mais medicalizadas, com os partos de forma frequente ocorrendo em ambientes hospitalares e envolvendo intervenções. Embora essas intervenções possam ser fundamentais em situações de complicações, há uma conscientização que cresce com relação a importância de respeitar o processo natural do parto sempre que possível.

As retomadas das abordagens mais centradas na mulher, diante das suas escolhas e ao curso fisiológico do parto, têm ganhado destaque em todo mundo. Isso inclui a promoção de práticas como o parto humanizado, que busca proporcionar uma experiência mais respeitosa, participativa e menos medicalizada para as gestantes.

Com isso podemos citar o plano de parto, que consiste em um traçado guiado pela gestante juntamente com seu parceiro e obstetra constando seus desejos e expectativas durante todo o procedimento, levando em considerações quais situações ou condutas devem ser evitadas. Embora simples, esse plano é valioso para expressar as vontades da família durante um momento tão importante para todos tornando tudo o mais tranquilo e confortável possível.

A maternidade é um período de grandes mudanças físicas e psicológicas nas mulheres, dentre as quais pode-se citar a ansiedade de como será o parto. Antes o parto era realizado no meio familiar, respeitando seu curso natural sem a utilização de mecanismos que acelerassem esse processo. Além disso, as gestantes eram assistidas pelas parteiras. (SANFELICE 2014).

Dentro do processo gravídico, a violência obstétrica afeta mulheres em todo o mundo e de várias camadas da sociedade, maus-tratos e negligência são as ocorrências mais comuns, fazendo parte durante o pré-natal processo de parto e puerpério. Isso representa uma situação alarmante, uma vez que isso traz a mulher traumas para toda uma vida.

Os abusos, maus-tratos e negligência durante o parto podem assumir várias formas, dentre elas podemos citar abuso verbal de forma direta ou indireta, a mulher ou a seu bebê, não é incomum dentro desse tipo de violência discriminação, uma vez que não se à o respeito devido a parturiente. Essas práticas não apenas impactam a saúde física, mas também a emocional, fazendo com que a mulher carregue consigo traumas de um momento no qual deveria ser um dos mais felizes.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) mulheres de todo o mundo experimentam abusos, maus tratos e negligência durante o parto, o que retrata uma situação alarmante, uma vez que estes dados dizem da violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres.

A violência obstétrica não é apenas um problema de saúde, mas também um problema de igualdade de gênero, pois afeta desproporcionalmente as mulheres.

Para abordar essa situação alarmante, é fundamental promover a conscientização sobre a violência obstétrica, tanto entre profissionais de saúde como entre as mulheres.

Além disso, é importante fortalecer as políticas e regulamentos que proíbam a violência obstétrica e estabeleçam padrões para a assistência ao parto respeitosa e baseada em evidências. A formação de profissionais de saúde em boas práticas obstétricas e o estabelecimento de mecanismos de denúncia e monitoramento são passos importantes para combater esse problema, além de criação de plano de parto.

Sendo assim, é importante ressaltar que mulheres gestantes, parturientes possuem direitos sobre seu corpo e sobre suas decisões. Ressalta-se ainda que no Brasil há um projeto de Lei nº 7.867/2017 que dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Neste mesmo ano, no estado de Santa Catarina, houve a aprovação da Lei nº 17.097/2017, onde a mesma dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. (BRASIL, 2017).

É fundamental destacar que as mulheres gestantes e parturientes têm direitos sobre seus corpos, informações e decisões durante todo o processo de gravidez, parto e pós-parto.

A conscientização sobre esses direitos é fundamental para garantir que as mulheres possam tomar decisões informadas e principalmente participar ativamente nas escolhas relacionadas à sua saúde.

No Brasil, o Projeto de Lei nº 7.867/2017 representa uma iniciativa significativa para combater a violência obstétrica e promover boas práticas na atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Esse projeto de lei tem como objetivo estabelecer medidas de proteção contra a violência obstétrica, que pode incluir práticas desrespeitosas, intervenções desnecessárias ou qualquer forma de tratamento que viole os direitos e a dignidade durante o processo de parto.

No que se refere à estado, um exemplo é a Lei nº 17.097/2017, aprovada em Santa Catarina, representa um passo importante na direção da proteção das gestantes e parturientes contra a violência obstétrica.

Essa legislação do estado de Santa Catarina tem como objetivo à implementação de medidas de informação e proteção específicas no estado, contribuindo para criar um ambiente muito mais seguro e respeitoso a mulher.

Ambas as iniciativas de lei legislativas refletem o crescimento e conscientização sobre a importância de garantir que a experiência da maternidade seja baseada no respeito aos direitos humanos, na autonomia da mulher e na promoção da saúde.

A luta contra a violência obstétrica envolve não apenas a criação de leis, mas também a educação permanente de profissionais de saúde, gestantes e da sociedade em geral para garantir que as práticas se alinhem com os princípios de respeito, dignidade e cuidado centrado na mulher.

A equipe de enfermagem deve contribuir para que toda gestante tenha direito ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, tenha o direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade e ainda que todo recém-nascido tenha uma assistência humanizada e segura. (SOARES 2016 Apud MEDEIROS 2018).

Sendo assim a equipe de enfermagem deve contribuir de forma direta para que toda gestante tenha direito ao atendimento de saúde digno e principalmente de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, tenha o direito de saber e assegurar o acesso à maternidade e ainda que todo recém-nascido tenha uma assistência humanizada.

Segundo Jardim (2017), “as ações dos profissionais devem seguir critérios pautados em evidências científicas. Assim a Enfermagem pode e deve combater a violência obstétrica, de modo, primeiramente, a esclarecer à mulher os seus direitos e também acerca dos conceitos mais amplos que abrangem a violência obstétrica. Podem além disso, proporcionar uma assistência humanizada e digna para essas pacientes.”

A violência se repete ano após ano e se enraíza no inconsciente coletivo da sociedade, dificultando que as próprias mulheres reconheçam a violência, pois a mesma é vista como algo normal, que faz parte dos procedimentos padrão, uma vez que já passaram pela situação em gestações anteriores ou conhecem pessoas que passaram pelo mesmo. (MOURA, 20018). A persistência da violência obstétrica, ano após ano, e seu enraizamento no inconsciente coletivo da sociedade representam um desafio gigantesco para a promoção dos direitos das mulheres durante o processo de gestação, parto e puerpério.

Frente a um desafio tão grande, e visando minimizar a violência obstétrica, foi promulgada a lei Nº 11.108, de 7 DE ABRIL DE 2005, que acaba alterando a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, fazendo assim, valer a garantia às parturientes o direito integral à presença de acompanhante durante todo o trabalho de parto, principalmente pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

MATERIAL E MÉTODOS

Esse artigo é de caráter qualitativo, realizado por meio de revisão bibliográfica sobre o papel do enfermeiro no enfrentamento da violência obstétrica, usando como instrumento de pesquisa o google acadêmico bem como Scielo e manuais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, restringindo a dados atualizados, e dentro de um período de publicação de até 10 anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante da proposta desse artigo, e por meio do levantamento de dados, foi possível observar as principais violências sofridas e suas complicações. Quatro artigos dentre eles manual do Ministério da Saúde foram selecionados para levantar os tipos de violência e principalmente medidas de prevenção.

Dessa forma foi possível realizar a construção de uma tabela para melhor ilustrar não só as violências, mas ações necessárias realizadas pelo profissional enfermeiro para minimizar a problemática, conforme mostrado na tabela 01 de informação de violência e medidas de intervenções.

Tipos de Violência	Descrição	Medidas de Prevenção a Violência Obstétrica	Autor e Ano
Violência obstétrica de ordem verbal;	Paciente sofre abusos verbais durante todo o processo de gestação e parto;	Explicar para a paciente de maneira que ela compreenda como ocorre e meios para que possa identificar;	BRASIL SES Governador do Estado do Mato Grosso do Sul 2021.
Violência física;	Procedimentos que são realizados sem o consentimento ou desnecessários à mulher bem como a mecanicidade dos procedimentos;	Evitar procedimentos invasivos e principalmente aqueles que causem dor e que sejam arriscados além de alertar possíveis procedimentos que a mulher possa identificar que caracterizam violência obstétrica;	BRASIL SES Governador do Estado do Mato Grosso do Sul 2021.
Ausência de humanização;	Atendimento mecanizado, pautado na ausência de empatia ou desprezo pelo outro;	Procurar ouvir a paciente e trabalhar em parceria com os colegas e garantir um tratamento ao paciente;	BRASIL SES Governador do Estado do Mato Grosso do Sul 2021.
Estigmatização e discriminação;	Atendimento diferencial tendo em base classe social e grau de instrução;	Trabalho de educação permanente visando humanização dos atendimentos; Promover a cliente o direito de acompanhante no pré-natal e parto; Garantir o acesso ao leito e uma assistência pautada na equidade;	BRASIL SES Governador do Estado do Mato Grosso do Sul 2021.
Amarrar a mulher durante o parto ou impedi-la de se movimentar;	Utilizar lençóis ou ataduras para restringir os movimentos da mulher;	Orientar quanto a existência de práticas como essa, para que a mulher possa evitar que façam com ela;	BRASIL SES Governador do Estado do Mato Grosso do Sul 2021.

Toques realizados por mais de uma pessoa, sem o esclarecimento e consentimento;	Realização do teste do toque sem esclarecimento prévio do motivo daquele exame invasivo;	Esclarecer quanto ao exame do toque sua função e identificação e excessos causados pela equipe;	BRASIL SES Governador do Estado do Mato Grosso do Sul 2021.
Episiotomia sem necessidade, sem anestesia ou sem informar à mulher;	Realização de uma corte cirúrgico afim de aumentar o canal da passagem do RN;	Informar a descontinuidade desse procedimento;	CREDIDIO S/D.
Proibir o acompanhante que é de escolha livre da mulher;	Proibir o acompanhamento do parto por acompanhante na sala de parto;	Enfatizar a importância do acompanhante na sala de parto e apoio prestado, bem como ampara-la com a informação da lei em vigor;	MS SENADO FEDERAL 2022.
Cuidado indigno e abuso sexual;	Forma de comunicação desrespeitosa com a mulher, ridicularização da dor e desmoralização;	Orientar a gestante e ao acompanhante a observar a forma como é conduzido o parto.	OLIVEIRA, Alaide; SOUZA, Daiane 2021.
Abandono, negligência ou recusa de assistência.	Detenção nos serviços.	Orientar quanto aos procedimentos que deveram acontecer para que seja realizado o parto.	OLIVEIRA, Alaide; SOUZA, Daiane 2021.

TABELA 01: Tabela de informação de violência e medidas de intervenções

Com base na tabela 01 ou Tabela de informação de violência e medidas de intervenções, podemos concluir que são inúmeros os tipos de violência que a mulher pode sofrer durante o processo de gestação e/ou parto, indo desde as questões voltadas ao teor psicológico até ao físico, deixando marcas para toda uma vida.

Tal ato de violência traz consigo consequências muitas das vezes irreparáveis tanto para a mãe quanto para o bebê, fazendo necessário a intervenção de um profissional enfermeiro para que possa minimizar os impactos por meio de ações voltadas a gestante.

É possível observar que dentre as intervenções de enfermagem, a orientação e processo de educação é de vital importância para que a violência obstétrica não venha de fato se concretizar.

Empoderar as gestantes, informando-as sobre seus direitos, opções de cuidado procedimentos padrões e condução de plano de parto, não só minimizam a violência obstétrica, mas também pode evitá-las.

Outro ponto importante na atividade do enfermeiro além da orientação é a participação ativa de processos de monitoramento e avaliação das práticas da equipe obstétricas.

Sendo assim, promover relações mais igualitárias e respeitadas entre profissionais de saúde e usuárias, aumenta a qualidade de atendimento e assistência ao parto centrada na mulher como protagonista, fazendo com que ela se sinta empoderada, informada e apoiada, resultando em uma experiência mais positiva e saudável.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento desse artigo possibilitou avaliar de forma criteriosa os mais variados aspectos da violência obstétrica visando promover a qualidade de atendimento à mulher, para que ela seja assistida de forma digna e respeitosa.

Podemos afirmar que o profissional enfermeiro é uma peça fundamental tanto no cuidado quanto no enfrentamento da violência obstétrica, com ênfase na orientação, educação, monitoramento e promoção de relações igualitárias.

O papel do enfermeiro vai além dos cuidados clínicos vistos pela sociedade, envolve também a promoção do empoderamento da gestante garantir assim uma experiência positiva e saudável durante a gestação, parto e puerpério.

Ao fornecer informações sobre seus direitos, opções de cuidados e principalmente procedimentos padrões, as gestantes estarão mais capacitadas para tomadas de decisões estando participando ativamente do processo de cuidado.

Além de minimizar, essa abordagem educativa pode efetivamente evitar a ocorrência de violência obstétrica. um ponto central é o empoderamento das gestantes, realçando que o conhecimento sobre seus direitos e opções não apenas reduz a incidência de violência obstétrica, mas também contribui para a prevenção.

O papel do enfermeiro nesse processo de educação capacita as mulheres a questionarem práticas desrespeitosas, e as torna agentes ativas em suas escolhas durante o processo de parto.

Outra faceta importante que podemos destacar é a participação ativa dos enfermeiros em processos de monitoramento e avaliação das práticas obstétricas.

O engajamento equipe-parturiente é crucial para identificar áreas que necessitam de aprimoramento e assegurar que as práticas adotadas estejam alinhadas com as evidências científicas mais recentes.

Podemos concluir ressaltando a importância de promover relações mais igualitárias e respeitosas entre os profissionais de saúde e as usuárias. Levamos em consideração que essa abordagem não apenas aumenta a qualidade do atendimento, mas também contribui significativamente para uma assistência ao parto digna.

REFERÊNCIAS

AMANDA REIS TRAJANO ; EDNA ABREU BARRETO. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. Interface, v. 25, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ricse/a/PDnDR5XtNdJy47fkKRW6qcw/>>. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL, LEI Nº 17.097, DE 17 DE JANEIRO DE 2017. Implantação de medidas de informação e proteção a gestante e parturiente contra a violência obstétrica no estado de Santa Catarina. Disponível em: <http://www.tjsp.jus.br/Download/Pdf/Comesp/Leis/Lei_17097_2017.pdf> . Acesso em: 15 Out. 2023

BRASIL, Secretaria De Saúde Do Estado Do Mato Grosso Do Sul S/D, Disponível em: <https://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/livreto_violencia_obstetrica-2-1.pdf> Acesso em: 15 Out 2023.

BRENES Anayansi Correa História da parturição no Brasil, século XIX, 1991. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/xFmLLWvbx9BRGyJXW38gFXpP/#~:text=Tradicionalmente%2C%20os%20partos%20e%20seus,com%20o%20rec%C3%A9m%2Dnascido>>. Acesso em: 17 Out 2023.

CREDIDIO, Laura ; Violência Obstétrica: Responsabilidade Jurídica Ao Ocorrer A Episiotomia Na Hora Do Parto Disponível em: <<https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/31254/1/VIOL%C3%AANCIA%20OBST%C3%89TRICA%20-RESPONSABILIDADE%20JUR%C3%8DDICA%20AO%20OCORRER%20A%20EPISIOTOMIA%20NA%20HORA%20DO%20PARTO.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2023.

Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2009; 19(2):313-26.

JARDIM, DMB, LIMA DR, REIS GM, MENEZES FR, MERCÊS AFM, Ferla AA, Rocha CF, Fajardo AP, Dallegrave D, Rossoni E, Passini VL,. Uma estratégia de formação no e para o SUS. Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 102- 7.

MEDEIROS, Rafaela; PEREIRA, Thayná Et al, 2018. Cuidados De Enfermagem Na Prevenção Da Violência Obstétrica, Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1333/480>> Acesso em: 16 out. 2023.

MOURA, Rafaela Costa de Medeiros; PEREIRA, Thayná Fonseca; REBOUÇAS, Felipe Jairo; *et al.* CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. Enfermagem em Foco, v. 9, n. 4, 2018. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1333/480>> Acesso em: 16 nov. 2023.

OLIVEIRA, Alaide; SOUZA, Daiane, Contribuições da enfermagem para prevenção da violência obstétrica 2021, disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/945/1/Ala%C3%ADde%20Liziane%20Lopes%20da%20Silva%20de%20Oliveira_0010672_Daiane%20do%20Nascimento%20Paiva%20Souza_0010679%20%281%29.pdf> Acesso em: 01 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 2000. 93 p.

SANFELICE CFO, Abbud FSF, Pregnotatto OS, Silva MG, Shimo AKK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. Rev Rene. 2014 mar-abr;;362-70. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3170>>. Acesso em: 16 out 2023.

SENADO FEDERAL. Lei dá direito a acompanhante para mulher em consultas e exames. Portal Institucional do Senado Federal. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/procuradoria/comum/lei-da-direito-aacompanhante-para-mulher-em-consultas-e-exames>>. Acesso em: 10 nov. 2023.

SOARES AF. Parto humanizado e a violência obstétrica: o cuidado do técnico de enfermagem. Instituto federal de educação, ciência e tecnologia do rio grande do sul – campus porto alegre, 2016

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DE MULHERES PRIVADAS DE LIBERDADE: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

Data de submissão: 10/11/2023

Data de aceite: 01/02/2024

Evelyn Tavares Alves

<https://orcid.org/0001-3203-5967>

Elisiane de Oliveira Machado

<https://orcid.org/0009-0002-9227-1213>

Cíntia Letícia de Negreiros Kerschner

<https://orcid.org/0009-0008-7353-4851>

Simone Thais vizini

<https://orcid.org/0000-0002-4929-1406>

Raquel Adjane Machado

<https://orcid.org/0009-0004-8576-9165>

Fernanda dos Reis

<https://orcid.org/000-1593-0508>

Juciane A. Furlan Inchauspe

<https://orcid.org/0000-0002-2386-1378>

Suimara Santos

<https://orcid.org/0000-0002-8739-4385>

Macon Daniel Chassot

<https://orcid.org/0000-0001-7017-6982>

Michelle Dornelles Santarem

<https://0000-0002-7046-7007>

iniciam o pré-natal tardiamente. Além disso, as ações de saúde não atendem o mínimo recomendado pelo programa de Humanização de Parto e Nascimento.

Objetivo: investigar o que está sendo pesquisado nos programas de pós-graduação sobre o pré-natal de mulheres privadas de liberdade, no Brasil. Os objetivos específicos são: identificar na literatura as ações desenvolvidas pelos enfermeiros relacionadas à preparação para o trabalho de parto e parto. **Método:** revisão narrativa da literatura, que responda à questão de pesquisa. Os dados foram coletados do Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Foram identificadas 20 teses e 18 dissertações, dentre as quais seis dissertações atenderam aos critérios de inclusão. **Resultados:** Após a análise dos resultados foram identificadas duas categorias: assistência pré-natal de mulheres privadas de liberdade e condições da assistência pré-natal de mulheres privadas de liberdade. **Conclusão:** os resultados dos estudos desta pesquisa apontaram que a assistência pré-natal, no Brasil, não atende as necessidades das gestantes privadas de liberdade.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Mulher. Gravidez. Cuidado pré-natal. Enfermagem. Prisões.

RESUMO: A maioria das mulheres grávidas que ingressam no sistema prisional,

ABSTRACT: Most pregnant women who enter the prison system start prenatal care late. Furthermore, health actions do not meet the minimum recommended by the Humanization of Childbirth and Birth program. Objective: to investigate what is being researched in postgraduate programs on prenatal care for women deprived of their liberty in Brazil. The specific objectives are: to identify in the literature the actions carried out by nurses related to preparation for labor and delivery. Method: narrative review of the literature, which answers the research question. Data were collected from the Catalog of Theses and Dissertations of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel. 20 theses and 18 dissertations were identified, among which six dissertations met the inclusion criteria. Results: After analyzing the results, two categories were identified: prenatal care for women deprived of their liberty and conditions of prenatal care for women deprived of their liberty. Conclusion: the results of the studies in this research showed that prenatal care in Brazil does not meet the needs of pregnant women deprived of their liberty.

KEYWORDS: Women's Health. Pregnancy. Prenatal care. Nursing. Prisons.

INTRODUÇÃO

O estudo aborda a saúde das mulheres privadas de liberdade no período pré-natal. Destaca-se que é grande o número de mulheres encarceradas no Brasil e de acordo com Ministério da Justiça, houve um aumento de 455% em 16 anos, totalizando 42.355 mulheres aprisionadas no país no período de 2000 a 2016. No Rio Grande do Sul, totalizou 1947 período (INFOPEN, 2018; SUSEPE, 2020).

A detenção aumenta a vulnerabilidade social e pessoal da mulher, pois ela dificulta o ingresso na rede de saúde, tanto para prevenção, assistência e acompanhamento de saúde, comprometendo seu bem-estar e exercício total da cidadania (LEAL et al., 2016).

Dentre as mulheres que ingressam no sistema prisional grávidas, a sua atenção se difere das mulheres livres, pois elas iniciam o pré-natal tardiamente e as ações de saúde não atendem o mínimo que é recomendado pelo programa de Humanização de Parto e Nascimento (FÉLIX et al., 2017).

Para garantir assistência a estas mulheres privadas de liberdades e assegurar os serviços e ações do sistema único de saúde, foi criado em 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que constitui em unidades básicas nos estabelecimentos prisionais, de acordo com a Portaria Interministerial 210 de 16 de janeiro de 2016, que instaurou a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas no Sistema Prisional. A política é fundamentada para assegurar a humanização a mulher durante período de pena, garantindo-lhe seus direitos essenciais, como saúde, educação, alimentação, proteção à maternidade e outros direitos, que visam aperfeiçoar a qualidade de vida e saúde da população prisional feminina, privilegiando a atenção integral através de ações de prevenção e promoção da saúde (PIMENTEL et al., 2015; SANTOS et al., 2016).

As unidades de saúde prisionais têm como objetivo executar atendimentos de forma integral, resolutiva, permanente e de qualidade para população carcerária. Deste modo, ela contribui para o controle e diminuição de agravos desta população, através de ações e serviços que atendam os princípios e diretrizes do SUS, garantindo o acesso em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2017).

Diante disto, o enfermeiro exerce um papel importante nas Unidade Básica de Saúde (UBS) pois, ele é profissional responsável por desenvolver estratégias que visem coordenar, planejar e supervisionar a assistência prestada pelas equipes de saúde, atuando juntamente com os usuários para acolher, assistir e educar, prestando cuidados, promovendo a saúde e prevenindo doenças, de acordo com o conforme perfil ético e legal de sua profissão (SOUZA; CABRAL; SALGUEIRO, 2018).

O estudo justifica-se, por considerar que os resultados poderão contribuir para subsidiar o planejamento de ações do enfermeiro voltadas ao pré-natal desta população. Os objetivos deste estudo são: a) Investigar o que está sendo pesquisado nos programas de pós-graduação sobre o pré-natal de mulheres privadas de liberdade, no Brasil. b) Identificar quais são as ações desenvolvidas pelos enfermeiros relacionadas a preparação para o trabalho de parto e parto, de mulheres privadas de liberdade.

MÉTODO

Trata-se de revisão narrativa da literatura, este tipo de estudo visa analisar os resultados a partir de outros estudos, possibilitando a compreensão do tema. A pesquisa foi realizada no Catálogo de Teses e Dissertações CAPES, no período de abril a maio de 2020. Os critérios de inclusão foram: estudos disponíveis na íntegra online; publicados no período de 2012 a 2017; nos idiomas inglês e português e os estudos incluídos são de pesquisadores das seguintes áreas: Enfermagem e Psicologia, Saúde Pública, Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos. Foram excluídos, os estudos repetidos e que não respondiam à questão de pesquisa. Foram utilizados os descritores: Saúde da Mulher; Mulheres; Gravidez; Parto; Cuidado Pré-Natal; Enfermeiras e Enfermeiros; Enfermagem; Prisões; Prisioneiros.

RESULTADO

Com as estratégias de busca, foram identificadas 20 teses e 18 dissertações, das quais 21 eram duplicadas e foram pré-selecionados 17 estudos. A leitura na íntegra resultou na exclusão de 11 tese/dissertações, tendo em vista que não respondiam à questão norteadora. Assim, foram incluídos neste estudo seis dissertações.

A partir da análise dos resultados deste estudo, surgiram três categorias: 1) assistência pré-natal de mulheres privadas de liberdade; 2) condições da assistência ao pré-natal de mulheres privadas de liberdade; 3) ações desenvolvidas pelos enfermeiros.

DISCUSSÃO

A categoria **Assistência pré-natal de mulheres privadas de liberdade** aborda a assistência prestada às gestantes privadas de liberdade e foi constituída por duas subcategorias: a) falta de comunicação; b) condições estruturais precárias, relacionados com as condições da assistência destas mulheres.

A subcategoria **Falta de comunicação** refere-se aos resultados de duas dissertações, uma da Área da Psicologia e outra da Área de Segurança Pública. As quais evidenciaram a fragilidade da comunicação entre profissionais de saúde e as gestantes privadas de liberdade, principalmente relacionada com as informações sobre resultados de exames e orientações para o pré-natal. Um dos estudos defendido, foi realizado em Colônias Penais, com 19 participantes, sendo 10 gestantes e 9 puérperas. Os resultados apontaram que a assistência pré-natal de mulheres privadas de liberdade é falha e não fornece informações necessárias para o desenvolvimento da gestação. As gestantes realizam os exames laboratoriais, porém não recebem os seus resultados, há ausência de práticas educativas e esclarecimento de dúvidas por parte dos profissionais.

A outra dissertação que constitui a subcategoria, refere-se ao estudo realizado no Centro de Detenção Provisória do Amazonas, com 5 gestantes e 20 puérperas privadas de liberdade. Os resultados indicaram que nem todas realizaram o acompanhamento pré-natal e aquelas que se beneficiam o início foi tardiamente. Uma das gestantes, aos sete meses ainda não havia iniciado o pré-natal, somente realizou os exames de sangue sem saber a finalidade.

Considera-se que o problema de comunicação sobre os cuidados com a saúde de gestantes em puérperas privadas de liberdade é preocupante. Pois elas têm direito às informações que devem ser priorizadas pelos profissionais visando autonomia para o autocuidado, na promoção da sua saúde e do seu conceito.

Nesse sentido, destaca-se que a troca de informações entre os profissionais e as gestantes são necessárias para garantir um suporte a estas mulheres, tendo em vista que muitas não estão preparadas para concepção, sendo assim a comunicação efetiva poderá contribuir para que se sintam mais seguras e preparadas para o trabalho de parto (RAMOS, 2018).

A subcategoria **Fragilidades na assistência: despreparo dos profissionais** refere-se aos resultados dos estudos, da Área da Enfermagem e da Psicologia mostraram que a maioria dos profissionais de saúde não estão preparados para assistir gestantes em privação de liberdade. Além disso, as prisões não oferecem um ambiente seguro para os cuidados durante o período da gestação ou por falta de habilidades do profissional de saúde, para realizar o pré-natal de detentas nas instituições penitenciárias.

O estudo incluído na subcategoria fragilidades da assistência: despreparo dos profissionais, da Área da Enfermagem, foi realizado em uma Penitenciária Feminina de

São Paulo, com 13 gestantes. Os resultados revelaram que a assistência pré-natal ocorre, porém os profissionais da enfermagem se sentem despreparados para realizar os cuidados e orientações. Pois, o ambiente prisional não é favorável à gestante, uma vez que, não atende suas necessidades básicas de saúde e não oferece recursos estruturais para o desenvolvimento da gestação.

Uma dissertação a amostra teve o objetivo de compreender as representações sociais de gestantes e puérperas encarceradas sobre o gestar na prisão, foi realizado em Colônias Penais, com 19 mulheres privadas de liberdade. Os resultados apontam o despreparo dos enfermeiros nas consultas de enfermagem, as quais se restringem em auscultar os batimentos fetais e medir altura uterina.

Um estudo da Área de Enfermagem foi realizado no Complexo Penal Dr. João Chaves, com 9 mulheres privadas de liberdade. Os resultados revelaram que a assistência pré-natal se iniciava tardiamente e era solicitada pelas gestantes. O mesmo estudo mostrou que 77,8% das gestantes relataram que não realizaram a consulta pré-natal e quando ocorre a média de duas consultas pré-natais.

Destaca-se que uma assistência pré-natal de qualidade é aquela que consiste no acompanhamento da mulher durante todo o período gravídico-puerperal. O pré-natal é fundamental para as gestantes, pois poderá detectar alterações, que possam ser tratadas a tempo com intuito de beneficiar a mulher e o feto (NERY, 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2013).

A não realização do pré-natal, principalmente no primeiro trimestre, pode acarretar gravemente na saúde fetal, já que nesta época o feto está em desenvolvimento dos órgãos vitais e neste período também é possível detectar doenças que podem ser tratadas, evitando partos prematuros e diminuindo agravos materno-fetal e demais complicações (REIS; RACHED, 2017).

O pré-natal deve ser iniciado após a confirmação da gestação e deve ser seguido, com no mínimo seis consultas intercaladas entre médico e enfermeiro. A primeira consulta é realizada no primeiro trimestre de gestação, com até 28^o semanas. No segundo trimestre serão duas consultas do 28^o à 36^o semana de gestação e no terceiro trimestre são três consultas entre 36^o e 41^o semanas de idade gestacional (LEAL et al., 2019).

As consultas de enfermagem não devem limitar-se a procedimentos mínimos, como ausculta dos batimentos fetais e medição da altura uterina, e sim abordar diversos aspectos da gestação, como como anamnese, exame físico geral e ginecológico, além de solicitar exames para um atendimento completo e qualificado, contribuindo para melhoria da assistência (BRASIL, 2006).

Destaca-se que o ambiente prisional, não é favorável à assistência da gestante, uma vez que ele não dispõe de garantias que irão suprir as necessidades de saúde dessas mulheres, como alimentação, sono, higiene entre outros. Desta maneira, os profissionais da enfermagem sentem-se despreparados pois, não conseguem atender as necessidades destas mulheres, dificultando nas intervenções e orientações que possam contribuir na saúde materno-fetal. (BISPO et al., 2020).

A outra categoria, que emergiu na análise das dissertações incluídas neste estudo, foi denominada **Condições da assistência ao pré-natal de mulheres privadas de liberdade** aborda as condições prisionais para realizar a assistência pré-natal. Foi constituída por duas subcategorias: a) atenção pré-natal humanizada b) condições estruturais precárias, relacionadas com as condições da assistência destas mulheres.

A subcategoria **atenção pré-natal humanizada** refere-se aos resultados de uma dissertação realizada na Área da Saúde Pública, em Moçambique. O estudo foi realizado no Presídio de Ndlavelana, em Moçambique, com 9 participantes, das quais 2 eram gestantes. Os resultados apresentaram o acompanhamento das gestantes com uma cobertura elevada de consultas pré-natais, que eram realizadas pelas enfermeiras de saúde materno infantil, totalizando, em média, quatro consultas por este profissional. Diferente dos estudos realizados no Brasil, nos quais a média foi de duas consultas pré-natais, enquanto o estudo D6 apontou que nem todas gestantes vivenciavam o pré-natal.

Resultados mostraram que as gestantes passavam por um atendimento completo, com a realização da anamnese, cálculo gestacional e data provável do parto, verificação de riscos gestacionais e realização de alguns exames como: hemograma, VDRL, testes rápidos para detecção de anticorpos do vírus da imunodeficiência humana, exame de urina e ultrassonografia obstétrica. Todas gestantes foram imunizadas para prevenção do tétano neonatal e todos os registros ficam anotados na caderneta de saúde da gestante.

O atendimento humanizado é aquele que é baseado na ética profissional, onde o tratamento é individualizado e integral, com uma escuta qualificada e comunicação efetiva, permitindo a troca de informações (CONCEIÇÃO; LAGO; LIMA, 2019). O pré-natal é fundamental para as gestantes, pois é através dele que são detectadas alterações, que possam ser tratadas a tempo com intuito de beneficiar a mulher e o feto.

É função do enfermeiro realizar o pré-natal de baixo risco. Vale dizer que está respaldado pela lei, na prática de solicitação de exames de rotina e complementares em programas de saúde pública ou em rotinas em instituições de saúde. A solicitação de exames faz parte da consulta de enfermagem com o objetivo de garantir a assistência da gestante, sem oferecer riscos à sua saúde (ROCHA; SANTOS; SILVA, 2020).

Desta forma, a atenção humanizada no pré-natal contribui para qualificação da assistência à gestante em privação de liberdade, uma vez que os profissionais assistem à mulher de modo integral, único, baseado em relações respeitadas (OLIVEIRA, 2018).

A subcategoria condições estruturais precárias para o pré-natal de detentas, refere-se aos resultados dos estudos que evidenciaram que a falta de estrutura do sistema prisional, afeta na condição de assistência destas gestantes. Duas dissertações foram defendidas em Programas das Áreas da Enfermagem e uma na Área da Saúde Pública.

Um estudo foi realizado na penitenciária Feminina de São Paulo, com 13 gestantes. Os resultados revelaram que as escoltas policiais nem sempre estavam disponíveis para deslocamento das gestantes para consultas, sendo estas muitas vezes reagendadas de acordo com a disponibilidade na agenda das escalas de trabalho dos profissionais e da penitenciária.

Uma dissertação da amostra, aponta tanto as dificuldades devido à falta de profissionais de saúde no ambiente prisional, quanto ao de escoltas ou viaturas para realizarem o deslocamento da gestante para outras unidades de saúde, fora da instituição prisional. O atendimento às mulheres, muitas vezes era realizado pelo técnico de enfermagem que fica encarregado a pelas atividades assistenciais e está sem a supervisão do enfermeiro.

A dissertação, incluída na subcategoria condições estruturais precárias, foi realizada em quatro Penitenciárias femininas no estado da Paraíba, com 41 participantes: mulheres privadas de liberdade, enfermeiros e coordenadores das Secretarias Municipais de Saúde e da Gerência de Saúde da Administração da Penitenciária. Os resultados revelaram que as gestantes iniciam o pré-natal na penitenciária após a comprovação da gestação e os enfermeiros realizam o acompanhamento com um número superior a seis consultas, nas quais também avaliam as queixas das gestantes. Contudo, o pré-natal ocorria de forma parcial considerando as precariedades na estrutura física da penitenciária, direcionada para assistência à saúde da gestante. Foi destacada a falta de insumos, materiais, bem como de profissionais para realizar o deslocamento e acompanhamento da gestante para a realização de exames.

Nesse sentido, as mulheres gestantes, privadas de liberdade, também são privadas dos benefícios do Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento, que objetiva assegurar um atendimento humanizado a todas as gestantes e recém-nascidos. A Rede Cegonha garante a atenção durante todo ciclo gravídico-puerperal, extensivo ao recém-nascido até ele completar 24 meses de idade (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

Apesar das gestantes terem direito ao pré-natal e estarem asseguradas por programas de saúde e pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP), que dispõe de uma equipe médica e estrutura física para o acompanhamento da gestação. O acompanhamento pré-natal nem sempre ocorre de maneira completa e qualificada (ROCHA et al., 2019).

A Lei de Execução Penal nº11.942/09, garante que todas as mães em situação prisional e seus os bebês possuam condições mínimas de assistência à saúde, com direitos às mulheres e seus filhos (BRASIL, 2009).

A realidade não condiz com as diretrizes da constituição brasileira, que garante a assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população prisional (BRASIL, 2004).

Vale dizer que o sistema penitenciário não foi feito para abrigar a gestante e seu filho, uma vez que, é um local com restrições, rotinas estipuladas, códigos de condutas. Assim, há falta de estrutura física, material e equipamentos, falta de profissionais especializados para atender esta demanda, o que pode comprometer na evolução da gestação e do desenvolvimento fetal (MOREIRA, 2018).

Diante disso, resultados de outra pesquisa também destacam que as penitenciárias necessitam de uma reforma, para melhoria da assistência à saúde, alinhadas com as políticas públicas voltadas à população penitenciária, de modo a garantir a saúde das gestantes privadas de liberdade, visando diminuir a mortalidade materna e infantil, por meio de atitudes que garantam o acesso, a cobertura e a qualidade da assistência pré-natal no sistema prisional (SANTANA; OLIVEIRA; BISPO, 2016).

Contudo, sabe-se que os enfermeiros são profissionais habilitados, que possuem conhecimento e técnicas científicas, portanto eles devem desenvolver estratégias que visem garantir a assistência destas mulheres com os meios que possuem.

A categoria **Ações desenvolvidas pelos enfermeiros**, aborda atividades realizadas por enfermeiros no pré-natal de gestantes em privação de liberdade.

Os resultados sobre estudo realizado em Penitenciária feminina de São Paulo, apontaram que: o enfermeiro foi responsável pela primeira consulta da gestante, na unidade prisional; pela abertura do prontuário e o registro no sistema de Informação à Saúde Pré-Natal; solicitou exames complementares, conforme rotina da instituição. A consulta pré-natal foi realizada pontualmente em gestantes com até 32 semanas, alternando com o ginecologista. Em alguns momentos, o profissional também participava de campanhas de vacinação e atividades de promoção à saúde.

Os resultados do estudo realizado em Colônias Penais Femininas, em Pernambuco, revelaram que as ações de pré-natal desenvolvidas pelo enfermeiro estavam restritas em medir altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos e prescrever sulfato ferroso.

Na dissertação realizada em penitenciárias femininas, na Paraíba, os resultados mostraram, que a atuação do enfermeiro estava relacionada com consulta ginecológica, que avaliava sangramentos, corrimentos, dor pélvica e demais queixas das gestantes. No referido estudo os enfermeiros relataram que realizavam atividades educativas e com foco no aleitamento materno. Porém, as gestantes referiram que havia práticas educativas relacionadas com o pré-natal.

Os resultados das dissertações incluídas nestas categorias revelam que as ações dos enfermeiros no pré-natal de mulheres privadas de liberdade, estão pautadas em ações curativas e não incluem a promoção da saúde.

Porém, o enfermeiro necessita estar habilitado para realizar o pré-natal de baixo risco nas unidades de saúde prisional, sendo responsável por desenvolver atividades de educação em saúde, orientando a gestante e ouvindo suas queixas, bem como auxiliar no diagnóstico e tratamento de patologias que podem ocorrer durante a gestação (MUNIZ et al., 2018).

Sendo assim, a primeira consulta pré-natal deve ser realizada com objetivo de verificar a situação atual da gravidez, seguida de exames físico geral e ginecológico-obstétrico. O enfermeiro deve solicitar os exames complementares do primeiro trimestre, para garantir um atendimento amplo e qualificado. É calculado a idade gestacional e a data provável do parto. O peso e a pressão são aferidos para controle e anotados na caderneta da gestante para controle gestacional. Nas próximas consultas, cabe ao profissional verificar o calendário de imunizações, o índice de massa corporal, medir a altura uterina, auscultar os batimentos fetais e interpretar o resultado dos exames, solicitados anteriormente na primeira consulta. Todos estes processos devem estar registrados na caderneta de saúde da gestante (XIMENES; SILVA; RODRIGUES, 2020).

A excelência do acompanhamento pré-natal, envolve empatia e a capacidade do profissional em orientar as gestantes, reconhecendo suas necessidades, detectando alterações que possam ocorrer, auxiliando-as, com intuito de minimizar agravos. (DIAS et al., 2020).

As contribuições dos resultados deste estudo para Área da Enfermagem consistem na reflexão acerca da vulnerabilidade do pré-natal de mulheres privadas de liberdade, apontando a necessidade de promoção de ações visando atender ao Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.

Dentre as limitações do estudo destaca-se a lacuna de publicações na Área da Enfermagem, sobre o tema em estudo, implicando na escassa identificação as ações específicas da enfermagem voltadas ao pré-natal de mulheres privadas de liberdade, principalmente quanto às ações desenvolvidas pelos enfermeiros relacionadas a preparação para o trabalho de parto e parto.

CONCLUSÃO

Os resultados dos estudos incluídos nesta pesquisa apontaram que a assistência pré-natal, no Brasil, não atende as necessidades das gestantes privadas de liberdade. Pois, embora existam políticas públicas voltadas a esta população, os cuidados pré-natal ainda são negligenciados. Sendo que, o sistema prisional não dispõe de condições estruturais, humanas e materiais para garantir o desenvolvimento saudável da gestação. O que reflete na condição da assistência prestada pela equipe de enfermagem às gestantes em privação de liberdade. Destaca-se que grande parte das instituições estudadas, as gestantes não realizam o pré-natal conforme preconizado pelas políticas públicas.

O papel do enfermeiro na assistência pré-natal às mulheres privadas de liberdade, foi pouco abordado nas dissertações em estudo. Dentre as ações realizadas por enfermeiros destacam-se consultas restritas em auscultar batimentos fetais, medir a altura uterina, com carência nas práticas educativas de promoção à saúde. Nesse sentido, as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção pré-natal são escassas, fragmentadas e não atendem às necessidades das gestantes privadas de liberdade que necessitam de uma atenção integral, por isso sugere-se a necessidade de mais pesquisas na área.

Espera-se que este estudo possa contribuir com reflexões acerca da importância e relevância do tema, em especial para a Área da Enfermagem, recomenda-se a produção de novos estudos, para subsidiar os profissionais de enfermagem na busca de estratégias para qualificar a assistência das gestantes privadas de liberdade, pautadas nas políticas públicas e com o apoio dos gestores dos Sistemas Prisionais.

REFERÊNCIAS

- BISPO, Tânia Christiane Ferreira et al. Percepções das gestantes e puérperas presidiárias acerca do contexto carcerário. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v.5, n.1, p. 43-50, jun. 2016. Disponível em: <https://200,128,7,132/index.php/enfermagem/article/view/835/646>. Acesso em: 4 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.942, de 28 de maio de 2009**. Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11942.htm Acesso em: 4 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acesso em: 2 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 28 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização. **Humanização do parto e nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos HumanizaSus, v.4). Disponível em: http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 2 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. 3 ed. Série B. textos básicos Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_pnssp.pdf Acesso em 27 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de atenção básica, n. 32. Série A. normas e manuais técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 7 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada- Manual Técnico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno n.5. Série A. normas e manuais técnicos). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. Acesso em: 4 jul. 2020

CONCEIÇÃO, Leila Serafim Conceição; LAGO, Maria Joseane; LIMA, Marcio Amorim Tolentino. Pré-natal humanizado no sus: ações de enfermagem. **Revista Eletrônica Disciplinarum Scientia**. Santa Maria, RS, v. 20, n. 2, p. 269-280, mai. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2663/2398>. Acesso em: 4 jul. 2020.

DIAS, Ernandes Gonçalves et al. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Revista Sustinere**. Rio de Janeiro, RJ, v. 6, n. 1, p. 52-62, jul. 2018. Disponível em : <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/31722/25719>. Acesso em : 5 jul. 2020.

FÉLIX, Rayane Saraiva et al. O enfermeiro na atenção pré-natal às mulheres em sistema carcerário. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, PE, v. 10, n. 11, p.3936-3947, out. 2017.

FRANÇA, Alba Maria Bomfim de; SILVA, Jovânia Marques de Oliveira e. A mulher em situação de prisão e a vivência da maternidade. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, Recife, PE, v. 12, n. 11, p.1891-1894, mai. 2016. <http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistadeenfermagem/article/download/13571/16366>Acesso em: 27 nov. 2018.

INFOPEN. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: Infopen mulheres**. 2018. Ministério da Justiça e Segurança Pública Departamento Penitenciário Nacional. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopenmulheres_arte_07-03-18.pdf. Acesso em: 22 jun. 2019.

LEAL, Maria do Carmo et al. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 21, n. 7, p.2061-2070, jul. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015217.02592016>.

MOREIRA, Rafaela Araújo. Com a palavra, as mulheres: maternidade por trás das grades. **Revista dos Tribunais Online**. [S.l.], v. 146, p. 649-662, ago. 2018. Disponível em: http://sistemas.rj.def.br/publico/sarova.ashx/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arquivos/Com_a_palavras_as_mulheres.pdf. Acesso em: 4 jul. 2020.

MUNIZ, Fernanda de Fátima Santos et al. Assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na atenção primária. **Journal Of Management & Primary Health Care – Jmphc**, [S.l.], v. 9, p.1-14, 19 dez. 2018. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/433>. Acesso em: 03 jun. 2019.

NERY, Ricardo Lima. **Avaliação de qualidade assistencial e de incentivo ao pré-natal das gestantes da unidade de saúde Santa Luzia em Salvador-BA**. 2015. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde) Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2015.

OLIVEIRA, Barbara Kellen Souza; GONÇALVES, Taisa de Paula; SOUZA, Kleide Ventura de. Direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal: conhecimentos da gestante em uma unidade básica de saúde. **Revista Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, RJ, v. 5, n. 93, p.1-8, abr. 2018. Disponível em: <http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/view/93> Acesso em : 01 jun. 2020.

PIMENTEL, Itaciara dos Santos et al. Percepção de mulheres privadas de liberdade acerca da assistência à saúde no sistema penitenciário. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, PI, v. 8, n. 4, p.109-119, dez. 2015. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/659> Acesso em : 10 mai. 2020.

RAMOS, Aline Sharlon Maciel Batista Ramos et al. A assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro sob a ótica das gestantes. **Revista Interdisciplinar**, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 87-96.2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6763719> Acesso em : 30 jun. 2020.

REIS, Rachel Sarmento; RACHED, Chenyfer Dobbins Abi. O papel do enfermeiro no acompanhamento de pré-natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa – gestante. **International Journal of Health Management Review**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 1-32, 2017. Disponível em: <https://www.ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/125/62>. Acesso em: 15 out. 2019

ROCHA, Ana Paula Frota et al. A assistência de enfermagem prestada às gestantes privadas de liberdade. **Revista Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 1, p. 149-153. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2796/0>. Acesso em: 1 jun.2020.

ROCHA, Kattysglay Endlich Silva; SANTOS, Cleia Nascimento dos ; SILVA, Cleiry Simone Moreira da. Assistência ao pré-natal de baixo risco ofertada por enfermeiros no brasil: revisão de literaturas publicadas no período de 2016 a 2020. **Revista Multidisciplinar Pey Kêyo Científico**. [S.l.] v. 6, n. 1, p. 113-126, 2020. Disponível em: <http://periodicos.estacio.br/index.php/pkcroraima/article/view/8124/47966693>. Acesso em: 5 jul. 2020.

SANTANA, Ariane Teixeira; OLIVEIRA, Gleide Regina De Sousa Almeida; BISPO, Tânia Christiane Ferreira. Mães do cárcere: vivências de gestantes frente à assistência no pré-natal. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 40, n. 1, set. 2017. Disponível em: <<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/778>>. Acesso em: 4 jul. 2020.

SANTOS, Jéssica Beserra dos et al. O enfermeiro como educador para benefício do parto normal. **Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 1, p.24-36, dez. 2016. Revista <http://dx.doi.org/10.24281/rremecs2526-2874.2016.1.1.24-36>

SILVA, Ellen de Moraes e. **As condições de saúde das gestantes e puérperas no sistema prisional na cidade de MANAUS/AM**. 2016. Dissertação (Mestrado em Segurança Pública) –Programa de Pós-Graduação em Segurança Pública, Cidadania e Direitos Humanos, Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2016.

SOUZA, Geovanna Camelo; CABRAL, Karina Dyanna Salvador; SALGUEIRO, Cláudia Daniele Barros Leite. Reflexões sobre a assistência em enfermagem à mulher encarcerada: um estudo de revisão integrativa. **Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar**, [S.l.], v. 22, n. 1, p.1-8, mar. 2018. Universidade Paranaense. <http://dx.doi.org/10.25110/arqsaude.v22i1.2018.6240>.

SUSEPE, Superintendência dos Serviços Penitenciários. **Mapa Prisional: mulheres**. 2019. Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: http://www.susepe.rs.gov.br/conteudo.php?cod_menu=203&cod_conteudo=3829Acesso em: 5 jul. 2020.

XIMENES, Andressa Santos; SILVA, Jurema Medeiros da; RODRIGUES, Gabriela Meira de Moura. Atuação da enfermagem na assistência ao pré-natal na unidade básica de saúde. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**. [S.l.],v.2, n. 4, p. 6-10, 2020. Disponível em: <http://revista.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/391/151>. Acesso em: 4 jul. 2020.

CARTILHA EDUCATIVA SOBRE OS ACIDENTES DOMÉSTICOS NA INFÂNCIA

Data de aceite: 01/02/2024

Jhenneff da Silva Cavalcante

Acadêmica de enfermagem, Universidade Federal do Pará

Bruna Carriço Nascimento

Acadêmica de enfermagem, Universidade Federal do Pará

Rafaela Brito Sampaio

Acadêmica de enfermagem, Universidade Federal do Pará

Ariana Ventura Leal

Acadêmica de enfermagem, Universidade Federal do Pará

Márcio Davi Barros Brasil

Acadêmico de enfermagem, Universidade Federal do Pará

Carlíene Fiel Valente

Acadêmica de enfermagem, Universidade Federal do Pará

Gisele Monteiro Viana

Acadêmica de enfermagem, Universidade Federal do Pará

Ana Paula Alves Castros

Acadêmica de enfermagem, Universidade Federal do Pará

Raissa Caroline Cabral Lima

Acadêmica de enfermagem, Universidade Federal do Pará

Edficher Margotti

Doutora em Pediatría e Saúde Pública, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

APRESENTAÇÃO

O período da infância é compreendido entre o nascimento até os nove anos de idade. No entanto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) considera a primeira infância as crianças de zero até completar os seis anos de idade. Neste período, as crianças estão desenvolvendo as suas potencialidades humanas e podem estar expostas a diversos tipos de doenças e agravos, no qual se englobam os acidentes, que podem provocar danos físicos, psicológicos e econômicos, podendo determinar a capacidade cognitiva e social ao longo da fase adulta. (BRASIL,2018; LIMA et al.,2018)

No contexto global, houve uma redução na carga de doenças entre crianças por causas infecciosas, neonatais e associadas à nutrição, enquanto

os incidentes relacionados a causas externas (acidentes e/ou violências) tiveram um crescimento expressivo de mortes infantis. (BEZERRA et al, 2022)

No âmbito nacional, dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS), mostraram que, em 2019, ocorreram 2.926 óbitos de crianças menores de 10 anos em todo o país, em decorrência de causas externas. Destes, a maior parte foi decorrente de riscos acidentais associados à respiração (sufocação/ estrangulamento em cama; obstrução do trato respiratório por alimentos/objetos; entre outros) – 764 (26,1%); ou teve como causa afogamento e submersão acidentais – 591 (20,2%). (BEZERRA et al, 2022)

A criança quanto mais nova e imatura, física e mentalmente, possui menor percepção de risco e maior vulnerabilidade, sendo dependente de terceiros em termos de segurança contra acidentes. Desse modo, o processo de crescimento e desenvolvimento das crianças somado aos sinais de desatenção dos cuidadores, ao comportamento da família e a inexistência de ações preventivas propiciam às situações de risco e/ou acidentes na infância. Nessa perspectiva, em relação aos indivíduos envolvidos no cuidado da criança (pais, educadores e os responsáveis) foi demonstrada a necessidade de capacitações sobre prevenção de acidentes nos ambientes de convivência (domicílio, creche, escola, entre outros). A melhor forma para diminuir os números de acidentes na primeira infância é a prevenção através da educação em saúde, promovendo um ambiente domiciliar seguro, incentivando a mudanças de comportamentos e atitudes que possam acarretar algum tipo de ocorrência.(CRIANÇA SEGURA, s.d; COSTA et al., 2017; CARVALHO et al, 2022)

Nessa perspectiva, a presente cartilha tem o objetivo de identificar alguns acidentes que acometem as crianças e propor orientações preventivas aos pais e/ou responsáveis a fim de minimizar a incidência de acidentes e reduzir eventuais danos à saúde.

ACIDENTES DOMÉSTICOS

Acidente consiste em um evento imprevisível, onde resulta em algum prejuízo ao indivíduo, muitas vezes uma lesão (BRASIL, 2012). Já o acidente doméstico está relacionado com o ambiente em que a criança habita, geralmente é constituído por cozinha, banheiro, sala, escada, quarto e garagem, em caso de apartamento está incluso elevadores. Os acidentes domésticos (AD) na infância representam um importante problema de saúde de abrangência mundial. Estudos revelam que o local que a criança está vivendo, a comunidade, e os hábitos socioculturais são os maiores fatores de risco para os acidentes domésticos na infância.

O acidente doméstico com crianças na idade pré-escolar ainda apresenta índices elevados de ocorrência, são eventos complexos e inesperados, que consiste em um grave problema de saúde pública. Crianças menores de cinco anos são apontadas como o maior índice de morte em todo o mundo. Os acidentes domésticos consistem em situações complexas, pois além dos custos sociais, econômicos e emocionais, são

também responsáveis por deixar sequelas que, em longo prazo, repercutem na família e na sociedade em geral.

Acidentes domésticos mais frequentes: Quedas, sufocamentos, queimaduras, afogamentos e intoxicações que ocorrem acidentalmente dentro de casa são as principais causas de morte infantil no Brasil na faixa etária entre 0 e 14 anos. De acordo com dados do DataSUS, do Ministério da Saúde, o país registrou 1.616 óbitos de crianças por acidentes domésticos nos anos de 2020 e 2021.

1. Quedas: esses acidentes envolvem crianças na faixa etária de 1 a 5 anos e ocorrem principalmente no ambiente domiciliar porque é neste meio que a criança passa a maior parte de seu dia.
2. Queimaduras: De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, as queimaduras representam a terceira causa mais comum de hospitalizações de crianças. As queimaduras geralmente ocorrem na cozinha e seu tratamento é longo, doloroso e pode deixar marcas e traumas permanentes na criança e família.
3. Afogamento: se apresenta como uma causa externa relevante e que leva as crianças às emergências. É um acidente que ocorre de forma silenciosa, logo é preciso que em ambientes que tenham qualquer reservatório de líquidos o cuidador deve ter atenção e não deixar a criança sem supervisão. Este é um acidente que leva à morte e se houver sobreviventes pode deixar sequelas permanentes.
4. Intoxicação: o ambiente domiciliar apresenta uma grande variedade de agentes como plantas tóxicas, medicamentos, pesticidas, produtos de limpeza e higiene, que quando não armazenados ou utilizados de forma correta representam risco para intoxicação e envenenamento para as crianças.

Acidente 1: Intoxicação

Os infantis são particularmente suscetíveis a intoxicações, tendo em vista suas curiosidades, rapidez e às vezes a desatenção de seus cuidadores.

As principais causas de intoxicações nos menores são:

1. Intoxicação alimentar: É decorrente da ingestão de alimentos ou água que estejam contaminados por bactérias, fungos ou toxinas;
2. Intoxicação medicamentosa: Se encontra entre uma das mais prevalentes causas de hospitalização por intoxicação infantil e isso se deve ao fato de muitas das vezes os medicamentos estarem ao alcance do público infantil e suas embalagens coloridas, cheiro agradável e gosto adocicado despertarem a curiosidade das crianças;
3. Intoxicação por produtos saneantes: Consiste na ingestão de produtos de limpeza como detergentes, água sanitária, sabão, desinfetantes e outros. O armazenamento inadequado dos produtos de limpeza pelos pais e/ou responsáveis é fator contribuinte para intoxicação, uma vez que as embalagens

coloridas e os desenhos que as mesmas possuem são atraentes aos olhos dos infantis.

4. Intoxicação por planta: Constitui-se na inalação, contato ou ingestão causando danos à saúde do público infantil, essas plantas tóxicas se encontram em diversos ambientes como dentro de casa, nos quintais ou jardins, ambientes esses bastante explorados pelos menores.

É de suma relevância tomar medidas adequadas para prevenir os acidentes domésticos em casa decorrentes de intoxicação, entre as medidas constam a higienização adequada dos alimentos e das mãos e verificação da validade do produto durante o preparo das refeições, armazenamento adequado dos medicamentos e produtos de limpeza fora do alcance dos menores em armários trancados, ter conhecimentos sobre as plantas venenosas e evitar o seu plantio e cultivo.

Acidente 2: Queimadura

A queimadura é uma lesão na nossa pele causada por vários fatores como calor, produtos químicos, fogo, entre outros. As crianças têm maior probabilidade de sofrer queimaduras em casa devido à sua curiosidade e falta de percepção dos perigos.

Os principais causas de queimaduras nas crianças são:

1. Líquidos quentes: Derramamento de líquidos quentes, como água fervente, café, chá ou sopas, são uma causa comum de queimaduras em crianças. Esses acidentes geralmente ocorrem na cozinha;
2. Fogo: Crianças podem se queimar em incêndios causados por velas, fósforos, isqueiros ou objetos inflamáveis. Além disso, brincar com fogo pode levar a queimaduras graves;
3. Superfícies quentes: Crianças podem sofrer queimaduras ao tocar em superfícies quentes, como fogões, fornos, ferros de passar roupas ou aquecedores;
4. Produtos químicos: O contato com produtos químicos domésticos, como produtos de limpeza, alvejantes ou ácidos, pode causar queimaduras químicas;
5. Eletricidade: Crianças podem se queimar ao colocar objetos em tomadas ou ao entrar em contato com fios elétricos desencapados.

É importante tomar medidas de precaução para prevenir acidentes relacionados a queimaduras em casa. Alguns exemplos incluem manter líquidos quentes fora do alcance das crianças, usar protetores de tomadas, ensinar sobre os perigos do fogo, manter objetos inflamáveis longe do alcance das crianças e garantir que a casa seja segura em termos de fiação elétrica.

Acidente 3: Escalpelamento

O escalpelamento é um dos acidentes que mais atinge crianças nas comunidades ribeirinhas, pois costuma ocorrer devido à falta de proteção dos eixos dos motores das embarcações utilizadas como principal meio de transporte nessas regiões. Trata-se da retirada abrupta parcial ou total do couro cabeludo, podendo haver danos na estrutura facial, além de diversas consequências nas esferas biopsicossociais das vítimas. Ressalta-se ainda que este tipo de acidente pode causar hemorragias, as quais tendem a ser fatais quando não há o manejo adequado em tempo hábil.

Formas de prevenir o escalpelamento:

1. Proteger o eixo do motor dos barcos.
2. Manter a distância dos motores de embarcações.
3. Não ficar com os cabelos soltos nas viagens de barco.
4. Não usar o penteado “rabo de cavalo” (pois o cabelo ainda assim pode prender-se ao motor e ser arrancado de uma só vez).

Acidente 4: Afogamento

O afogamento é umas das principais causas de morte em crianças, jovens e adultos jovens no Brasil, sendo que em 2018 foi a segunda maior causa de óbito entre crianças de 1 a 4 anos, e o maior risco de morte por afogamento está na faixa etária de 15 a 19 anos, tendo em vista que o comportamento de risco e a falta de supervisão são fatores que aumentam a probabilidade de ocorrer um afogamento.

Durante o período de 2010 a 2019, de acordo com os dados obtidos pelo SIH/SUS de Óbitos por residência segundo Região/Unidade da Federação foram registrados um total de 7.727 mortes por afogamento em toda região norte do país. O número de mortes somente no Estado do Pará foi de 3.144 casos correspondendo. Este número corresponde a 40,69%, o que coloca o estado em primeiro lugar em casos de mortes por afogamento, seguido pelo Estado do Amazonas com 27,44% dos casos, destaca-se que as crianças formam o terceiro grupo mais atingido.

A maioria dessas mortes é evitável por meio de soluções baseadas em evidências e de baixo custo, como:

- Evitar acesso de crianças à piscinas, baldes e banheiras com água, sem dispositivos de flutuação, como exemplo, as bóias;
- Instalar barreiras nas pontes das casas próximas aos rios, principalmente nas residências da população ribeirinha;
- Monitorar as crianças e jovens em passeios próximos à praias e igarapés;
- Proibir que a criança ou qualquer outra pessoa nade sozinha;
- Ensinar natação, segurança na água e habilidades de resgate;

- Fazer treinamentos em resgate e ressuscitação seguros;
- Definir e fazer cumprir os regulamentos de navegação segura;

Acidente 5: Queda

A queda é um deslocamento desintencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, desencadeado por múltiplos fatores, sendo esse processo resultante ou não em dano.

Medidas para evitar o risco de queda:

1. Não deixar uma criança supervisionando outra;
2. Evitar deixar a criança sozinha em cima de móveis;
3. O berço ou cercado do bebê precisam ter grades altas, e de no máximo 6 cm entre elas;
4. Usar barreiras de proteção como redes e grades em janelas e escadas;
5. Verificar estantes e cômodas se estão fixos na parede ou no chão, para evitar tombamento de móveis;
6. Sofás e armários devem estar distantes da janela para evitar que a criança suba e corra o risco de cair;
7. Sempre supervisionar a criança quando ela for andar de bicicleta na rua, de preferência utilizar equipamentos de segurança.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, Ana Karolina Oliveira dos Santos, et al. Aplicação de uma tecnologia educacional para a prevenção de acidentes causados por eixo de motor descoberto em um porto municipal de Belém-PA: Relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (39), e2216. Disponível em : <<https://doi.org/10.25248/reas.e2216.2020>> . Acesso em: 06 jun. 2023
2. POSSUELO, Lia Gonçalves, et al. Primeiros socorros na educação infantil. 2022. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/3356/1/Primeiros%20socorros%20na%20educa%C3%A7%C3%A3o%20infantil.pdf>. Acesso em: 19 maio .2023
3. DANILLO, Queiroz Moraes, et al. Intoxicação por medicamentos em crianças no ambiente doméstico: revisão sistemática. *Brazilian Applied Science Review*, Curitiba, v.5, n.3, p.1404-1418, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BASR/article/view/30254/pdf>. Acesso em: 20 maio.2023
4. SILVA, Cremilson Paula, et al. Fatores associados à intoxicação por produtos de limpeza em crianças: revisão integrativa. *Research, society and development*, v.11, n.11, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33725/28525>. Acesso em: 20 maio .2023
5. SILVA, V. C. et al. Perfil epidemiológico dos casos de afogamentos no norte do Brasil, com ênfase no estado do Pará de 2010 a 2019. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 10, p. 1-10, 2021. Disponível em:<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16706/16641>. Acesso em: 23 maio. 2023

6. BRASIL. INMETRO. Acidentes com crianças: o que você pode fazer para mudar essa estatística? 25 nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inmetro/pt-br/centrais-de-conteudo/noticias/acidentes-com-criancas-o-que-voce-pode-fazer-para-mudar-essa-estatistica>. Acesso em: 06 jun. 2023.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Acidentes na infância: 90% podem ser evitados com medidas simples de prevenção. 03 nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/acidentes-na-infancia-90-podem-ser-evitados-com-medidas-simples-de-prevencao>. Acesso em: 06 jun. 2023.
8. BRASIL. Ministério da saúde. ANVISA. Anexo 1: protocolo prevenção de quedas. 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/protocolo-de-prevencao-de-quedas>. Acesso em: 06 jun. 2023.
9. OLIVEIRA LS. Escalpelamento: Política Pública Para A População. R. Defensoria Públ. União Brasília. 2016; 9: 1-504. Disponível em: < <https://doi.org/10.46901/revistadadpu.i09.p%25p>>. Acesso em: 06 jun. 2023.
10. BRASIL. Ministério da saúde. Ministério alerta para prevenção de acidentes domésticos envolvendo crianças. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/11/ministerio-alerta-para-prevencao-de-acidentes-domesticos-envolvendo-criancas>. Acesso em: 10 jun. 2023.
11. SILVA, Joseli de Souza Silva; FERNANDES, Kathlynn da Silva. Acidentes Domésticos mais frequentes em crianças. Uniceplac, Trabalho de Conclusão de Curso, p.01-28. Brasília, 2019.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): orientações para implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-crianca-pnaisc> Acesso em: 05 jun. 2023.
13. BEZERRA, Maria Augusta Rocha et al . O tempo do luto materno pelo filho que morreu na infância. **Esc. Anna Nery**, v. 26, e20210264, 2022 . Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452022000100223&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 jun.2023.
14. COSTA, S.N.G. et al. Acidentes infantis: conhecimento e percepção de educadoras de creches. . **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 11, n. 10, p. 3845-52, out., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/69696/24314>. Acesso em: 05 jun. 2023.
15. CARVALHO, et al. Construção e validação de uma cartilha educativa sobre a alimentação complementar de lactentes. **Rev Enferm Atual In Derme**. v. 96, n. 38, 2022. Disponível em: <http://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1283> Acesso em: 05 jun. 2023.
16. LIMA, et al. Identificação dos conhecimentos de mães na prevenção de acidentes da primeira infância. **Enferm. Foco**. 9 (4): 77-80, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n4.1273> Acesso em: 05 jun. 2023.
17. SAFE KIDS WORLDWIDE. Preventing injuries in children, the number one killer of kids in the United States. Disponível em: <http://www.safekids.org/>

RECOMENDAÇÕES DISPONÍVEIS SOBRE AMAMENTAÇÃO DURANTE O PERÍODO DE PANDEMIA PELA COVID-19

Data de aceite: 01/02/2024

Rosália Teixeira Luz

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, Brasil (2015)
Professora Titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/7804718178917064>
<https://orcid.org/0000-0001-5148-9983>

Micaela Leão de Sousa

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil (2022). Monitora da Disciplina Epidemiologia II da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1320546738023976>
<https://orcid.org/0000-0002-4726-5837>

Andreza Gabriel dos Santos

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB, Brasil. Monitora da Disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva III da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/0477746292262938>
<https://orcid.org/0009-0006-2605-0139>

Marizete Argolo Teixeira

Doutorado em Sciences des infirmières pelo Université de Montreal, Canadá (2009) Professora Pleno da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/1645299524690659>
<https://orcid.org/0000-0003-1027-9300>

Márcio Pereira Lobo

Doutorado em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil (2019). Professor Adjunto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil
<http://lattes.cnpq.br/5823207376674875>
<https://orcid.org/0000-0002-8454-2135>

RESUMO: Objetivo: identificar na literatura científica as recomendações disponíveis sobre a amamentação durante o período de pandemia pela COVID-19. **Método:** trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa, a busca dos artigos foi realizada entre março e abril de 2021, nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine National Institutes of Health (PUBMED)* e *Medical Literature Analysis and Retrieval System* online (MEDLINE), através dos Descritores em Ciências da Saúde (DeSC): “Infecções por Coronavírus”, “Amamentação”, “Recém-nascido”, e também do *Medical Subject Headings (MeSH)*: “*Coronavirus Infections*”, “*Breast Feeding*” e *Infant Newborn*, com o operador booleano AND, no qual foram encontrados 11 estudos que

atendiam ao objetivo. **Resultados:** os estudos apresentam recomendações divergentes sobre a amamentação durante a COVID-19 seja promovendo o contato pele a pele e o aleitamento materno ou a separação da mãe e do recém-nascido, além disso, alguns estudos apontam os impactos que essa separação pode ocasionar, outros estudos sugerem a continuidade da amamentação para as mães positivas ou com suspeita de COVID-19, visto que, os benefícios da amamentação superam os riscos de transmissão de COVID-19, desde que sejam utilizados equipamentos de proteção individual e realização da higienização das mãos.

Conclusão: considerando a atual conjuntura em que estamos vivendo faz-se necessário propagar conhecimentos para a comunidade e profissionais da saúde para orientar e prevenir a contaminação da COVID-19 entre binômio mãe-filho.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19; Amamentação; Lactantes.

INTRODUÇÃO

O leite materno é um alimento natural e renovável essencial para o bebê, pois fornece todos os nutrientes indispensáveis para o seu crescimento e desenvolvimento, além disso, é considerado como a primeira imunização do bebê, visto que a amamentação na primeira hora de vida diminui os riscos da mortalidade neonatal¹. Pesquisas têm demonstrado que a amamentação envolve proteção, afeto e nutrição para o bebê, além de fornecer benefícios quanto à prevenção de morbidade por diarreia, infecções respiratórias, alergias, doenças não transmissíveis como hipertensão, obesidade, diabetes, asma infantil e para o desenvolvimento saudável do cérebro e suas funções cognitivas^{1,2}. Além disso, é importante destacar os benefícios da amamentação para a mãe no que tange a redução de peso e de hemorragias pós-parto, câncer de mama, câncer de útero e doenças cardiovasculares¹.

Apesar disso, é importante salientar as possibilidades de transmissão de vírus e bactérias através do leite materno, podendo originar ansiedade e medo nas lactantes e até mesmo a possibilidade de interrupção do aleitamento materno³. Nessa conjuntura existem situações que comprometem a prática do aleitamento, a exemplo disso, as mães infectadas pelo HIV, HTLV1 e HTLV2, em uso de medicamentos quimioterápicos e, também, mulheres que fazem uso frequente de drogas ilícitas e álcool⁴.

Nessa circunstância, diante de uma doença nova que é a COVID-19, esse cenário atual pandêmico pode acarretar incertezas quanto a promoção do aleitamento materno, surgindo dúvidas no que diz respeito aos modos de transmissão e da segurança durante a amamentação nos casos onde a mãe há a suspeita ou com confirmação da COVID-19⁵. A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-Cov-2, sendo considerada a nova ameaça à saúde global devido a sua rápida transmissibilidade, sendo identificada pela primeira vez em dezembro de 2019 na província de Hubei, na China⁶. No ano seguinte, em 11 de março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a nova pandemia pelo coronavírus⁷.

A transmissão da SARS-Cov-2 ocorre através de gotículas das vias respiratória quando são expelidas através de tosse e espirro por indivíduos infectados. Além desses, há

também evidências de outras formas de transmissão como os aerossóis, fômites e sangue. No que se refere aos sintomas do SARS-CoV-2 podem ser leves como mal-estar, coriza, febre, congestão nasal, perda do paladar, dispneia e mialgia, nos sintomas graves há a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARG), no qual as complicações podem ser letais e são comuns em idosos e nas pessoas que apresentam comorbidades^{8,9}.

Diante do contexto atual pandêmico, não há evidências acerca da transmissão vertical de COVID-19 da mulher grávida infectada para o feto. Contudo, quando a mãe está infectada pode transmitir o vírus através de gotículas respiratórias durante a amamentação ou contato íntimo¹⁰. Diante disso, a pandemia se torna uma ocasião para esclarecer as dúvidas e aproveitando para reforçar para falar sobre a importância da amamentação, apresentando os seus benefícios tanto para o bebê quanto para a mãe e, principalmente, constatar a importância dessa prática que salva tantas vidas¹⁰.

O presente estudo parte do interesse pela temática devido ao contexto atual pandêmico, e do meu interesse pessoal pela temática amamentação, pois sabemos o quão é importante para o crescimento e desenvolvimento saudável de um bebê. Diante da nova realidade, vieram muitas dúvidas, dificuldades e insegurança acerca do aleitamento materno, quanto aos modos de transmissão e se o ato de amamentar é seguro e eficiente durante a pandemia da COVID-19.

Diante do exposto, esta pesquisa é relevante por abordar estudos disponíveis na literatura, com o propósito de ofertar informações as lactantes, profissionais e acadêmicos da área de saúde sobre as recomendações disponíveis na literatura acerca a amamentação durante a pandemia pela COVID-19, pois sabemos que essa pandemia acarretou muita insegurança, dúvidas e medo nas pessoas especialmente nas gestantes. Além disso, esse estudo irá contribuir na assistência dos profissionais de saúde para que eles possam orientar as lactantes com maior segurança.

Dessa forma, o presente estudo traz como questão de pesquisa: “Quais as recomendações disponíveis na literatura acerca da amamentação durante a pandemia pela COVID-19?”. Buscando resposta a nossa inquietação traçamos o objetivo: Identificar na literatura científica as recomendações disponíveis sobre a amamentação durante o período de pandemia pela COVID-19.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, do tipo narrativa. A revisão narrativa apresenta algumas alternativas como a possibilidade de se argumentar amplamente determinado tema ou assunto, seja do ponto de vista teórico ou contextual. As revisões narrativas compreendem uma temática mais aberta e não exige um protocolo rígido para sua confecção, sua análise constitui a partir da análise da literatura publicada em artigos, revistas impressas ou eletrônicas, sendo utilizadas como resultados a partir da análise

crítica pessoal do autor^{11,12,13}. Os dados foram coletados nos meses de março a abril de 2021 através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PUBMED e *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), através dos seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeSC): “Infecções por Coronavírus”, “Amamentação”, “Recém-nascido”, e também através dos *Medical Subject Headings* (MeSH): “*Coronavirus Infections*”, “*Breast Feeding*” e *Infant Newborn*, com o auxílio do operador booleano AND. A partir dessa busca foram selecionados 11 estudos para compor a revisão.

Adotou-se como critério de inclusão artigos completos publicados em inglês, português e espanhol, texto completo disponível, artigos que disponibilizaram livre acesso e gratuidade, que abordassem sobre a temática, publicados entre os anos de 2020 e 2021. Como critério de exclusão, considerou-se os artigos que não respondiam a questão norteadora, artigos não disponíveis gratuitamente, dissertações, teses e monografias, relatos de experiência, estudo de casos.

Por ter como referência bases públicas, não foi preciso a submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa, respeitando os preceitos éticos estabelecidos na resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁴.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos artigos, foram encontrados 11 estudos que atendiam ao objetivo entre os anos de 2020 a 2021, sendo o maior número de publicações no ano de 2020, entretanto, observou-se que ainda são muito poucos os estudos publicados sobre a temática. Os locais de estudo com maior relevância foram estudos internacionais, principalmente Estados Unidos, no qual obteve-se 3 estudos, em seguida a Itália que se compôs de 3 estudos, e no Brasil com 2 estudos.

A partir da análise, percebeu-se, que a maioria dos estudos apresentam orientações divergentes sobre a amamentação durante a COVID-19 seja promovendo o contato pele a pele e o aleitamento materno ou a separação da mãe e do recém-nascido, além disso, alguns estudos apontam os impactos que essa separação pode ocasionar. Diante do contexto atual pandêmico, os estudos encontrados têm como finalidade identificar as recomendações sobre a amamentação durante a pandemia COVID-19 através de diversas correntes presentes na literatura, pois a pandemia afetou muitas mães na experiência com aleitamento materno e trouxe muitas dúvidas e inseguranças sobre a sua prática.

As orientações encontradas nos estudos foram discutidas de forma provisória, uma vez que podem ser alteradas de acordo com as novas evidências que irão surgindo. Além disso, foi observado que algumas orientações se alteram conforme o local de publicação, assim como, divergências e concordâncias sobre a prática do aleitamento materno¹⁵.

A higienização das mãos durante a amamentação foi a recomendação mais mencionadas em 54,5% dos estudos. Segundo Cordeiro e Lima¹⁶, a higienização das mãos possui grande eficácia na prevenção de infecções referentes a assistência à saúde, visto que impede a transmissão cruzada de microrganismo. Quando uma mãe está com suspeita ou confirmação de COVID-19, a higienização das mãos é fundamental para prevenir a transmissão do vírus ao recém-nascido. Em vista disso, deve-se realizar a higiene das mãos ao menos por 20 segundos com água e sabão ou utilizar álcool a 70% nas mãos antes de tocar o bebê e antes da retirada do leite materno¹⁷.

Por conseguinte, a maioria dos autores recomendam a utilização da máscara durante a amamentação em 54,5% dos estudos encontrados. Para Doremalein¹⁸ e Stutt¹⁹ as máscaras atuam como barreiras físicas, visando auxiliar na diminuição de casos da COVID-19, pois diminui o risco de propagação da doença, eliminando ou diminuindo a disseminação de gotículas expelidas do nariz ou da boca do usuário no ambiente. Nesse cenário, as mães devem fazer uso de máscara, evitar falar e tossir durante as mamadas. Além disso, é importante estar realizando a troca das máscaras quando ficarem úmidas ou ao tossir e espirrar a cada mamada, se a mãe não possuir máscara facial deve-se utilizar um pano limpo cobrindo o nariz e a boca durante a amamentação¹⁷.

Em conformidade as recomendações citadas acima, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que uma mulher com caso de COVID-19 suspeito, provável ou confirmado pode estar tendo contato pele a pele na sala de parto e amamentar seu filho. Para isso, medidas preventivas devem ser efetuadas. Principalmente quando combinadas previnem a transmissão do vírus ao bebê como a higienização das mãos antes e após o contato íntimo com o bebê, utilização da máscara durante a amamentação, além da desinfecção e limpeza regularmente das superfícies tocadas pela mãe^{10,17}.

O maior medo das mães no período da COVID-19 é a realização da amamentação nos recém-nascidos, principalmente, no que se refere a transmissão do vírus pelo leite materno, todavia, ainda não há evidências disponíveis sobre a transmissão do SARS-CoV-2 através do leite materno²⁰. Nessa perspectiva, também foi observado na literatura discussões acerca da transmissão vertical do vírus, no qual foi realizado na China um estudo para investigar mediante o teste de Transcrição Reversa Seguida de Reação em Cadeia da Polimerase (RT-PCR) a presença do SARS-COV-2 em sangue do cordão umbilical, amostras do líquido amniótico, esfregaço de garganta neonatal e leite materno de seis pacientes com a finalidade de analisar a transmissão vertical de COVID-19 e não foi identificada a presença do vírus nas amostras amostras²¹.

No que concerne a continuidade da amamentação, foi destacado em 45, 4% dos estudos encontrados o apoio sobre a prática. Nesse cenário, a OMS aconselha as mães suspeitas ou confirmadas pelas COVID-19 continuar a amamentação, visto que os benefícios da amamentação tanto para o recém-nascido quanto para as mães, superam o risco de transmissão de COVID-19 para os recém-nascidos²². Nesse contexto, as recomendações

sobre o contato binômio mãe-filho e amamentação da OMS são baseadas não apenas dos riscos de infecção do bebê para a COVID-19, como também dos riscos de mortalidade e morbidade associados à não amamentação e o uso inapropriado de fórmula infantil de leites, além dos efeitos protetores e benéficos da amamentação e contato pele a pele¹⁷.

Segundo Carrasco²³, infere-se ainda que diante do cenário pandêmico a amamentação iniciada nas primeiras horas de vida, dispõem de diversas propriedades protetoras, principalmente, imunológicas, pois reduz o risco de infecções de vírus e bactérias. Assim como, o fornecimento de nutrientes para o desenvolvimento saudável do bebê, além dos benefícios para a mãe, tal como a redução do risco de depressão pós-parto, anemia e diversas patologias.

Em contrapartida, foi evidenciado em 45,4% dos estudos a contraindicação da amamentação para mães com COVID-19. Em fevereiro de 2020, especialistas chineses contra indicaram a amamentação para mães suspeitas ou confirmadas com a COVID-19, os especialistas aconselham o início da amamentação somente se a mãe e as amostras de leite materno fossem negativas. Além disso, indicam a separação materna porque afirmam que a COVID-19 pode ocasionar doenças graves, e recomendam que a alimentação infantil seja através de fórmula ou leite materno de uma doadora²⁴.

Sob o mesmo ponto de vista os Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) 10 e *American Academy of Pediatrics* (AAP), também apresentaram uma conduta conservadora, recomendando que as mães fossem temporariamente separadas dos bebês com o objetivo de minimizar riscos de transmissão pós-natal das secreções respiratórias maternas, sendo o leite humano fornecido ordenhado por um cuidador saudável. Contudo, para a OMS a realização dessa prática é necessária apenas quando a mãe está muito doente para cuidar do seu filho^{25,26}.

Do mesmo modo, foi constatado em algumas associações e grupos científicos o acordo de uma separação temporária entre mãe e bebê, e a exclusão da amamentação direta de uma mãe positiva para COVID-19, independentemente das condições clínicas da mãe. Além disso, mencionam que as mães que pretendem amamentar durante a separação temporária devem estar sendo incentivada a retirar o leite para estabelecer e manter o suprimento de leite^{25,27}.

Por outro lado, em contraposição ao que foi constatado, o *Royal College of Obstetricians and Gynecologists*²⁸ questiona a recomendação chinesa no que se refere a separação do recém-nascido da mãe com COVID-19, segundo ele a separação da mãe e do recém-nascido deve acontecer quando existir más condições de saúde da mãe ou se houver a necessidade de fornecer terapias ao recém-nascido. Nesse contexto, para a RCOG deve-se aconselhar que mães e bebês sejam mantidos juntos e que o aleitamento materno precisa ser recomendado, pois fornece benefícios aos recém-nascidos e superam os riscos potenciais.

Dado ao exposto, a recomendação da separação temporária foi encontrada em 18,1% dos estudos, essa separação entre mães e bebês pode acarretar sofrimento e estresse fisiológico que pode piorar o curso da doença da mãe. Além disso, o isolamento afeta o sistema de saúde, pois a separação demanda o dobro de recursos, a exemplo disso, têm-se a necessidade de dois quartos de hospital, duas equipes, dois conjuntos de equipamentos de proteção individual (EPI). Dessa forma, diante o contexto pandêmico isso se torna problemático^{29,30}.

Além disso, é importante o manejo conjunto da mãe e do bebê, para que haja a interação e o início da amamentação. A decisão de separação da mãe e recém-nascido deve ser individualizada, devendo considerar o bom estado da mãe e do neonato, a capacidade de realizar os cuidados, o consentimento dos pais e também a situação epidemiológica local em relação a pandemia. Logo, é necessário que os profissionais de saúde abordem tanto os riscos quanto os benefícios da amamentação com os pais, com o objetivo de individualizar qualquer escolha de alimentação¹⁰.

No que se refere a extração manual do leite materno, foi evidenciado em 45,4% dos estudos selecionados. Para Abreu³¹, além dos benefícios para mãe e bebê, o leite humano é econômico e prático, pois evita gastos com fórmulas infantis, mamadeiras e bicos. Nesse contexto, quando as mães ficam incapacitadas por doença, como pode acontecer com o COVID-19, ou se sintam inseguras de realizar a amamentação diretamente, é necessário fornecer outras maneiras de alimentar o bebê, a exemplo disso, podem estar realizado a extração manual do leite materno³².

Para a realização da extração do leite seja manualmente, por bomba manual ou elétrica, deve-se realizar medidas higiênicas como lavar as mãos antes de tocarem qualquer parte da bomba ou partes do frasco, e seguir as recomendações de limpeza adequada da bomba após sua utilização¹⁰. De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz³³, após a realização da extração, o leite pode ser ofertado pela mãe se ela assim desejar, ou também pode ser realizada por um profissional de saúde ou um cuidador saudável, ambas as opções devem ser tomadas todas as precauções e cuidados higiênicos-sanitários para impedir a transmissão ao bebê durante a amamentação.

Outro ponto a destacar é sobre a não pasteurização do leite materno que foram mencionados em 36,3% dos estudos analisados. A pasteurização é um processo que ocorre a temperatura de 62,5°C por 30 minutos, que possibilita a inativação de 100% dos microrganismos patogênicos que possam estar presente, e 99% da microbiota saprófita ou normal, porém, é um processamento que não visa a esterilização do leite humano ordenhado³⁴.

Conforme Chen³⁵, mesmo que as propriedades do SARS-CoV-2 não tenham sido definidas claramente, em algumas pesquisas realizadas com SARS-CoV e MERS-COV observou-se que o vírus pode ser inativado em aquecimento a 56°C por 30 minutos ou utilizando determinados solventes lipídicos. Logo, acredita-se que o SARS-CoV-2 seja

sensível à radiação ultravioleta e ao aquecimento. Porém, segundo Giuliani¹⁰ não deve pasteurizar o leite materno, porque não se acredita que seja um veículo de infecção, e a pasteurização reduz o valor biológico e imunológico do leite humano.

É válido ressaltar sobre o leite humano doado e a utilização da fórmula infantil que foi constatado em 36,3% dos estudos. Os médicos chineses indicam que a alimentação infantil seja por fórmula ou leite materno de uma doadora. No entanto, a opção do leite humano doado deve ser considerado em casos de infecção materna grave em que a ordenha do leite materno pode não ser transportada^{10,36}.

A oferta do leite pasteurizado doado é uma opção válida, sendo considerada melhor do que fornecer a fórmula infantil, devido que a mesma contém elementos nutricionais que nem sempre são adequados para uma nutrição eficiente do recém-nascido. Além disso, possui proteínas que formam coalhos de difícil digestão, risco do RN desenvolver alergia a proteína do leite de vaca e, principalmente, no cenário atual pandêmico essa forma de alimentação se torna muita das vezes inacessível para pessoas com baixo poder aquisitivo^{37,38}.

Nas condições citadas acima, se a saúde materna impossibilita a oferta do leite ordenhado, se estiver utilizando medicações incompatíveis com a amamentação ou ausência de leite humano doado pasteurizado (PDHM) têm-se a opção dos Bancos de Leite Humano (BLH) que é melhor recomendada do que leite em pó. O leite humano pasteurizado quando comparado ao leite em pó, apresenta alguns benefícios tais como a redução de risco de sepse, diarreia, enterocolite necrosante, e também no tempo de permanência na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal – UTIN^{39,40}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta revisão, observou-se que até o momento não há evidências sobre a presença do SARS-CoV-2 no leite materno. Foi evidenciado pelos estudos algumas orientações divergentes sobre a amamentação durante a COVID-19, seja incentivando o aleitamento materno e o contato pele a pele ou a suspensão da amamentação e separação entre mãe e recém-nascido.

Nota-se que a maioria das recomendações encorajam e sugerem a continuidade da amamentação para as mães positivas ou com suspeita de COVID-19, pois como foi constatado na literatura os benefícios da amamentação para mãe e recém-nascido superam os riscos de transmissão de COVID-19. Entretanto, recomenda-se a adoção de medidas preventivas como a utilização de equipamentos de proteção individual e higienização das mãos para evitar a disseminação de gotículas com carga viral.

Os profissionais da saúde devem oferecer apoio a amamentação abordando seus benefícios, e também respeitar qualquer escolha da mãe para alimentar seu filho. Além disso, foi observado pouca quantidade de estudos publicados sobre a temática, principalmente,

no idioma português, sendo a maioria dos estudos internacionais. Portanto, é necessário a disseminação de novos estudos e atualizações constantes sobre a relação aleitamento materno e COVID-19, a fim de propagar conhecimentos para a comunidade e profissionais da saúde para orientar e prevenir a contaminação da COVID-19 entre binômio mãe-filho.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. (2015). Breastfeeding Advocacy Initiative. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332196/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. Ministério da Saúde. (2015). Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar (2ª ed.). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf.
3. Franco, C., Castilho, S., Graça, A., & Marques J. G. (2018). Transmissão de Infecções pelo Aleitamento Materno. *Acta Pediatr Port*, 49 (3), 243-252.
4. Ministério da Saúde. (2019). Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
5. Rezende, C. A., Barbosa, T. C. P., Bernardes, I. A. S., Santos, I. T., Lima, M. R. M., Camilo, A. A. V., Bernardo, G. J. R., & Oliveira, M. M. (2021). Aleitamento materno durante uma pandemia da COVID-19: Revisão integrativa. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10(4), 1-8.
6. Fauci, A. S., Lane, H. C., & Redfield, R. R. (2020). Covid-19—navigating the uncharted. *The new england journal of medicine*, 382(13), 1268-1269.
7. Brasil. (2020). Secretaria de Vigilância em Saúde. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/files/banner_coronavirus/GuiaMS_Recomendacoes_deprotecaotrabalhadore-COVID-19.pdf.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). Transmissão do SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecção. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52472/OPASWBRACOVID-1920089_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
9. Mascarenhas, V. H. A., Becker, A. C., Venâncio, K. C. M. P., Baraldi, N. G., Durkin, A. C., & Riesco, M. L. G. (2020). Recomendações assistenciais à parturiente, puérpera e recém-nascido durante a pandemia de COVID-19: revisão de escopo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1-12.
10. Giuliani, C., Volsi, P. L., Brun, E., Chiambretti, A., Giandalia, A., Tonutti, L., Bartolo P. D., & Napoli, A. (2020). Breastfeeding during the COVID-19 pandemic: Suggestions on behalf of woman study group of AMD. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 165, 1-6.
11. Cordeiro, A. M., Oliveira, G. M., Rentería, J. M., & Guimarães, C. A. (2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 34(6), 428-431.

12. Bernardo, W. M., Nobre, M. R. C., & Janete, F. B. (2004). A prática clínica baseada em evidências: parte II-buscando as evidências em fontes de informação. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 44(6), 403- 409.
13. Rotter, ET. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa. Editorial. *Acta paul. enferm*, 20(2).
14. Brasil. (2012). Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, Diário Oficial da União. 2013 jun 150; 122:59-62. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
15. Goés, F. G. B., Santos, A. S. T., Lucchese, I., Silva, L. J., Silva, L. F., & Silva, M. A. (2020). Boa práticas no cuidado ao recém-nascido em tempos de Covid-19: Revisão Integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 29, 1-17.
16. Cordeiro, V. B., & Lima, C. B. (2016). Higienização das mãos como ferramenta de prevenção e controle de infecção hospitalar. *Temas em Saúde*, 16(2), 425-444.
17. Organização Mundial da Saúde. (2020). Perguntas frequentes amamentação e Covid-19. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/perguntas-frequentes-amamentacao-e-covid-19.pdf>.
18. Doremalen, N. V., Bushmaler, T., Morris, D. H., Holbrook, M. G., Gamble, A., Williamson, B. N., Tamin, A., Harcourt, J. L., Thornburg, N. J., Gerber, S. I., Lloyd-Smith, J. O., Wit, E., & Munster, V. J. (2020). Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *The new england journal of medicine*, 382(16), 1564-1567.
19. Stutt, R. O. J. H., Retkute, R., Bradley, R., Gilligan, C. A., & Colvin, J. (2020). A modelling framework to assess the likely effectiveness of facemasks in combination with lock-down in managing the COVID-19 pandemic. *Proceedings of the Royal Society A*, 476(2238), 1-21.
20. Bhatt, H. (2021). Should COVID-19 Mother Breastfeed her Newborn Child? A Literature Review on the Safety of Breastfeeding for Pregnant Women with COVID-19. *Current Nutrition Reports*, 10, 71-75.
21. Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W., Li, J., Zhao, D., Xu, D., Gong, Q., Liao, J., Yang, H., Hou, W., Zhang, Y. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The Lancet*, 395, 809-815.
22. World Health Organization. (2020). Clinical management of COVID-19: interim guidance. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332196/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Carrasco, F. J. F., Lara, J. M. V., Mey, U. G., Salgado, J. G., Carreño, T. P., & Díaz, L. R. (2020). Coronavirus Covid-19 infection and breastfeeding: an exploratory review. *Revista española de salud pública*, 94, 1-9.
24. Wang, L., Shi, Y., Xiao, T., Fu, J., Feng, X., Mu, Dezhi., Feng, Qi., Hei, M., Hu, X., Li, Z., Lu, G., Tang, Z., Wang, Y., Wang, C., Xia, S., Xu, J., Yang, Y., Yang, J., Zeng, M., Zheng, J., Zhou, W., Zhou, X., Zhou, X., Du, L., Lee, SK., & Zhou, W. (2020). Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection. *Annals of Translational Medicine*, 8(3), 1-8.
25. Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Interim Guidance on Breastfeeding and Breast Milk Feeds in the Context of COVID-19. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/care-for-breastfeeding-women.html>

26. American Academy of Pediatrics AAP. (2020). AAP updates guidance on newborns whose mothers have suspected or confirmed COVID-19. Disponível em: <https://www.aappublications.org/news/2020/05/21/covid19newborn052120>
27. Wyckoff, A. S. (2020). AAP issues guidance on infants born to mothers with suspected or confirmed COVID-19.
28. Royal College of Obstetricians & Gynecologists (2021). Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/coronavirus-pregnancy>
29. Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Contato precoce pele a pele para mães e seus bebês recém-nascidos saudáveis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), 1-121.
30. Stuebe, A. (2020). Should Infants Be Separated from Mothers with COVID-19? First, Do No Harm. *Breastfeeding Medicine*, 15(5), 351-352.
31. Abreu, A. D., Oliveira, E. F. B., Vasconcelos, E. L. P., Silva, S. D. B., & Granito, C. C. D. (2019). O aleitamento materno e seu impacto social. *Revista Eletrônica da Jornada de Pesquisa e Iniciação Científica*, 2(5), 77-83.
32. Gribble, K., Marinelli, K. A., Tomori, C., & Gross, M. S. (2020). Implications of the COVID-19 pandemic response for breastfeeding, maternal caregiving capacity and infant mental health. *Journal of Human Lactation*, 36(4), 591-603.
33. Fundação Oswaldo Cruz. (2020). Ministério da Saúde. Covid-19 e Amamentação - Recomendação N.0120.170320. Disponível em: <https://rblh.fiocruz.br/covid-19-e-amamentacao-recomendacao-n0120170320>.
34. Brasil. (2008). Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/servicos/audite/manuais/manual_banco_leite.pdf
35. Chen, Z-M., Fu, J-F., Shu, Q., Chen, Y-H., Hua, C-Z., Li, F-B., Lin, R., Tang, L-F., Wang, T-L., Wang, W., Wang, Y-S., Xu, W-Z., Yang, Z-H., Ye, S., Yuan, T-M., Zhang, C-M., & Zhang, Y-Y. (2020). Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus. *World Journal of Pediatrics*, 16, 240-246.
36. Wang, S., Guo, L., Chen, L., Liu, W., Cao, Y., Zhang, J., & Feng, L. (2020). A Case Report of Neonatal 2019 Coronavirus Disease in China. *Clinical Infectious Diseases*, 71(15), 853-857.
37. Victora, C. G., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Bahl, R., Rollins, N. C., Horton, S., Krusevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., & Walker, N. (2016). Alimentação no século 21: epidemiologia, mecanismos e efeitos ao longo da vida. *Epidemiol Serv Saúde*, 25(1), 1-24.
38. Walters, D. D., Phan, L. T. H., & Mathisen, R. (2019). The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. *Health Policy and Planning*, 34(6), 407-417.
39. Marinelli, KA. (2020). International Perspectives Concerning Donor Milk Banking During the SARS-CoV-2 (COVID-19) Pandemic. *Journal of Human Lactation*, 36(3), 492-497.
40. Sachdeva, R. C., Jain, S., Mukherjee, S., & Sing, J. (2020). Ensuring Exclusive Human Milk Diet for All Babies in COVID-19 Times. *Indian Pediatrics*, 57(8), 730-733.

CONTRIBUIÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE SINTOMAS DE ANSIEDADE EM ADOLESCENTES

Data de aceite: 01/02/2024

Cleide Alves de Figueiredo Oliveira

Discente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

Roberta Messias Marques

Docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

RESUMO: A ansiedade é uma resposta natural do organismo a situações de estresse, perigo ou incerteza. **Objetivo:** Investigar na literatura como as consultas de enfermagem contribuem no processo de identificação precoce de sintomas de ansiedade em adolescentes. **Materiais e Métodos:** A pesquisa de conteúdo teórico envolveu a revisão criteriosa da literatura científica, utilizando bases de dados acadêmicos e selecionando estudos publicados entre 2013 e 2022. **Resultados:** Os resultados deste estudo destacou a importância da consulta de enfermagem na identificação precoce de sintomas de ansiedade em adolescentes. Foram identificados barreiras e desafios enfrentados pelos enfermeiros nesse processo, principalmente na capacitação

do profissional, incluindo relutância dos adolescentes em relatar seus sintomas e influências culturais e sociais na expressão da ansiedade. **Conclusão:** Em suma, os enfermeiros desempenham um papel crucial na identificação e cuidado dos sintomas de ansiedade em adolescentes. A consulta de enfermagem oferece um ambiente propício para a expressão de preocupações e intervenções oportunas, promovendo a saúde mental dos jovens. A integração da família, atenção primária e escola são essenciais para o bem-estar emocional dos adolescentes e a necessidade de capacitação para os profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Ansiedade, Sintomas, Desafios, Saúde Mental, Consulta, Enfermagem.

CONTRIBUTION OF NURSING CONSULTATION IN THE EARLY IDENTIFICATION OF ANXIETY SYMPTOMS IN ADOLESCENTS

ABSTRACT: Anxiety is the body's natural response to situations of stress, danger or uncertainty. **Objective:** To investigate in the literature how nursing consultations contribute to the process of early identification of anxiety symptoms in

adolescents. **Materials and Methods:** The theoretical content research involved a careful review of scientific literature, using academic databases and selecting studies published between 2013 and 2022. **Results:** The results of this study highlighted the importance of nursing consultation in the early identification of symptoms of anxiety in adolescents. Barriers and challenges faced by nurses in this process were identified, mainly in professional training, including adolescents' reluctance to report their symptoms and cultural and social influences on the expression of anxiety. **Conclusion:** In short, nurses play a crucial role in identifying and caring for anxiety symptoms in adolescents. The nursing consultation offers a conducive environment for the expression of concerns and timely interventions, promoting the mental health of young people. The integration of family, primary care and school is essential for the emotional well-being of adolescents and the need for training for professionals.

KEYWORDS: Anxiety, Symptoms, Challenges, Mental Health, Consultation, Nursing.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase singular da vida, caracterizada por um período de desenvolvimento que engloba intensas transformações físicas, emocionais e sociais. É um momento de descobertas, aprendizado e crescimento, mas também pode ser marcado por desafios emocionais significativos, entre os quais a ansiedade se destaca como uma preocupação crescente em saúde mental. Durante esse período, os adolescentes enfrentam pressões sociais, acadêmicas e familiares que podem desencadear sintomas de ansiedade, como preocupações excessivas, tensão, medos irracionais e até sintomas físicos, incluindo dores de cabeça e problemas de sono. A ansiedade não tratada pode ter impactos profundos no bem-estar físico e emocional desses jovens, afetando sua qualidade de vida e seu desenvolvimento.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2021), indicou que as condições de saúde mental representam 16% do ônus global de doenças e lesões em jovens entre 10 e 19 anos. Nesse cenário complexo, os profissionais de enfermagem desempenham um papel vital na promoção da saúde mental dos adolescentes. Por meio das consultas de enfermagem, esses profissionais têm a oportunidade única de identificar precocemente sintomas de ansiedade, fornecendo um suporte fundamental para a saúde mental dessa população em crescimento.

O enfermeiro, com sua formação abrangente e orientação centrada no cuidado, está idealmente posicionado para desempenhar um papel proeminente no combate ao transtorno de ansiedade generalizada (TAG) em adolescentes. Sua habilidade em estabelecer relações empáticas e confiáveis com os pacientes adolescentes não só permitem a detecção precoce, mas também criam um ambiente propício para a expressão das preocupações dos jovens.

Vale salientar que, para a aplicação do processo de cuidado, o enfermeiro precisa estabelecer uma relação com o indivíduo que deve ser percebida como a essência das ações de enfermagem, sendo as intervenções estabelecidas

por meio de modelos estruturados e de caráter científico que incorporem as evidências clínicas na prática profissional, dando autonomia, empoderamento e aproximando o seu discurso ao do indivíduo (Teixeira, 2020).

Diante do problema da pesquisa, no surgiu o questionamento qual a contribuição da consulta de enfermagem na identificação precoce de sintomas de ansiedade em adolescentes? Para tentar responder a essa indagação, partimos do objetivo geral: Investigar na literatura como as consultas de enfermagem contribuem no processo de identificação precoce de sintomas de ansiedade em adolescentes. Compreender o papel vital dos enfermeiros nesse contexto é essencial para o desenvolvimento de intervenções adequadas e para promover a saúde mental dos adolescentes. Tendo como função norteadora da pesquisa foi formulada os seguintes objetivos específicos: Identificar os sintomas de ansiedade em adolescentes durante as consultas de enfermagem; Descrevendo as dificuldades da avaliação de sintomas de ansiedade em adolescentes durante as consultas de enfermagem, e Analisar as ações do enfermeiro para contribuir para a saúde mental do adolescente durante a consulta de enfermagem. Esta pesquisa ajudou a fornecer informações significativas sobre como os enfermeiros desempenham um papel crítico na identificação precoce de sintomas de ansiedade em adolescentes e na promoção de sua saúde mental. Destacou a importância vital dos profissionais de enfermagem como agentes-chave no cuidado e no apoio aos adolescentes que enfrentam desafios de saúde mental, incluindo a ansiedade.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Identificação de sintomas de ansiedade em adolescentes durante as consultas de enfermagem

Neste capítulo, foi explorado o primeiro objetivo específico desta pesquisa, que se concentrou na habilidade dos enfermeiros em identificar os principais sinais e sintomas de ansiedade em adolescentes durante as consultas de enfermagem. A ansiedade na adolescência se tornou uma preocupação crescente em saúde mental, sendo crucial para os profissionais de enfermagem reconhecer precocemente esses sintomas, a fim de promover a saúde mental dos adolescentes.

De acordo com DSM-V Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2013), são classificadas como: transtornos de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social (fobia social), transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento, transtorno devido a outras condições médicas e transtorno de ansiedade especificado e não especificado.

O reconhecimento eficaz de sintomas de ansiedade é fundamental para a intervenção precoce. Alguns sintomas, como medo e preocupação excessiva, irritabilidade,

formigamento, desânimo, desinteresse, alterações no sono, além dos sintomas mentais, foram apresentados por pessoas com ansiedade, tais como palpitação, tremores, suor frio, tensão muscular, sensação de pressão ou aperto no peito, falta de ar, respiração ofegante e dificuldade de engolir por espasmo esofágico. É fundamental compreender que esses sintomas puderam variar de adolescente para adolescente e que nem todos apresentaram os mesmos indicadores. No contexto do estudo baseado em conteúdo teórico, é importante ressaltar que enfermeiros desempenham um papel fundamental no reconhecimento precoce de sintomas de ansiedade durante as consultas de enfermagem. A anamnese, considerada parte essencial da consulta, tem sido reconhecida na literatura por seu papel relevante nesse processo.

Pode-se definir a anamnese como uma reunião de informações sobre o ser assistido, tendo em vista o esclarecimento de seu quadro pregresso e atual de saúde (Machado, 2022).

A anamnese é tradicionalmente descrita como uma etapa em que enfermeiros coletam informações sobre a história médica e emocional do paciente. Durante essa interação, a literatura teórica enfatiza que os enfermeiros devem estar atentos aos sinais físicos e emocionais que podem indicar a presença de ansiedade em adolescentes. Essa abordagem envolve a observação de mudanças de comportamento, como isolamento social, irritabilidade, variações no desempenho acadêmico e alterações no padrão de sono. Além disso, a teoria destaca que a anamnese proporciona um ambiente propício para que os adolescentes se sintam à vontade para expressar suas preocupações e medos, criando uma atmosfera de confiança durante a consulta.

A detecção precoce de sintomas de ansiedade em adolescentes é de extrema importância, pois permitiu intervenções oportunas. A TAG não tratada poderá afetar negativamente o bem-estar físico e emocional dos jovens, bem como o desempenho acadêmico e qualidade de vida. Quando os enfermeiros identificaram sinais de ansiedade durante as consultas de enfermagem, puderam encaminhar os adolescentes para serviços especializados e proporcionar apoio e orientação essenciais.

O enfermeiro como profissional capacitado a promover a saúde, pode iniciar por meio da sua consulta independente o processo de enfermagem, no qual Wanda Horta adotou, como meio de sistematizar o atendimento, visando assistir o paciente. O método possuiu 6 fases: Histórico, Diagnóstico, Plano Assistencial, Plano de Cuidado, Evolução e Prognóstico de Enfermagem. Numa fase do desenvolvimento com tantas mudanças, como a adolescência, é de extrema importância reconhecer, ou pelo menos estar atento, às variações da normalidade e à estreita distinção entre o normal e o patológico (Filho, 2013). Este capítulo forneceu uma visão geral do primeiro objetivo específico desta pesquisa, que é a identificação de sinais e sintomas de ansiedade em adolescentes durante as consultas de enfermagem. Abordou-se a variedade de sintomas de ansiedade que os adolescentes podem apresentar a importância de reconhecê-los durante as consultas e como isso contribui para a promoção da saúde mental dos adolescentes.

Dificuldades na avaliação de sintomas de ansiedade em adolescentes durante as consultas de enfermagem

Este capítulo abordou o segundo objetivo específico, que se concentrou nos desafios que os enfermeiros enfrentam ao avaliar os sintomas de ansiedade em adolescentes durante as consultas de enfermagem.

O estudo identificou diversas barreiras que historicamente dificultaram a avaliação precisa da ansiedade em adolescentes. Essas barreiras incluíram a relutância dos adolescentes em relatar seus sentimentos de ansiedade devido ao estigma social associado a problemas de saúde mental. Além disso, o desconhecimento de alguns enfermeiros em relação aos sintomas específicos de ansiedade em adolescentes também representou um desafio. É relevante ressaltar que, mesmo sem uma especialidade específica, os enfermeiros, por meio de seus aprendizados no curso superior, tem aptidão para apoiar de maneira eficaz o cuidado da saúde dos adolescentes.

Diante disso, para fornecer uma assistência mais capacitada, os enfermeiros precisaram adquirir conhecimentos especializados relacionados às necessidades e desafios específicos dessa faixa etária. Potencialmente, os profissionais de enfermagem têm um papel importante na abordagem e no manejo de transtornos mentais, mas, infelizmente, há evidências de deficiência generalizada na formação em saúde mental desses profissionais (Pereira, 2015).

A literatura teórica destacou que fatores culturais e sociais desempenham um papel significativo na identificação de sintomas de ansiedade. Diferenças culturais podem influenciar a maneira como os adolescentes expressam sua ansiedade, tornando essencial que os enfermeiros estejam cientes dessas nuances. Além disso, questões sociais, como a pressão acadêmica e a exposição a eventos traumáticos, também podem afetar a manifestação e identificação de sintomas de ansiedade.

Neste aspecto, para que o enfermeiro desenvolva atividades de educação em saúde para adolescentes, é importante um olhar diferenciado para as vulnerabilidades, riscos socioeconômicos e culturais destes jovens, considerando que a maioria pertence a famílias com nível de escolaridade baixo e com dificuldades de acesso à informação (Oliveira, 2015).

Foram apontadas algumas estratégias que os enfermeiros podem adotar para superar esses desafios. Isso inclui a promoção de um ambiente de consulta acolhedor e livre de julgamentos, no qual os adolescentes se sintam à vontade para compartilhar seus sentimentos. Além disso, a capacitação dos enfermeiros com treinamento especializado na identificação de sintomas de ansiedade em adolescentes foi destacada como uma abordagem eficaz. De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o adolescente precisa perceber que o profissional de saúde inspira confiança, que adota atitude de respeito e imparcialidade. Não emite juízo de valor sobre as questões emocionais e existenciais escutadas.

Em resumo, este capítulo explorou o segundo objetivo específico da pesquisa, que se concentrou nas dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros ao avaliar os sintomas de ansiedade em adolescentes durante as consultas de enfermagem. Ficou claro que, embora esses desafios existam, estratégias e abordagens adequadas podem melhorar significativamente a detecção e, assim, contribuir para a promoção da saúde mental dos adolescentes.

Ações do Enfermeiro para contribuir para a saúde mental do adolescente durante a consulta de enfermagem

Neste capítulo foi abordado o terceiro objetivo específico, foram destacadas e discutidas ações específicas que o enfermeiro pode adotar para promover a saúde mental dos adolescentes durante a consulta de enfermagem. Essas ações desempenham um papel crucial na identificação precoce de sintomas de ansiedade e no fornecimento de apoio eficaz. A integração dessas estratégias pode criar um ambiente de consulta acolhedor e sensível, contribuindo para o bem-estar emocional e psicológico dos adolescentes.

O trabalho na saúde mental exige que o enfermeiro (a) assuma o compromisso do trabalho em equipe interdisciplinar e com conhecimento para lidar com cada situação, não perdendo de vista o compromisso terapêutico (Cenci, 2015).

O enfermeiro deve criar um ambiente de consulta que promova a confiança e o conforto do adolescente. Isso inclui o uso de comunicação empática e a garantia de que o adolescente se sinta ouvido e respeitado. A construção de uma relação de confiança é fundamental para que o adolescente se sinta à vontade para compartilhar suas preocupações e medos.

[...] O enfermeiro deve realizar ações indispensáveis durante o cuidado ao adolescente, dentre elas: tratar o adolescente de forma particular, falar a mesma linguagem com diálogo aberto, realizar acolhimento, proporcionar um clima de confiança e favorecer a criação de vínculo (Azevedo, 2022).

A comunicação sensível é essencial na identificação de sintomas de ansiedade. O enfermeiro deve adotar uma abordagem que permita ao adolescente expressar suas emoções e pensamentos. Isso envolve ouvir atentamente, fazer perguntas abertas e demonstrar empatia. A comunicação eficaz pode ajudar na identificação de sinais não verbais de ansiedade.

O enfermeiro deve realizar uma avaliação holística do adolescente, levando em consideração não apenas os sintomas de ansiedade, mas também fatores contextuais, como ambiente familiar, escolar e social. Essa abordagem abrangente pode ajudar a identificar as causas subjacentes da ansiedade e orientar o plano de cuidados.

Durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro pode fornecer educação e orientação ao adolescente sobre a ansiedade. Isso inclui a explicação dos sintomas, causas

e opções de tratamento disponíveis. O enfermeiro também pode oferecer estratégias de enfrentamento e técnicas de autocuidado que o adolescente pode utilizar para lidar com a ansiedade.

É na consulta de enfermagem que se encontram as necessidades de saúde do paciente, para auxiliar no processo de enfermagem que deve ser aplicado, estimulando a promoção, a prevenção e a recuperação do paciente, além de embasar, metodologicamente, o trabalho do profissional enfermeiro e subsidiar o cuidado sistematizado (Gusmão, 2022).

Neste capítulo, abordamos as etapas fundamentais referentes aos encaminhamentos adequados e à oferta de suporte, enfatizando a integração da família, atenção primária e escola no tratamento de adolescentes com sintomas de ansiedade. Cada componente desempenhou um papel essencial na promoção do bem estar dos jovens afetados.

A família sempre desempenhou um papel crucial no processo de tratamento e recuperação. Os enfermeiros orientam a fortalecer os laços familiares, criando um ambiente de apoio e compreensão que se tornam fundamental para a jornada de recuperação dos adolescentes.

Estratégias de educação familiar devem ser implementadas para aumentar a compreensão dos desafios da ansiedade e envolver efetivamente a família no tratamento dos adolescentes.

Nos transtornos de ansiedade em adolescentes a participação da família no tratamento é fundamental, para tanto, é papel do enfermeiro cuidar e apoiar os familiares do adolescente que sofre (Moreira, 2019).

As intervenções de enfermagem com adolescentes ao nível primário de prevenção focam-se na prestação de apoio e informação precisa para oferecer ao jovem, ferramentas para ele lidar com as contradições e dificuldades que possa estar a experimentar (Morais, 2014).

A colaboração com os profissionais de atenção primária se tornam essencial para garantir uma abordagem abrangente à saúde dos adolescentes. Os enfermeiros trabalham em conjunto com médicos da família e clínicos gerais, permitindo avaliações médicas completas e a prescrição de tratamentos adequados. A comunicação eficaz entre enfermeiros e profissionais de atenção primária deve ser mantida para uma coordenação de cuidados eficientes.

Em alguns casos o encaminhamento de um adolescente para um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ocorre em decorrência de necessidades específicas de saúde mental que demandam atenção especializada. Isso pode incluir situações como transtornos psiquiátricos graves, crises agudas de saúde mental, transtornos alimentares, depressão profunda, transtornos de ansiedade severos, traumas ou estresse pós-traumático, bem como necessidades específicas de atenção psicossocial. Em todos esses casos, o CAPS i, oferece tratamentos e suporte mais aprofundados, visando atender às demandas complexas de saúde mental do adolescente.

O CAPS i, ou Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil, é um serviço de saúde mental essencial como parte da atenção primária à saúde mental para adolescentes. Ele oferece avaliação, diagnóstico, intervenção precoce, prevenção, atendimento interdisciplinar, suporte à família e integração com a comunidade. O objetivo é identificar precocemente problemas de saúde mental, fornecer tratamento personalizado e promover o bem-estar emocional e psicológico dos adolescentes.

O atendimento para crianças e adolescentes, no CAPS Infantil compete ao enfermeiro (a), juntamente com os demais integrantes da equipe interdisciplinar. Deve acolher e cuidar da criança em sofrimento psíquico, sempre atuando com o intuito de reinserir a criança na família e na sociedade (Cenci, 2015).

O ambiente escolar produz um impacto significativo na vida dos adolescentes. Os enfermeiros colaboraram com professores e conselheiros escolares para criar um ambiente escolar adaptado às necessidades dos adolescentes com ansiedade. Isso incluiu estratégias de apoio durante o desenvolvimento acadêmico e a manutenção da comunicação contínua entre a equipe de saúde e a equipe escolar.

Os cuidados de enfermagem são ações de educação em saúde, grupos, terapia cognitiva-comportamental, relacionamento interpessoal, além de atividades que envolvem o adolescente com sua família, seus pares e o ambiente escolar (Teixeira, 2020).

Ao explorar esses três componentes interligados - família, atenção primária e escola - este capítulo ofereceu uma visão abrangente de como uma abordagem integrada trazem ideias e rede de apoio resiliente para os adolescentes enfrentando sintomas de ansiedade. Essa abordagem visou garantir que os jovens recebessem cuidados holísticos e abrangentes para sua saúde mental, contribuindo para uma sociedade mais compreensiva e saudável em relação às questões da ansiedade entre adolescentes.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo de conteúdo teórico envolveu a revisão e análise de literatura científica relevante para o tema em questão. O processo metodológico incluiu as seguintes etapas:

Seleção de Fontes de Informação

Para a realização da pesquisa de conteúdo teórico, foi realizada uma busca criteriosa em bases de dados acadêmicos, como Google acadêmico, Scielo, Brazilian Journal of Health Review, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino Americana e do Caribe de Ciências da Saúde (LILACS). Foram selecionados estudos publicados em periódicos científicos, livros e documentos acadêmicos que abordassem a contribuição da consulta de enfermagem na identificação precoce de sintomas de ansiedade em adolescentes.

Crítérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão para a seleção de fontes de informação incluíram estudos publicados a partir de 2013 a 2022 e estudos escritos em inglês e português. Foram excluídos estudos que não abordavam especificamente a consulta de enfermagem na identificação de sintomas de ansiedade em adolescentes.

Análise de Dados

Os dados coletados consistiram em informações sobre a contribuição da consulta de enfermagem na identificação precoce de sintomas de ansiedade em adolescentes. Os dados foram organizados e categorizados de acordo com os objetivos específicos da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro 1, descreve os principais aspectos dos artigos que tratam sobre a ansiedade em adolescentes que foram selecionados para a realização dessa pesquisa. Nesta descrição levaram-se em consideração os autores e anos de publicação, título, objetivos, delineamento metodológico e resultados.

AUTORES/ ANO DE PUBLICAÇÃO	TÍTULO	OBJETIVOS	DELINEAMENTO METODOLOGICO	RESULTADOS
AZEVEDO et al.,2022	Competências dos enfermeiros na consulta de enfermagem do adolescente	Analisar as competências necessárias dos enfermeiros no âmbito da Consulta de Enfermagem do Adolescente em artigos publicados em periódicos científicos.	Revisão Integrativa	Dentre os achados, se encontra a importância da atuação do docente no desenvolvimento da formação profissional, pois é na prática que se obtém as competências relacionadas às demandas dos adolescentes. Foi possível identificar algumas competências dos enfermeiros durante a consulta do adolescente: realizar a escuta ativa; promover e incentivar a formação do vínculo durante a consulta; desenvolver plano de cuidados e ações de prevenção.
Moreira, 2019	Transtornos de Ansiedade em Adolescentes e o Cuidado de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa	Evidenciar condutas de enfermagem para o cuidado e atuação nos casos de Transtorno de Ansiedade que visem à melhoria da prática clínica.	Revisão Integrativa	13 artigos que em sua maioria foram pesquisa de campo realizada com os adolescentes.
Morais, 2014	Intervenções de Enfermagem com o Adolescente: Ganhos em Saúde	Apresentar, de forma descritiva, analítica e crítica, o percurso de aquisição de competências especializadas em enfermagem, no contexto de 2 estágios decorridos em 2013.	Estudo de Caso	Criaram-se espaços psico-educativos, com ênfase em um projeto sobre competências pessoais; realizaram dinâmicas de grupos para a promoção da Saúde Mental e realizaram-se Consultas de Enfermagem, com um estudo dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem mais comuns.

Quadro 1 – Artigos pertencentes ao estudo, 2023.

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Após análise dos resultados obtidos é importante destacar que a contribuição da consulta de enfermagem na identificação precoce de sintomas de ansiedade em adolescentes é um tópico importante, pois a ansiedade na adolescência está se tornando cada vez mais relevante em saúde mental.

Em relação à discussão desses trabalhos, fica claro que os autores enfatizam a importância da atuação dos enfermeiros na identificação precoce de sintomas de ansiedade em adolescentes. Reconhecem que a formação e o desenvolvimento de competências são fundamentais para que os enfermeiros desempenhem um papel eficaz. Além disso, destacam a necessidade de uma abordagem personalizada, com a criação de vínculos, escuta ativa e intervenções específicas para promover a saúde mental dos adolescentes.

Contudo, evidenciam a complexidade do cuidado de enfermagem com adolescentes e a necessidade de os enfermeiros estarem preparados para lidar com questões de saúde mental, como a ansiedade. Tais afirmações corroboram com o estudo de Pereira et al. (2015), que abordou a importância da formação adequada dos enfermeiros para lidar com transtornos mentais. Ambas as pesquisas indicam o foco na atuação dos enfermeiros na promoção da saúde mental de adolescentes, especialmente no contexto das consultas de enfermagem.

Gusmão et al. (2022), enfatiza que a consulta de enfermagem é um momento fundamental para a prática profissional dos enfermeiros, pois é onde as necessidades de saúde do paciente são identificadas e onde se estabelece a base para a promoção, prevenção, recuperação e cuidado sistematizado. Esse achado está em consonância com os resultados obtidos por Zaccara (2019), que enfatiza o caráter multifuncional da consulta de enfermagem, não se limita apenas à coleta de informações clínicas e também a criação de um vínculo para que o paciente sinta-se acolhido. Contudo ambas destacam a importância da educação, do fortalecimento da relação com o paciente, da escuta ativa e da utilização das informações coletadas como base para a intervenção de enfermagem.

Em relação às ações de enfermagem em diferentes ambientes, Teixeira et al. (2020), destaca a natureza abrangente e holística dos cuidados de enfermagem para adolescentes com transtornos de ansiedade que inclui uma variedade de intervenções, como terapia cognitivo comportamental, envolvimento com a família, escola e pares, e um foco no relacionamento interpessoal. Essa abordagem visa proporcionar um suporte completo aos adolescentes, abordando não apenas os aspectos clínicos, mas também os aspectos sociais e emocionais de sua saúde. Os dados apresentados pelo estudo de Pereira et al. (2015), fornecem informações importantes sobre a formação e a preparação dos profissionais de enfermagem em relação à Educação em Saúde, onde 98,7% (n=307) considerou que a formação em Educação em Saúde é importante para o seu desenvolvimento profissional. Essa porcentagem destaca que quase as totalidades dos profissionais de enfermagem que participaram do estudo reconhecem a importância da formação em Educação em Saúde para o seu crescimento e desenvolvimento na carreira. Isso demonstra um alto grau de conscientização sobre a relevância da Educação em Saúde na prática de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foi explorada a relevância da consulta de enfermagem na identificação precoce de sintomas de ansiedade em adolescentes. As análises dos trabalhos de diversos autores destacaram a importância da atuação dos enfermeiros nesse contexto, enfatizando a necessidade de desenvolver competências específicas para lidar com as demandas de saúde mental dos adolescentes.

Uma conclusão lógica que podemos deduzir é que a consulta de enfermagem oferece uma oportunidade valiosa para o reconhecimento e intervenção precoces nos sintomas de ansiedade em adolescentes, o que pode contribuir significativamente para a promoção da saúde mental nessa faixa etária. No entanto, também identificamos a necessidade de que o tema seja mais abordado na formação em saúde mental dos profissionais de enfermagem, através de programas de capacitação continuada.

As considerações finais ressaltam que a consulta de enfermagem vai além da identificação de sintomas e pode incluir atividades educativas, fortalecimento de vínculos, envolvimento da família, dos pares e do ambiente escolar. Isso demonstra a importância de uma abordagem integrada e holística no cuidado com adolescentes.

Como contribuição para a área de pesquisa, este trabalho destacou a necessidade de investir na formação dos enfermeiros em saúde mental, bem como na promoção de uma abordagem centrada no adolescente durante a consulta de enfermagem. Além disso, sugere-se que as instituições de ensino e saúde desenvolvam estratégias para melhorar a capacitação dos profissionais, visando atender às necessidades específicas dessa população.

Em suma, a consulta de enfermagem desempenha um papel fundamental na promoção da saúde mental dos adolescentes, e melhorias na formação e capacitação dos enfermeiros podem aprimorar ainda mais esse processo. A atenção precoce e adequada aos sintomas de ansiedade pode contribuir para a prevenção e recuperação de problemas de saúde mental, proporcionando um ambiente mais saudável para os adolescentes.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION DSMV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 2013, Pg 992. Disponível em: DSM-5 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014) | Camila Thompson - Academia.edu.

AZEVEDO, S, F. et al. Competências dos enfermeiros na consulta de enfermagem do adolescente. 2022. Disponível em: 32959-Article-371211-1-10-20220807 (3).pdf

CENCI, M. et al. O CUIDADO NA SAÚDE MENTAL: TRABALHO DO ENFERMEIRO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. 2015. Disponível em: content (univates.br)

FILHO, O, C, S. et al. Transtornos de ansiedade em adolescentes: considerações para a pediatria e hebiatria. 2013, Pg 11. Disponível em: A&S suplemento3-2013 - final.indb (fiocruz.br) GUSMÃO, R, O, M. et al. Atuação do enfermeiro em saúde mental na estratégia de saúde da família. 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1364019/3721.pdf>

GUSMÃO, R, O, M. et al. Atuação do enfermeiro em saúde mental na estratégia de saúde da família. 2022. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/04/1364019/3721.pdf>

MACHADO JSM, Luna AA, Souza PA, Silva CMC, Silva NCM. Coleta de dados de enfermagem direcionada ao adulto e ao idoso hospitalizado: uma revisão integrativa. Rev Enferm Atenção Saúde. 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/Seja%20Bem%20Vindo/Downloads/%235553+e202248+PT.pdf>

Ministério da Saúde. (2013). Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nas Escolas e Unidades Básicas de Saúde . 1º Ed. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf

Ministério da Saúde. (2013). Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nas Escolas e Unidades Básicas de Saúde . 1º Ed. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacao_basica_saude_adolescente.pdf

MORAIS, M, T. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM COM O ADOLESCENTE GANHOS EM SAÚDE. 2014. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18344/1/203016688.pdf>

MOREIRA. TRANSTORNOS DE ANSIEDADE EM ADOLESCENTES E O CUIDADO DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. 2019. Disponível em: https://bdm.ufpa.br:8443/jspui/bitstream/prefix/3004/1/TCC_TranstornoAnsiedadeAdolescentes.pdf

OLIVEIRA, G,R,C. Desafios do enfermeiro na atenção à saúde do adolescente na estratégia de saúde da família. 2015. Disponível em: <https://www.cursosaprendiz.com.br/enfermeirosaude-adolescente/Organização Mundial da Saúde. Mental health of adolescents. 2021. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

PEREIRA, A, A et al. FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS EM SAÚDE MENTAL QUE ATUAM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS. 2015 Disponível em <file:///C:/Users/Seja%20Bem%20Vindo/Downloads/601- Texto%20do%20Artigo-1123-1319-10-20150612.pdf>

TEIXEIRA, L, A, et al. NECESSIDADES DE SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/sxfq53q5mHTcVrXRmmXdKSp/?format=pdf&lang=pt>

ZACCARA. A importância da consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. 2019. Disponível em: 51366_VANESSA PIAIA ZACCARA.pdf

ATIVIDADE FÍSICA DOS IDOSOS EM PORTUGAL E IMPACTOS NA SAÚDE: SCOPING REVIEW

Data de aceite: 01/02/2024

Maria José Carvalho Nogueira

PhD, Prof. Adjunta, ESESJD da
Universidade de Évora, Évora, Portugal
<https://orcid.org/0000-0001-7412-2252>

Delfina Teixeira

Prof. Adjunta, ESSS, Instituto Politécnico
de Santarém, Santarém, Portugal
<https://orcid.org/0000-0002-6307-6630>

RESUMO: Introdução: Atividade física (AF) no idoso é central pois permite atrasar o aparecimento de algumas doenças, diminuição da função cognitiva e enfraquecimento muscular que é a causa de muitas das quedas nos idosos. As pessoas vivem mais tempo, mas também devemos garantir que vivam em boa saúde e que a vida deles seja significativa e digna. Em Portugal pouco se conhece sobre a prática de atividade física os idosa e tipo que tipo de variáveis a influenciam. Esses dados são importantes para desenhar programas de intervenção no âmbito do envelhecimento ativo. **Objetivo:** Mapear a prática de atividade física nos idosos em Portugal e impactos na saúde na saúde dos idosos. **Metodologia:** *Scoping review* de acordo com as orientações do Joana

Brigues Institute (JBI, 2021). Pesquisa efetuada em diferentes bases de dados com recurso aos motores de busca ESBSCO e PubMed, com base no acrónimo PCC: P (idoso), C (atividade física), C (Portugal). Seleccionados os artigos potencialmente relevantes publicados em inglês, português e espanhol, a pesquisa decorreu de setembro 2023 a dezembro 2023. Critérios de inclusão: estudos realizados apenas em idosos (mais de 65 anos), Portugueses, com acesso ao texto integral, estudos primários e revisões, cujo interesse principal é atividade física do idoso. **Resultados:** Inicialmente foram identificados 86 elegíveis, após a aplicação dos critérios de inclusão, resultado num total de 6 artigos para a análise. **Conclusões:** Os níveis de atividade física na população idosa variam de região para região, variam com a idade e variam de género para género. Com o avançar da idade, os idosos tendem a diminuir os seus níveis de atividade física, o que faz com que passem mais tempo sentados, sem que exista qualquer movimento.

PALAVRAS CHAVE: idoso; atividade física; saúde

PHYSICAL ACTIVITY OF THE ELDERLY IN PORTUGAL AND HEALTH IMPACT: SCOPING REVIEW

ABSTRACT: Introduction: Physical activity (PA) in the elderly is central as it delays the onset of some diseases, decreased cognitive function and muscle weakening, which is the cause of many falls in the elderly. People live longer, but we must also ensure that they live in good health and that their lives are meaningful and dignified. In Portugal, little is known about the practice of physical activity among elderly people and what types of variables influence it. These data are important for designing intervention programs in the context of active aging. **Objective:** To map the practice of physical activity in the elderly in Portugal and its impacts on the health of the elderly. **Methodology:** Scoping review in accordance with the guidelines of the Joana Bragues Institute (JBI, 2021). Search carried out in different databases using the search engines EMBASE and PubMed, based on the acronym PCC: P (elderly), C (physical activity), C (Portugal). After selecting potentially relevant articles published in English, Portuguese and Spanish, the research took place from September 2023 to December 2023. Inclusion criteria: studies carried out only on elderly people (over 65 years old), Portuguese, with access to the full text, primary studies and reviews, whose main interest is physical activity in the elderly. **Results:** Initially, 86 eligible articles were identified, after applying the inclusion criteria, resulting in a total of 6 articles for analysis. **Conclusions:** Physical activity levels in the elderly population vary from region to region, vary with age and vary from gender to gender. As they age, older people tend to reduce their physical activity levels, which means they spend more time sitting without any movement. **KEYWORDS:** elderly; physical activity; health

INTRODUÇÃO

A atividade física no idoso desempenha um papel central na saúde e autonomia dos idosos melhorando a sua funcionalidade, particularmente a de intensidade moderada (MARTINS, 2019). Estudos indicam que a prática regular de atividade física está associada a uma vida mais longa e saudável (BRAVO *et al.*, 2018) e independente, isto é ser capaz de realizar todas as atividades básicas e instrumentais da vida diária (SANTOS *et al.*, 2012).

A evidência demonstra que os idosos devem evitar ao máximo a inatividade, e alguma atividade física é melhor do que nenhuma, observando-se que participar em algum tipo de atividade física tem benefícios para a saúde (RAIMUNDO; MALTA; BRAVO, 2019; SANTOS *et al.*, 2012). Níveis mais elevados de atividade física têm sido associados a um menor risco de capacidade física prejudicada e incapacidade em idosos (BRAVO *et al.*, 2018; MARQUES *et al.*, 2014; MARTINS, 2019) e, praticar cerca de 100 minutos por dia de atividade física moderada e vigorosa melhora o sedentarismo e a independência física (HETHERINGTON-RAUTH *et al.*, 2021). Os níveis de atividade física diária, avaliados através do comportamento sedentário ou através da atividade física moderada a intensa, são um bom indicador do estado de saúde (EUROPEAN COMMISSION, 2018) e da capacidade funcional dos idosos, isto é, da aptidão ou capacidade física necessária

para realizar atividades cotidianas normais, de forma autônoma e sem o aparecimento precoce de fadiga. A atividade física envolve qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, resultando em gasto energético (MARTINS, 2019). Inclui atividades do cotidiano, como tarefas domésticas, caminhar, hidroginástica, jardinagem, Tai Chi, exercícios de resistência leve além de exercícios programados. Estudos mostram que todos os tipos de atividade física têm impactos positivos na saúde dos idosos. Cada tipo atividade física pode ser classificada em baixa intensidade (atividades leves/moderadas) e alta intensidade (atividades pesadas/muito pesadas (BRAVO *et al.*, 2018; MARQUES *et al.*, 2014; MARTINS, 2019). A qualidade de vida (QV) é influenciada positivamente pela manutenção de níveis satisfatórios de prática de atividade física (MARTINS, 2019). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), em Portugal nos censos de em 2021, mais de 23% da população era idosa pelo que em 2022, o índice de envelhecimento, que compara a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem), atingiu o valor de 185,6 idosos por cada 100 jovens (181,3 em 2021) (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2021). Neste sentido e considerando que a percentagem de população idosa em Portugal, com 65 ou mais anos, mantém a tendência de aumentado das últimas décadas, é preponderante diminuir ou pelo menos atrasar dependência, o aparecimento de doenças, diminuição da função cognitiva e enfraquecimento muscular que é a causa de muitas das quedas nos idosos (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2021). Efetivamente, atualmente, as pessoas vivem mais tempo, mas devemos também garantir que vivam mais tempo de boa saúde, e que a vida seja significativa e digna. Se conseguirmos este objetivo, será bom não apenas para os idosos, mas para toda a sociedade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Em Portugal os estudos mostram os benefícios atividade física para a saúde dos idosos, e evidenciam os impactos positivos da atividade física na saúde mental e física dos idosos, designadamente estudos sobre frequência, padrões de atividade física e tipos de atividades físicas praticadas (BRAVO *et al.*, 2018; MARTINS, 2019; ROSADO *et al.*, 2021). Num estudo realizado por Bastos e colegas (2020) os praticantes de atividade física em programas de intervenção comunitária apresentaram melhor QV nos domínios *psicológico, relações sociais e ambiente* do que os não praticantes (Bastos *et al.*, 2020). Porém estudos apontam vários fatores podem influenciar negativa ou positivamente a participação dos idosos em atividades físicas tais como socioeconómicos, ambientais e de saúde (PINTO, 2018). As principais barreiras referidas foram a limitação física, e os facilitadores o apoio formal (HETHERINGTON-RAUTH *et al.*, 2021; JORDÃO *et al.*, 2023; PINTO, 2018; SANTOS *et al.*, 2012). Equipamentos como pedómetros e acelerómetros têm sido amplamente aplicados na avaliação dos padrões de atividade física em idosos. No estudo de Pinto e colegas, com idosos Portugueses os entrevistados associaram a atividade física à saúde e bem-estar, com benefícios no estado geral de saúde e com preferência por realizar caminhadas e desportos aquáticos (PINTO, 2018). Pese embora

a evidência mostre que a atividade física imprima benefícios à saúde física e mental dos idosos, em Portugal pouco se conhece sobre a prática de atividade física dos idosos e quais as variáveis que a influenciam. Esses dados são importantes para desenhar programas de intervenção no âmbito do envelhecimento ativo. Deste modo definimos como objetivo desta revisão conhecer a prática de atividade física nos idosos em Portugal e quais são as principais atividades físicas praticadas pelos idosos.

METODOLOGIA

Desenhámos uma *Scoping review* de acordo com as orientações do Joanna Briggs Institute (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2017). Trata-se de uma investigação científica constituída por cinco etapas metodológicas: (1) identificação de uma questão de investigação; (2) identificação de estudos relevantes; (3) seleção dos estudos; (4) mapear a informação; (5) resumir e apresentar os resultados (JBI, 2021). Partiu-se da questão de investigação: *Qual a prática de atividade física nos idosos em Portugal e quais os contributos da atividade física na saúde do idoso?*, usando termos de interesse e formulada com base no acrónimo PCC [P (População=idoso); C (Conceito= atividade física); C (Contexto =Portugal)]. Os estudos foram identificados usando termos de interesse validados nos descritores DeCS P(população=idoso); C(Conceito= Exercício físico); C(Contexto=Portugal); e descritores MeSH (população=Elderly); C (Conceito= Exercício Físico); C (Contexto=Portugal). O protocolo de pesquisa e seleção dos artigos combinou operadores booleanos AND e OR e descritores. A pesquisa ocorreu entre setembro 2023 e dezembro de 2023, usando motores de busca: EBSICO e PubMed. A frase booleana de pesquisa combinou e descritores DeCS: “idoso” (UniqueID D000368) AND “exercício Físico” (Unique ID:D015444) AND “portugal” (Unique ID:D011174); operadores booleanos AND e OR e descritores MeSH: “aged” (Unique ID: D000368) OR “elderly” AND “exercise” (Unique ID: D015444) AND “portugal” (Unique ID: D011174) AND “atividades”, “aged” OR “elderly” AND “exercise” AND “portugal” AND “atividades”. O fluxograma da identificação, seleção e compilação dos artigos está ilustra na Figura 1.

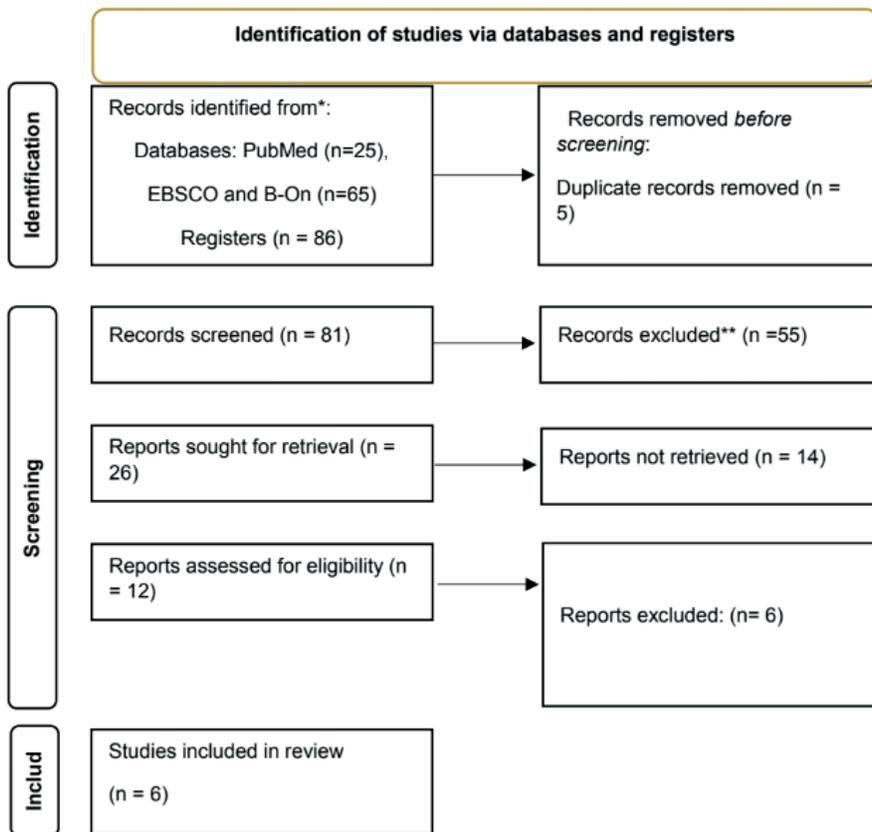


Figura 1 - Diagrama de fluxo PRISMA (Page et al., 2021) da identificação, seleção e compilação dos artigos do estudo

A seleção dos estudos com base numa triagem inicial de leitura dos títulos e resumos e posterior leitura completa dos artigos selecionados. Posteriormente mapearam-se os estudos relevantes publicados em inglês, português e espanhol. Foram excluídos os artigos duplicados, cujo título não fosse sugestivo da temática pretendida. Na leitura integral dos artigos obedeceu aos critérios de inclusão previamente definidos: artigos originais, estudos realizados apenas em idosos (pessoas com mais de 65 anos) Portugueses, publicados em português, inglês, espanhol, com acesso ao texto integral e gratuito, cujo interesse principal é atividade física do idoso.

Posteriormente procedeu-se à extração, análise e compilação da informação contida nos artigos elegíveis. Dos 86 artigos localizados, potencialmente relevantes, constituíram amostra 6 estudos de onde foram extraídos dados de interesse. Para tal foi usado um formulário de extração de dados para recolher informações essenciais de cada estudo (autor, ano, método, resultados) e posterior análise e síntese das mesmas. Os resultados foram agrupados, com base nos temas comuns relacionados com a atividade física em

idosos, destacando achados, padrões, discrepâncias e lacunas na literatura. Após a seleção de todos os artigos pertinentes, procedeu-se à extração esquematizada de toda a informação relevante.

A caracterização dos artigos incluídos na revisão está sintetizada com base no autor(s), ano, título, desenho do estudo, objetivo, e principais resultados, explanado na Tabela 1.

Nº	Autor(es) Ano	Título	Desenho /Amostra	Objetivo	Resultados/ atividades praticadas pelos idosos e impactos na saúde
1	Rosado, H., Bravo, J., Raimundo, A., Carvalho, J., Almeida, G., & Pereira, C. (2022)	Can two multimodal psychomotor exercise programs improve attention, affordance perception, and balance in community dwellings at risk of falling? A randomized controlled trial.	Ensaio clínico randomizado de 24 semanas. Avaliação baseline e pós intervenção e follow-up (12 semanas) Amostra: 45 idosos	Investigar os efeitos de dois programas multimodais na atenção, nos limites perceptivos e de avanço e no equilíbrio em idosos que vivem na comunidade em risco de cair.	Atividades psicomotoras multimodais. As comparações intra grupo mostraram melhorias significativas na atenção e equilíbrio. As magnitudes dos efeitos do tratamento variando de média a grande e verificaram-se diminuições na taxa de quedas nos 2 grupos. As melhorias na atenção foram mantidas, enquanto as de equilíbrio foram revertidas em ambos os GEs. Os resultados deste estudo sugerem que ambos os programas de exercícios multimodais foram eficazes na prevenção de quedas e foram bem tolerados pelos participantes. Especificamente, o GE1 e o GE2 apresentaram melhorias idênticas na atenção, e o GE2 apresentou uma melhoria ligeiramente maior no equilíbrio e uma diminuição maior na taxa de queda.
2	Carneiro, I., Krstrup, P., Castagna, C., Pereira, R., & Póvoas, S. (2023)	Mixed-gender small-sided recreational team handball games in middle-aged and elderly are physiologically more demanding for women than men.	Estudo Pré e Pós Test Amostra: 41	Analisar a resposta fisiológica, o perfil de atividade e a experiência percebida de homens e mulheres de meia-idade e idosos jogando formatos de jogo de HT recreativos do mesmo gênero versus misto.	Sessão padronizada de 15 minutos (exercícios de corrida, coordenação, força, flexibilidade e equilíbrio), seguido por períodos de 3x15 minutos de jogo TH recreativo, intercalados por intervalos de 2 minutos. Verificou que os níveis de diversão foram muito elevados. Os homens apresentaram maiores exigências de perfil cardiovascular e de atividade em partidas do mesmo sexo, o que foi oposto às mulheres. O exercício de alta intensidade é motivador para ambos os sexos, independentemente do formato do jogo. Este estudo concluiu que o exercício intermitente de alta intensidade e motivador tem potencial para melhorias de saúde em idosos este tipo de exercício pode ser utilizado com o objetivo de promover a saúde e a aptidão física dessa população.
3	Jordão, S., Stergiou, N., Brandão, R., Pezarat-Correia, P., Oliveira, R., Cortes, N., & Vaz, J. R. (2023)	Muscle activity variability patterns and stride to stride fluctuations of older adults are positively correlated during walking.	Estudo quantitativo, descritivo correlacional Amostra: 21	Investigar se a estrutura temporal da marcha e os padrões de variabilidade muscular diferem	Cada participante foi submetido a um teste de caminhada realizado num tapete rolante. Exercício de caminhada por 3 minutos na velocidade preferida para familiarização. Após descanso mínimo de 5 minutos, os participantes caminharam ao ritmo da sua velocidade preferida previamente determinada por 12 minutos consecutivos. Estudo mostra uma forte correlação positiva entre a estrutura temporal da marcha e os padrões de variabilidade da atividade muscular dos idosos, indicando uma estreita interação entre estes dois elementos do sistema neuromuscular humano. Esta interdependência e interação dos componentes do sistema neuromuscular pode revolucionar as estratégias usadas na reabilitação da marcha no idoso.

4	Marques, E. A., Baptista, F., Santos, D. A., Silva, A. M., Mota, J., & Sardinha, L. B. (2014)	Risk for losing physical independence in older adults: The role of sedentary time, light, and moderate to vigorous physical activity.	Estudo Transversal correlacional Amostra: 371 (131 homens; 240 mulheres).	Estudar a associação de uma variedade de intensidades de atividade física e comportamento sedentário com o risco de perda de independência física mais tarde na vida em idosos residentes na comunidade.	Indivíduos com funcionamento moderado (baixo risco) eram significativamente mais jovens, mais ativos fisicamente e tinham significativamente menos tempo sedentário. Idade e sexo interagiram com AF moderada a vigorosa para prever o risco de perda de independência física. À medida que a idade aumenta, os participantes mais ativos fisicamente tornaram-se menos propensos a estar no GHR do que os participantes mais jovens. Resultados sugerem que a AF leve, moderada e vigorosa estão significativamente associadas ao risco de perda de independência física mais tarde na vida, e a idade e o género combinados com AF moderada e vigorosa têm um efeito de interação na independência física dos idosos.
5	Santos, Diana A.; Silva, Analiza M.; Baptista, Fátima; Santos, Rute; Vale, Susana; Mota, Jorge & Sardinha, Luís B. (2012)	Sedentary behavior and physical activity are independently related to functional fitness in older adults.	Estudo qualitativo descriptive correlational Amostra: 312 (117 homens; 195 mulheres).	O objetivo do estudo atual foi examinar o impacto da atividade física moderada a vigorosa (MVPA) e do tempo sedentário na aptidão funcional em idosos.	Foi pedido a todos os participantes que utilizassem um acelerómetro na anca direita durante 4 dias consecutivos. A atividade física foi avaliada por acelerometria (ActiGraph, modelo GT1M, Fort Walton Beach, Florida). Um dia válido (10 h ou mais de uso do monitor), o que corresponde à utilização diária mínima do acelerómetro. Verificou-se que o tempo despendido em atividade física moderada a vigorosa foi positivamente associado à aptidão funcional. Este estudo demonstrou que os idosos que passam mais tempo em atividade física ou menos tempo em comportamentos sedentários demonstram uma melhoria na aptidão funcional e outros fatores de confusão mental.
6	Hetherington-Rau, Megan; Magalhães, João P.; Júdice, Pedro B.; Ara, Ignacio; Rosa, Gil B.; Correia, Inês R.; Mañas, Asier; Sardinha, Luís B.; (2021)	Physical activity moderates the effect of sedentary time on an older adult's physical independence.	Estudo Transversal Descritivo e correlacional Amostra: 821	Avaliar os efeitos conjuntos do tempo sedentário, pausas no tempo sedentário e AFMV na independência física de idosos e determinar em que medida a relação do TS com a independência física é moderada pela AFMV e/ou PTS.	O programa de exercícios MAAP de 24 semanas (sessões de exercícios multi componentes) de 50 minutos em grupo, duas vezes por semana. Verificaram que maior TS foi relacionado a menor score de função física composta (CPF), enquanto maior AFMV foi relacionado a melhor score de CPF. Praticar cerca de 100 m dia de AFMV resultou em melhoria do sedentarismo. Descobriu-se que a AFMV é um moderador da relação entre o TS e a independência física, de modo que praticar pelo menos 36 min/dia de AFMV pode atenuar os efeitos negativos do tempo de sedentarismo. Em altos níveis de AFMV (≥ 108 min/dia), ter algum TS pode proporcionar algum benefício à capacidade de um idoso de manter a independência física.

Quadro 1. Caracterização dos artigos incluídos na revisão

RESULTADOS

Rosado e colegas (2022), mostraram melhorias significativas na atenção e equilíbrio após a intervenção com exercícios multimodais ao longo de 24 semanas. As magnitudes dos efeitos do tratamento foram semelhantes em ambos os grupos, variando de média a grande. Verificaram-se diminuições na taxa de quedas e as melhorias na atenção foram mantidas, e no equilíbrio. Os resultados deste estudo sugerem que ambos os programas de exercícios multimodais foram eficazes na prevenção de quedas e foram bem tolerados pelos participantes. Demonstram benefícios de manter o programa de intervenção psicomotora sozinho ou em combinação com o programa de vibração de corpo inteiro para prevenir a deterioração da função cognitiva e física (ROSADO *et al.*, 2021).

Carneiro e colegas (CARNEIRO *et al.*, 2023)recreational team handball (TH estudou o perfil de atividade e a experiência percebida de jogos recreativos. Usaram sessões padronizados de 15 minutos (exercícios de corrida, coordenação, força, flexibilidade e equilíbrio), seguido por períodos de 3x15 minutos de jogo recreativo, intercalados por intervalos de 2 minutos. Verificaram que os níveis de diversão foram muito elevados e os homens apresentaram maiores exigências de perfil cardiovascular e de atividade em partidas do mesmo sexo, o que foi oposto às mulheres. Concluíram que o exercício de alta intensidade é motivador para ambos os gêneros, independentemente do formato do jogo, o que significa que as intervenções deste tipo de exercícios podem ser usadas em ambos os sexos para promover a saúde dos participantes (CARNEIRO *et al.*, 2023).

Outro estudo com o objetivo de perceber a relação entre os padrões de marcha e a atividade muscular, realizado por Jordão et al (2023), usaram a caminhada num tapete rolante durante 12 minutos na velocidade preferida do idoso. Verificaram uma forte correlação positiva entre a estrutura temporal da marcha e os padrões de variabilidade da atividade muscular dos idosos, sugerindo uma estreita interação entre a produção mecânica e os processos neuromusculares. Esta interdependência e interação dos componentes do sistema neuromuscular pode revolucionar as estratégias usadas na reabilitação da marcha no idoso (JORDÃO *et al.*, 2023).

Neste contexto o estudo elaborado por, Marques e colegas (2014) teve como objetivo estudar a associação entre intensidade de atividade física e comportamento sedentário em idosos e o risco de perda de independência física. Verificaram que a idade e sexo influenciam a prática de atividade física (de moderada a vigorosa) e a previsão do risco de perda de independência física. Isto é, à medida que a idade aumenta os idosos mais ativos fisicamente tornaram-se menos propensos a estar no grupo de alto risco do que os mais jovens inativos. Este também demonstrou que, a probabilidade de uma idosa fisicamente ativa ser fisicamente independente até mais tarde na vida são maiores do que as de um idoso fisicamente ativo. Estas novas descobertas sugerem que a atividade física leve, moderada e vigorosa estão significativamente associadas ao risco de perda de

independência física mais tarde na vida. A idade e o gênero combinados com atividade física (moderada e vigorosa) influenciam a independência física dos idosos (MARQUES *et al.*, 2014). Num estudo anterior idêntico, também Santos, e colegas (2012) examinaram o impacto independente da atividade física moderada a vigorosa o tempo sedentário objetivamente medidos na aptidão funcional em uma amostra de adultos com 65 anos ou mais de funcionamento independente na comunidade. Concluíram que nos idosos, o tempo despendido em atividade física moderada a vigorosa foi positivamente associado à aptidão funcional (SANTOS *et al.*, 2012). Este estudo demonstrou que os idosos que passam mais tempo em atividade física ou menos tempo em comportamentos sedentários tem uma melhoria na aptidão funcional e outros fatores de confusão mental (SANTOS *et al.*, 2012).

Hetherington-Rau (2021) avaliaram os efeitos conjuntos do tempo sedentário (TS), pausas no tempo sedentário e atividade física moderada e vigorosa (AFMV) na independência física de idosos e determinar a relação entre estas variáveis. Verificaram que maior TS foi relacionado a menor score de função física composta (CPF), enquanto maior AFMV foi relacionado a melhor escore de CPF. Concluíram que A AFMV é um moderador da relação entre o TS e a independência física, de modo que praticar pelo menos 36 min/dia de AFMV pode atenuar os efeitos negativos do tempo de sedentarismo. Altos níveis de AFMV (≥ 108 min/dia), ter algum TS e pode proporcionar benefício à capacidade de um idoso manter independência física (HETHERINGTON-RAUTH *et al.*, 2021).

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi conhecer a prática de atividade física nos idosos em Portugal e quais os impactos na sua saúde. Nesse sentido os resultados confirmam que os idosos Portugueses se envolvem em diversas atividades físicas com diferentes intensidades e frequência e que na sua maioria esta atividade tem impactos positivos na sua saúde física e mental. Esta tendência esta em consonância com as políticas e recomendações emanadas bem como em linha com o modelo do envelhecimento ativo, que estimula e promove o envolvimento contínuo dos idosos em atividades físicas e sociais. Argumentando que estas atividades trazem benefícios não apenas para a pessoa idosa, mas para toda a sociedade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Os estudos mostram que as atividades físicas comuns entre os idosos em Portugal incluem exercício físico leve, moderado e vigoroso, do qual fazem parte exercícios psicomotoras multimodais (exercícios de corrida, coordenação, força, flexibilidade e equilíbrio) (CARNEIRO *et al.*, 2023; ROSADO *et al.*, 2021) a caminhada (frequentemente praticada em parques, áreas residenciais ou espaços públicos, passadeira indoor), a ginástica adaptada ou alongamentos são comuns em centros comunitários e ginásios, a natação ou hidroginástica benefícios para a saúde e serem adequados para as articulações, os jogos recreativos como a dança, como dança de salão, ser uma maneira divertida e

social de se manter ativo, participação em grupos de atividades sociais que promovem atividades físicas, como clubes de caminhada (CARNEIRO *et al.*, 2023; JORDÃO *et al.*, 2023). Rosado, em consonância com os anteriores estudos demonstra o benefício do programa de intervenção psicomotora simples ou combinado com o programa de vibração de corpo inteiro para prevenir a deterioração da função cognitiva e física (ROSADO *et al.*, 2021).

Também foi estabelecida uma forte correlação positiva entre marcha e os padrões de variabilidade da atividade muscular dos idosos e a produção mecânica e os processos neuromusculares (JORDÃO *et al.*, 2023). Também o tempo despendido em atividade física moderada a vigorosa nos idosos foi positivamente associado à aptidão funcional (SANTOS *et al.*, 2012) e pode atenuar os efeitos negativos do tempo de sedentarismo. Altos níveis de AFMV (≥ 108 min/dia), ter algum TS e pode proporcionar benefício à capacidade de um idoso manter independência física (HETHERINGTON-RAUTH *et al.*, 2021). O Estudo Eurobarometer (2018), vem acrescentar ainda a correlação da atividade física e o gênero do idoso, este mostra que relativamente à atividade física geral, as mulheres são mais ativas que os homens, e os idosos no meio urbano apresentam níveis de atividade física superiores, principalmente as mulheres sobretudo devido às atividades domésticas. Também com o aumento da idade, o nível de AF tende a ser mais baixa, e os idosos da faixa etária dos 65 aos 71 anos de idade praticam mais atividade física comparativamente com os idosos da faixa etária dos 72 aos 85 anos. Este estudo corrobora que o envelhecimento populacional caracteriza a demografia do século XXI em Portugal, realidade que requer organização e intervenção estratégica dos governos e entidades de saúde, por forma a responder aos desafios que este fenómeno significa (WHO, 2017). Para que o envelhecimento represente o enriquecimento do indivíduo e da sociedade, é imperioso garantir a melhor saúde possível na velhice por forma a oferecer aos idosos a qualidade de vida (QV) que lhes é devida (WHO, 2017). Efetivamente a atividade física moderada a vigorosa (AFMV) e pausas no tempo sedentário (BST) têm sido propostas como soluções viáveis para melhorar a independência física de um idoso, enquanto o tempo sedentário (TS) tem sido associado a efeitos prejudiciais, quer para a saúde física/independência, quer para a saúde mental. Nos idosos, o tempo despendido em atividade física moderada a vigorosa foi positivamente associado à aptidão funcional física e mental (HETHERINGTON-RAUTH *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2012).

Estes dados são importantes para identificar barreiras obstáculos que impedem os idosos de se envolverem em atividades físicas e propor soluções. Designadamente programas de promoção da atividade física destinados a idosos em Portugal. Nesse sentido é relevante que em futuros estudos se investiguem as perceções as atitudes dos idosos em relação à atividade física e como essas perceções podem ser moldadas e adaptadas de forma a concretizar a sua incrementação na população idosa portuguesa. Tendo como objetivo principal a autonomia dos idosos, física e mental. Deste modo dado a elevada

representatividade desta faixa etária, urge a implementação de programas que ajudem a atenuar os problemas de saúde e limitações funcionais mais frequentes nos idosos causados pelo sedentarismo.

CONCLUSÕES

Esta revisão contribuiu com dados sobre a prática de exercício dos idosos, e programas de atividade física eficazes na prevenção de quedas, reabilitação da marcha dos idosos e independência. Com o avançar da idade, os idosos tendem a diminuir os seus níveis de atividade física, o que faz com que passem mais tempo inativos. A AF em comparação com comportamentos sedentários em idosos em Portugal contribui de forma significativa para uma melhoria na aptidão funcional e mental desta população. Estudos mostram que o exercício intermitente e/ou de alta intensidade é motivador e tem potencial para melhorar a saúde global dos idosos em Portugal. Os programas de AF devem estimular e proporcionar atividades relacionadas com o dia a dia do idoso, caminhadas, e exercícios aquáticos, atividades lúdicas que sejam do agrado dos idosos visando maior adesão por parte destes. Devem oferecer atividades supervisionados e/ou acompanhados por profissionais especializados na área da saúde, e a sua finalidade deve ser centrada na promoção da saúde, bem-estar, na diminuição do sedentarismo e das limitações físicas do idoso.

REFERÊNCIAS

BRAVO, Jorge Duarte *et al.* Níveis de atividade física e aptidão funcional em idosos da região do Alentejo, Portugal. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 955, 2018.

CARNEIRO, Ivone *et al.* Mixed-gender small-sided recreational team handball games in middle-aged and elderly are physiologically more demanding for women than men. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 18, n. 6, p. e0286008, 2023.

EUROPEAN COMMISSION. **Special Eurobarometer 472: Sport and physical activity (v1.00)**. [S. l.], 2018. Disponível em: http://data.europa.eu/88u/dataset/S2164_88_4_472_ENG. .

HETHERINGTON-RAUTH, Megan *et al.* Physical activity moderates the effect of sedentary time on an older adult's physical independence. **Journal of the American Geriatrics Society**, [s. l.], v. 69, n. 7, p. 1964–1970, 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. **CENSOS21**. [S. l.], 2021. Disponível em: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_populacao&xpid=CENSOS21. .

JORDÃO, Sofia *et al.* Muscle activity variability patterns and stride to stride fluctuations of older adults are positively correlated during walking. **Scientific Reports**, [s. l.], v. 13, p. 20721, 2023.

MARQUES, Elisa *et al.* Risk for losing physical independence in older adults: The role of sedentary time, light, and moderate to vigorous physical activity. **Maturitas**, [s. l.], v. 79, n. 1, p. 91–95, 2014.

MARTINS, Sónia. **Níveis de Atividade Física, Funcionalidade, Qualidade de Vida e Barreiras Percebidas pelos Idosos do Concelho da Guarda**. 2019. - Instituto Politécnico da Guarda, [s. l.], 2019.

PINTO, João. **Barreiras e facilitadores para a prática de atividade física: perspetiva de idosos portugueses em contexto rural e urbano**. 2018. - ENSP, [s. l.], 2018.

RAIMUNDO, Armando; MALTA, João; BRAVO, Jorge. **O Problema do Sedentarismo Benefícios da Prática de Atividade Física e Exercício**. Évora: Universidade de Évora, 2019.

ROSADO, Hugo *et al.* Can two multimodal psychomotor exercise programs improve attention, affordance perception, and balance in community dwellings at risk of falling? A randomized controlled trial. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 21, n. S2, p. 2336, 2021.

SANTOS, Diana A. *et al.* Sedentary behavior and physical activity are independently related to functional fitness in older adults. **Experimental Gerontology**, [s. l.], v. 47, n. 12, p. 908–912, 2012.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **The Joanna Briggs Institute critical appraisal tools for use in JBI systematic reviews. Checklist for Prevalence Studies**. [S. l.], 2017. Disponível em: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017_0.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ageing Report 2015**. Geneve: [s. n.], 2015.

CONTRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO QUANTO AO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL À POPULAÇÃO IDOSA EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de aceite: 01/02/2024

Elizabete Maria de Assis Godinho

Orientadora especialista, mestranda em saúde pública e professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE

Ana Karoline Sabino da Silva Gomes

Acadêmica do 9º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE

Gabriel Damázio Zaidan

Acadêmico do 9º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE

Karolyne Stefane Freitas Soares

Acadêmica do 9º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE

Késsia Stefany Rodrigues Pereira

Acadêmica do 9º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE

o enfermeiro tem um papel fundamental em incentivar o acompanhamento desse público na Estratégia Saúde da Família, garantindo um envelhecimento benéfico. O objetivo da pesquisa foi descrever a contribuição do enfermeiro quanto ao envelhecimento saudável à população idosa em uma Estratégia de Saúde da Família de Governador Valadares. Trata-se de uma pesquisa descritiva e qualitativa, de cunho analítico e de campo. Os dados coletados só foram realizados após consentimento substancial pelo Conselho de Ética e Pesquisa, com o Certificado de Apresentação e Apreciação Ética n. 68532223.5.0000.5157. Os resultados foram obtidos por meio de entrevista com as enfermeiras, idosos e mediante uma coleta de dados documentais. Constatou-se, ao final da pesquisa, que a maioria dos idosos apenas comparece à ESF para buscar a renovação de receitas médicas, de acordo com os relatos feitos pelos idosos e pelas enfermeiras. Sendo assim, é fundamental que os enfermeiros reflitam acerca das atividades que eles exercem, como também procurem aperfeiçoar a forma de realizar os cuidados básicos, direcionados à humanização e à qualidade da assistência.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento saudável. Enfermagem em Saúde Comunitária. Atenção primária a saúde.

RESUMO: Envelhecimento é um processo natural e todo o ser humano está sujeito a passar por essa modificação. Para tanto, no envelhecimento saudável, a funcionalidade da pessoa idosa é preservada e, como meio de desenvolvimento positivo desse processo,

THE NURSE'S CONTRIBUTION TO HEALTHY AGING FOR THE ELDERLY POPULATION IN A FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT: Aging is a natural process, and every human being will go through this change. In a healthy aging process, the functionality of the elderly person is preserved. As a resource of a positive development of the healthy aging process, the nurse plays a fundamental role encouraging the follow-up in the Family Health Strategy by ensuring a beneficial process of aging. The main objective of this research was to describe the contribution of the nurse regarding a healthy aging process to the elderly population in a Family Health Strategy of Governador Valadares city. The present work developed a descriptive and qualitative research, with an analytical and fieldwork nature. The collected data were only carried out to a next step after substantial consent by the Ethics and Research Council with a number of the Certificate of Presentation and Ethical Appreciation 68532223.5.0000.5157. The results presented in this work were obtained through an interview with nurses, elderly and through the collection of documentary data. It was concluded afterward, that most seniors only go to the ESF to seek renewal of medical prescriptions, as reported by elderly and nurses. Therefore, it is essential that nurses think ahead on the activities they perform, as well as improving the way of performing basic care, focusing on the humanization and quality of caring.

KEYWORDS: Healthy aging. Nurse. Contribution.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo, caracterizado tanto por alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, quanto por modificações psicológicas. Essas modificações determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que podem levar o indivíduo à morte (FERREIRA et al., 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o envelhecimento saudável como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira e, entre esses, há uma parcela importante dos portadores de alguma doença crônica não transmissível (DCNT), além daqueles que, mesmo sem doença, já apresentam alguma limitação funcional (VERAS, 2009).

Acredita-se que o enfermeiro tenha habilidades e competências para proporcionar o envelhecimento saudável para o idoso junto com a equipe multidisciplinar de saúde. Nesse sentido, a caderneta de saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde (MS) torna-se um instrumento importante na detecção das vulnerabilidades dessa população, com o propósito em possibilitar um diagnóstico situacional e um planejamento do processo de cuidar de forma adequada e qualificada.

Diante disso, delimitou-se o objetivo geral desta pesquisa em descrever a contribuição do enfermeiro quanto ao envelhecimento saudável à população idosa em uma Estratégia de Saúde da Família de Governador Valadares (GV). Além desse, fazer a identificação de quais são os gigantes da geriatria descritos na literatura, bem como comparar a atuação do enfermeiro à luz das recomendações em políticas públicas e conhecer a assistência prestada pelo enfermeiro ao idoso na atenção primária em uma Estratégia Saúde da Família em Governador Valadares tendo em vista seus desafios.

GV é considerado um município numericamente significativo em relação à população idosa, sendo assim, foi descrita a contribuição do enfermeiro quanto ao envelhecimento saudável à população idosa na Atenção Primária à Saúde (APS) / Estratégia Saúde da Família (ESF) no referido município. Sob esse viés, verificou-se se as unidades de ESF utilizam a caderneta de saúde da população idosa a fim de verificar as possíveis vulnerabilidades e, ademais, foi analisado quanto à necessidade de capacitação e atualização dos conhecimentos dos profissionais referentes à população idosa, tendo em vista as novas barreiras socioeconômicas e psicológicas desse público.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa e de campo que teve como finalidade descrever as características de amostras coletadas acerca do envelhecimento saudável dos idosos assistidos em uma ESF de GV, cujo público-alvo foi pacientes assistidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foram feitas entrevistas, com questionário aplicado aos idosos e enfermeiras da unidade, coleta de dados documentais e análise de acordo com a literatura pesquisada.

Antes de fazer o convite para as enfermeiras da ESF e aos idosos cadastrados a fim de participarem desta pesquisa, foi enviada uma solicitação formal ao Núcleo de Integração Ensino-Serviço-Comunidade (NIESC), juntamente com a solicitação de autorização para uso de dados documentais e realização da pesquisa, em que foi autorizado o uso dos dados e a realização da pesquisa pela gestão da ESF. Após o envio do Termo de anuência da instituição para a reitoria da UNIVALE, este foi autorizado para realização, enviado todos os documentos para submissão do projeto ao sistema de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e aprovado pela plataforma Brasil para realização da pesquisa por meio do Certificado de Apresentação e Apreciação Ética (CAAE) n. 68532223.5.0000.5157.

A ESF foi escolhida aleatoriamente via sorteio *online*, em que se consideraram características de uma amostra de conveniência, na qual a população foi composta por estratos bem definidos (RICHARDSON, 1999). Para tanto, foi incluído no estudo idosos de 60 a 74 anos, considerando patologias existentes, como hipertensão e diabetes mellitus, e vínculos frequentes com a unidade sorteada, utilizando o prontuário dos pacientes para analisar quantas vezes tinham ido à ESF no período de janeiro a abril. Não houve

registro do desejo de não participação dos entrevistados, o que levaria à exclusão da ficha imediatamente e, ainda, nenhum idoso do estudo foi a óbito durante a pesquisa.

Foram envolvidos na pesquisa duas enfermeiras assistenciais da Estratégia Saúde da Família e quatro idosos portadores de hipertensão arterial e diabetes, estes com indicação feita pela enfermeira da ESF, dentre os 507 cadastrados na unidade com faixa etária de 60 a 74 anos.

Para início da coleta de dados foram entregues o convite para a participação da pesquisa contendo as informações e objetivos do presente estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que, após lido, foi assinado pelos idosos e enfermeiras em todas as páginas. Em seguida foi apresentado o questionário semiestruturado às enfermeiras e aos idosos, por meio de uma conversa informal, sendo realizada a entrevista pessoalmente na ESF para as enfermeiras e em domicílio para os idosos. Nesse momento foi indagado às enfermeiras em relação às práticas na assistência ao idoso, o conhecimento relacionado à assistência de enfermagem à pessoa idosa e qual é o meio utilizado para acompanhamento do envelhecimento saudável na ESF. Para os idosos perguntou-se em relação à percepção do atendimento à pessoa idosa na ESF sorteada.

A coleta de dados qualitativos na ESF ocorreu no dia 14 de junho de 2023, durante o período das 10h às 12h e das 15h às 17h30. Para as enfermeiras foram abordados questionamentos acerca da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o uso da caderneta da saúde da pessoa idosa e em relação ao conhecimento referente ao envelhecimento saudável. Para os idosos foi averiguado se eles possuíam atendimento de enfermagem via domicílio ou só o recebia na unidade de saúde, sendo todas as perguntas do questionário abertas com foco no atendimento recebido pela equipe de enfermagem.

Os dados documentais foram disponibilizados e coletados na própria unidade de saúde por meio do prontuário dos idosos escolhidos para análise quanti e qualitativa, após o consentimento substancial pelo CEP, assim como por meio da aprovação do enfermeiro da ESF.

Após serem coletados os dados, por meio da entrevista e documentos disponibilizados, foram analisados a partir do julgamento crítico das informações isoladas, articuladas e tabuladas e interpretadas por intermédio de métodos estatísticos e expostos em tabelas, apresentando o percentual de desempenho do estudo realizado com análise comparativa às literaturas referenciadas.

POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

No Brasil o direito universal e integral à saúde foi conquistado pela sociedade na Constituição de 1988 e reafirmado com a criação do SUS, por meio da Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90. Por esse direito, entende-se o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da

atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva muitas são as políticas públicas direcionadas à população idosa que tem tido como objetivo a qualidade do serviço de saúde para esse público, tais como: a Política Nacional do Idoso (PNI), de acordo com a Lei n. 8.842 de janeiro de 1994; o Estatuto do Idoso pela Lei n. 10.741 de 1º de outubro de 2003; a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada pela Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Diante dessas políticas públicas voltadas para a pessoa idosa, o MS, com o objetivo de orientar as práticas da equipe multiprofissional da atenção básica de saúde no atendimento ao idoso, elaborou no ano de 2006 o Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, com direcionamento nas ações e atividades a serem desenvolvidas (VIANA; SILVA, 2017).

Em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional no Brasil, em 4 de janeiro de 1994 foi aprovada a Lei n. 8.842/1994 que estabelece a Política Nacional do Idoso, posteriormente, regulamentada pelo Decreto n. 1.948/96. Essa Lei tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania. Como previsto nessa lei, é a partir de 60 anos de idade para uma pessoa ser considerada idosa (RODRIGUES et al., 2007).

O Congresso Nacional de 2003 aprovou e o Presidente da República sancionou o Estatuto do Idoso que, em vigência, tem proporcionado a conquista de direitos dos idosos com a ampliação da ESF não prevista no Estatuto, identificando a presença desses e de famílias frágeis em situação de grande vulnerabilidade social e com a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, tornando-se imperiosa a readequação da PNSPI (BRASIL, 2006).

A PNSPI deu abertura para criação da caderneta de saúde da pessoa idosa que tem como objetivo “qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde”, sendo uma ferramenta importante para o acompanhamento da funcionalidade e saúde do idoso pelas equipes de saúde, pelo próprio idoso, cuidadores e familiares. É muito importante que seu preenchimento se dê por meio de informações cedidas pela pessoa idosa, por seus familiares e/ou cuidadores, para compor o plano de cuidado, a ser construído em conjunto com os profissionais de saúde. Ela permite o registro e o acompanhamento pelo período de cinco anos, de informações em relação aos dados pessoais, sociais e familiares; suas condições de saúde e seus hábitos de vida, identificando assim, suas vulnerabilidades, além de oferecer orientações para seu autocuidado (BRASIL, 2018a. p. 5).

Nesse contexto, destaca-se o papel da Atenção Primária a Saúde como porta de entrada preferencial aos serviços de saúde. É importante que a equipe seja formada por profissionais de diferentes áreas. Trata-se de um espaço privilegiado para o cuidado

de enfermagem ao considerar o protagonismo do enfermeiro nesse local, por suas responsabilidades específicas preconizadas pelo MS, quais sejam: planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a unidade de saúde, ações estas descritas também na Lei do Exercício Profissional n. 7.498/86 que dispõe a respeito da regulamentação do exercício da enfermagem (BRASIL, 1986; HOFFMANN et al., 2014).

Em GV, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a composição etária dos idosos representava 11,7% da população (30.780 habitantes). As estruturas etárias de 2000 e 2010 demonstraram o envelhecimento demográfico da população de GV. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), em GV, existem 71 equipes de Atenção Primária sendo elas 61 ESF, dessas seis estão na zona rural; duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sete equipes de Atenção Primária à Saúde (eAP) e uma equipe do Consultório na Rua (eCR) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, 2022).

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000 contava com mais de 14,5 milhões de idosos, em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional, com alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidade. A população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017 e a cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (BRASIL, 2006, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; 2018).

Rodrigues (2022), por meio de uma Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) contínua, reporta um novo levantamento realizado pelo IBGE, apontando que pessoas com 60 anos ou mais representam 14,7% (31,23 milhões) da população residente no Brasil em 2021. Já segundo o IBGE, a população brasileira residente foi estimada, em 2022, em um total de 214.828.540 pessoas e, destas, 22.536.609 (10,49%) corresponderia aos idosos com idade maior ou igual a 60 anos. Dessa maneira, esses dados demográficos justificam a preocupação dos gestores públicos com o envelhecimento saudável e do investimento em políticas públicas para a saúde da pessoa idosa (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018; RODRIGUES, 2022).

A população que em sua maioria é constituída por jovens tem sido substituída por um contingente cada vez mais significativo de idosos. O último censo do IBGE de Governador Valadares (GV) mostrou que 11,67% (30.780) da sua população eram idosos, de um total de n= 263.689 de população, sendo que a faixa etária de destaque estava entre 60 a 64 anos e correspondia a 30,13 % (9.275) dos idosos, sendo notória uma queda quantitativa a partir dos 90 anos para 2,28% (702) dessa população em n=30.780 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Com o aumento da expectativa de vida, as DCNT destacam-se como importante desafio de saúde pública, principalmente pela alta morbidade que causam. Essas doenças

podem provocar sérios graus de incapacidade que afetam tanto os hábitos de vida e o bem-estar do indivíduo, quanto à economia do país. Em 2002, as DCNT foram responsáveis por quase 60% de todas as mortes. Aproximadamente 80% dos idosos possuem pelo menos uma doença crônica e, desses, 50% apresentam duas ou mais patologias (SILVA et al., 2015).

GIGANTES DA GERIATRIA, VULNERABILIDADES E QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA

Envelhecer é uma ocorrência de grande complexidade, pois exige mais dos serviços de saúde e demanda cuidados permanentes. Além das alterações nas relações familiares, econômicas e funcionais que sugerem adaptações dos serviços de saúde, as reações emocionais decorrentes da nova situação vivenciada pelos sujeitos, devem também ser alvo de atenção. Essas são determinantes na identificação de melhores condutas a serem adotadas pelos profissionais na atenção a esse grupo populacional. Como não há um meio de interromper o processo de envelhecimento, os profissionais devem estar aptos a torná-lo confortável e mais saudável (TOMMASI, 1987; GIACOMIN et al., 2005).

O envelhecimento saudável assume uma conceituação mais ampla do que a ausência de doença, sendo considerado um processo de adaptação às mudanças que ocorrem ao longo da vida, o que permite aos idosos manterem seu bem-estar físico, mental e social, estando esse termo fortemente relacionado à manutenção de uma boa velhice e à identificação de seus determinantes (VALER et al., 2015).

O termo Gigantes da Geriatria foi instituído por Bernard Isaacs em relação às várias morbidades concomitantes, destacando que 88% dos indivíduos com 65 anos ou mais têm pelo menos uma doença crônica, e 69% dos idosos apresentam mais de uma doença e/ou morbidades. Como consequência, esses indivíduos consomem mais medicamentos, têm maior número de internações hospitalares e por tempo mais prolongado (SCHNEIDER; SCHWANKE, 2009).

As Grandes Síndromes Geriátricas são condições de saúde complexas, prevalentes em pessoas idosas, especialmente naquelas mais frágeis, que não se enquadram em categorias de doenças definidas e que frequentemente são consequências de múltiplos fatores subjacentes, afetando vários sistemas orgânicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

O comprometimento desses domínios funcionais impede o indivíduo de gerir sua vida e/ou cuidar de si mesmo, gerando a dependência funcional, também conhecida como incapacidade ou Gigantes da Geriatria, sendo elas a incapacidade cognitiva, a instabilidade postural, a imobilidade, a incontinência esfinteriana, a incapacidade comunicativa, a iatrogenia e a insuficiência familiar. Essas incapacidades são condições crônicas na saúde da pessoa idosa, requerendo cuidados de longa duração e exigindo uma gestão

diferenciada por parte dos profissionais de saúde e familiares. Um profissional com manejo clínico inadequado para essas situações resulta em maior risco de iatrogenia, assim como uma família que não se encontra preparada para prover os cuidados necessários, podendo agravar a situação do idoso (BRASIL, 2019).

Descritas inicialmente por Bernard Isaacs, as grandes síndromes geriátricas não incluíam a incapacidade comunicativa nem a insuficiência familiar. A sua inclusão deve ser contemplada, pois são síndromes frequentes e que atuam diretamente na saúde do idoso, totalizando os 7 “Is” da Geriatria (MORAES; MARINO; SANTOS, et al., 2009).

HABILIDADES E COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO NA APS E SEUS DESAFIOS

No Capítulo IV do Estatuto do idoso, que trata do direito à saúde, no artigo 15, determina que o idoso tenha direito à atenção integral à saúde pelo SUS. Tal direito engloba também o atendimento domiciliar para aqueles impossibilitados de se locomover, residentes tanto no meio urbano quanto no rural. São ainda contemplados pelo Estatuto os idosos abrigados em instituições de longa permanência que sejam conveniadas com o setor público (HEBLING; RODRIGUES, 2006).

De acordo com Silvestre e Costa Neto (2003), podem ser destacadas as seguintes competências e habilidades requeridas do enfermeiro, no que diz respeito à saúde do idoso em nível da Atenção Primária à Saúde:

- a) Conhecer as condições de vida e de saúde da pessoa idosa em seu contexto familiar na área adscrita à unidade de saúde (aspectos demográficos, perfil de morbimortalidades – mortalidade por causa específica, maltrato e abandono – renda e pobreza, trabalho);
- b) Desenvolvimento de ações de caráter coletivo voltadas à prevenção individual e coletiva com base nos fatores de risco universais à saúde da população idosa;
- c) Associar os fatores de risco universais a outros que podem adquirir pesos variáveis de acordo com a realidade da área de abrangência da equipe de saúde;
- d) Orientar as pessoas idosas, seus familiares, seus cuidadores e a comunidade acerca de medidas que reduzam ou previnam os riscos à saúde da pessoa idosa (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003, p. 845).

A formação do enfermeiro deve estar em conformidade com o preconizado pela PNSPI que abrange a necessidade da inclusão de disciplinas nos currículos dos cursos das Instituições de Ensino Superior (IES) e aborda o envelhecimento, com intuito de garantir a promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação da saúde dessa população (OLIVEIRA et al., 2020).

Consoante à especificidade dos idosos, as práticas de enfermagem nos sistemas de saúde permanecem fragmentadas dificultando a organização de ações de promoção

da saúde integral. Isso se deve à falta de equipes multidisciplinares com o conhecimento necessário em relação ao envelhecimento e saúde dos idosos; estruturas inadequadas de atenção mediada e serviços de atenção domiciliar; profundas desigualdades sociais, étnico-raciais e de gênero; e mais ou menos acesso às redes de saúde. Esses fatores também contribuem para uma maior heterogeneidade no processo de envelhecimento e, portanto, na população idosa brasileira. Essa situação afeta diretamente os sistemas de saúde, criando diferentes necessidades que exigem respostas mais efetivas aos indivíduos e às sociedades (BRASIL, 2018b).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos foram divididos em três etapas, sendo a primeira por meio da entrevista com as enfermeiras da ESF, a segunda a partir de entrevista com os idosos e a terceira mediante a coleta de dados documentais.

Dessa forma, foi possível visualizar que, no primeiro quadrimestre de 2023 (janeiro a abril), foram realizadas nas ESF selecionada, consultas de enfermagem para o público de hipertensos e diabéticos na faixa etária de 60 a 74 anos de idade (tabela 1).

	Maculino	Feminino	Total
Faixa etária	60 a 64 anos	78	112
	65 a 69 anos	72	90
	70 a 74 anos	54	101
			155

Tabela 1 - atendimentos de consultas de enfermagem realizados no período de janeiro a abril de 2023

Fonte: Banco de dados da pesquisa (2023)

Quanto aos dados referentes à condição/situação de saúde gerais (tabela 2) foram contabilizados: 18 pacientes acamados; 26 pacientes domiciliados; 156 pacientes diabéticos; 589 pacientes hipertensos.

Condições de saúde	Está acamado	18
	Está domiciliário	26
	Tem diabetes	156
	Tem hipertensão arterial	589

Tabela 2 - Quantitativo relacionado às condições de saúde de idosos com faixa etária de 60 a 74 anos que recebem atendimento de enfermagem no período de janeiro a abril de 2023

Fonte: Banco de dados da pesquisa (2023)

Campos et al. (2011) afirmam que a consulta de enfermagem tem o objetivo de prestar assistência sistematizada de enfermagem, identificando os problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção,

recuperação e reabilitação da saúde. Também fortalece a importância que uma consulta traz para cada paciente no processo do envelhecimento saudável, garantindo a prevenção e diagnóstico precoce de doenças crônicas.

De acordo com a Resolução n. 358/2009 e a Lei do exercício profissional de enfermagem n. 7.498/86, a consulta de enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida em todos os níveis de assistência à saúde, tanto em instituições públicas quanto privadas, sendo esse ato privativo do enfermeiro (BRASIL, 1986; CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Durante a visita na ESF, verificou-se que a maioria dos idosos comparece à ESF com o objetivo apenas de buscar a renovação de receitas médicas, segundo relatado pelos idosos e pelas enfermeiras. No prontuário dos idosos verificou-se que muitas vezes eles pegam a receita na recepção sem nenhum contato com o médico e/ou enfermeiro para receber orientações ou ter uma consulta de enfermagem de qualidade. Tal acontecimento, dessa forma, está em discordância com os estudos realizados por Hebling e Rodrigues (2006) em que citam que o idoso tem direito à atenção integral à saúde pelo SUS, sendo que esta engloba serviços que permitam prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde.

No questionário realizado com as enfermeiras da ESF, em que foi questionado como é a escolha e a frequência das visitas domiciliares feitas pela equipe da ESF e quais são os tipos de orientação e cuidados oferecidos nessa assistência, obteve-se a seguinte resposta:

“Eles são acompanhados por visitas domiciliares, mas no momento estamos sem Agente Comunitário de Saúde (ACS), alguns vêm aos grupos de hipertensão, entretanto, a maioria dos pacientes vêm ao posto para buscar a renovação da receita” (ENF.1)

Quanto à assistência e orientação ressaltou-se:

“Demanda livre quando eles querem vir, mas a maioria só vem para buscar a receita do seu medicamento diário” (ENF.2).

É fundamental que os enfermeiros reflitam a respeito das atividades que eles exercem, como também aperfeiçoar a forma de realizar os cuidados básicos direcionados à humanização e à qualidade da assistência. Florence Nightingale afirma em seus estudos que o bom atendimento ao paciente não depende apenas em administrar medicamentos, mas também com os cuidados assistenciais prestados (LIMA et al., 2019).

Desse modo de acordo com Brasil (2007, p. 28) o enfermeiro deve possuir atribuições na Atenção Primária à Saúde quanto ao atendimento à pessoa idosa, sendo elas:

- a) Realizar atenção integral às pessoas idosas.
- b) Realizar assistência domiciliar, quando necessário.
- c) Realizar consulta de enfermagem, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.
- d) Supervisionar

e coordenar o trabalho dos ACS e da equipe de enfermagem. e) Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe. f) Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre utilização dos medicamentos (BRASIL, 2007, p. 28).

As enfermeiras entrevistadas tiveram respostas diferentes em relação à realidade da ESF, entretanto, nenhuma das duas utilizam a caderneta de saúde da pessoa idosa devido não ser disponibilizadas a elas para garantir um atendimento de qualidade aos seus pacientes, dificultando, assim, o atendimento a essa população. Isso porque a caderneta é um instrumento com registro que identifica as vulnerabilidades da pessoa idosa e facilita o seu acompanhamento e deve, dessa maneira, ser de forma integrada e multidisciplinar, possibilitando uma assistência qualificada e segura a essa população (BRASIL, 2018a).

Fraga (2011) define as atribuições do ACS como ações desenvolvidas que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população da ESF, uma vez que o processo de estar em contato permanente com as famílias visa a promoção da saúde e a prevenção das doenças. Em concordância, COSTA et al., (2013) traz que ACS, têm um papel importante nas ações em saúde que visam a ampliação da sua cobertura, acolhimento da comunidade e resolução das demandas em saúde

Em relação aos discursos das pessoas idosas, a análise permitiu identificar a ausência de ACS nessa ESF, gerando uma carência no atendimento domiciliar, necessitando que a família do paciente tenha que ir à ESF para solicitar um atendimento pelo enfermeiro que, por sua vez, faz uma análise de acordo com sua agenda de atendimentos a possibilidade dessa visita. Em muitos casos ocorre que a enfermeira está na recepção substituindo a ausência do ACS, ao invés de assistir a população adscrita e realizar as consultas de enfermagem, incorrendo em uma lista de espera no atendimento aos usuários, incluindo a população idosa.

Na abordagem às pessoas idosas, investigou-se no questionário semiestruturado as seguintes perguntas: Com qual frequência você recebe visita pela equipe de saúde da ESF? Conseguir sentir se os profissionais estão preparados para recebê-los com a atenção necessária?

"[...] Hoje em dia não recebo mais visitas, não está tendo agentes de saúde (...) Por alguns sim, mas tem muito mais funcionário sem educação" (IDOSO 2).

"[...] Não está tendo visitas, antigamente o atendimento era melhor (...) Alguns funcionários são ótimos, mas já fui muito mal atendida também" (IDOSA 4).

É de suma importância o papel do ACS na ESF, pois é por intermédio do agente de saúde é que se obtêm as informações acerca dos usuários. Eles realizam o levantamento dos problemas de saúde e as situações de riscos das famílias (COSTA et al., 2013).

Dos quatro idosos visitados todos tinham um tipo de incapacidade que os limitavam de conseguirem fazer suas atividades de vida diárias e irem até a ESF; 03 (75%) dos idosos

têm instabilidade postural; 02 (50%) alegam ter rede de apoio, mas é visível a insuficiência familiar e como se sentem sozinhos; 01 (25%) tem imobilidade; 01 (25%) incontinência urinária. A seguir algumas falas:

“Gosto quando as meninas do posto vêm aqui em casa porque aí eu tenho alguém para conversar” (IDOSO 3).

“Sinto menos sozinha quando tem alguém do posto lá para me orientar e conversar” (IDOSO 4).

Percebeu-se, então, que a ausência dos ACS impossibilita as visitas domiciliares e a busca dos usuários com necessidades de assistência à saúde, dificultando as consultas e intervenções de enfermagem necessárias ao envelhecimento saudável à população idosa, além de uma assistência qualificada pela equipe de saúde das ESF.

CONCLUSÃO

Com este estudo percebeu-se que muitas políticas públicas são voltadas diretamente à população idosa, entretanto, ainda há uma carência quando se trata da implementação da caderneta de saúde da pessoa idosa e das ações propostas pelo PNSPI, sendo necessária a capacitação e atualização do profissional de enfermagem e da equipe de saúde, a fim de atender às demandas dos idosos, em consideração ao cenário socioeconômico do país.

O enfermeiro tem um papel fundamental na promoção do envelhecimento saudável e na orientação quanto aos cuidados que cada idoso precisa ter, já que a individualidade de cada um e seus problemas são distintos. Reforça-se que esse profissional deveria desempenhar um importante papel na promoção de saúde pela coordenação dos planos de cuidado por meio da comunicação com usuários, resultando em mudanças de atitudes e avanços no cuidado à saúde, principalmente com a população idosa, mas na ESF visitada percebeu-se que pela falta do ACS, as enfermeiras estão impossibilitadas de desempenhar o seu papel.

O ACS então foi reconhecido como figura fundamental na ESF, devido a sua importante atribuição nas ações de saúde, acolhimento da comunidade, principalmente da população idosa que muitas das vezes necessita de um atendimento domiciliar. Esse agente é o profissional que vai ter maior contato com o paciente e seus familiares, pois ao fazer parte da comunidade promove a criação de vínculos com maior facilidade, proporcionando, assim, o contato direto dessa população com a equipe multidisciplinar.

Entretanto, isso não é uma realidade vivenciada nessa ESF, uma vez que nessa unidade de saúde não possui ACS suficientes para determinadas demandas, principalmente a relacionada ao atendimento domiciliar e visitas, resultando em vários aspectos negativos, como o afastamento dos idosos à unidade de saúde para acompanhamento e cuidados pertinentes à saúde.

Sugere-se, portanto, educação em saúde permanente aos enfermeiros e equipe de saúde das ESF em relação ao envelhecimento saudável, o acompanhamento frequente de no mínimo duas vezes por semestre aos idosos cadastrados e a utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa para seu acompanhamento, a fim de possibilitar a identificação de suas vulnerabilidades e qualificação de sua assistência, na prevenção de doenças, agravos e distúrbios nas suas funcionalidades.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília: D.O.U, 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 07 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: M.S., 2006. Disponível em: <https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 14 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica 19**, 2007. Disponível em: <<https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 5. ed. Brasília: M.S., 2018a. Disponível em: <https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no sistema único de saúde - SUS**. Brasília, DF, 2018b. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf> Acesso em: 22 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da pessoa idosa**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2019. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091212-nt-saude-do-idoso-planificasus.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2022.

BRASIL. **Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm#:~:text=Art.%201%C2%BA%20%C3%89%20livre%20o,%C3%A1rea%20onde%20ocorre%20o%20exerc%C3%ADcio.>. Acesso em: 07 jun. 2023.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTO DE SAÚDE. **CNES**. 2022. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 07 out. 2022

CAMPOS, R. M. C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, n.3, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/rjreeusp/a/N8Ds5szdFzY4z96PNyNQMvh/?lang=pt>>. Acesso em: 24 out. 2022.

COSTA, Simone de Melo et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Hp8zXRHDfycym6vFb58dRhj/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. **Resolução COFEN n. 358/2009**. 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: COFEN, 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 21 jun. 2023.

FRAGA, Otávia de Souza. **Agente comunitário de saúde**: elo entre a comunidade e a equipe da ESF. 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/referencia/0000002319>>. Acesso em: 25 set. 2022.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/fMTQ8Hnb98YncD6c7TTg9d/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 set. 2022.

GIACOMIN, Karla C. et al. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/gGbcDnZfqwMwSJ7xssKy6Rb/?lang=pt>>. Acesso em: 28 set. 2022

HEBLING, E.; RODRIGUES, C. K. Estatuto do idoso e a saúde bucal. **Robrac**, Piracicaba, v. 15 n. 39, p. 56-63, 2006. Disponível em: <<https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/85/83>>. Acesso em: 17 out. 2022.

HOFFMANN, Maria Cristina Correa Lopes et al. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. 2014. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>. Acesso em: 17 out. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Brasil. Minas Gerais. Governador Valadares. **Censo Brasileiro de 2010**. Governador Valadares: IBGE, 2010. Disponível em: <[Htts://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/governador-valadares/panorama](https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/governador-valadares/panorama)>. Acesso em: 13 out. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060**, 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edicao=21830&t=resultados>>. Acesso em: 17 out. 2022.

LIMA, C. G. S. et al. Cuidados de enfermagem ao cliente pós-angioplastia transluminal coronariana. **Revista Enfermagem UFPE**, Recife, v. 13, n.3, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236601/31570>>. Acesso em: 19 jun. 2023.

MORAES, E.; MARINO, M.; SANTOS, R. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, 2009. Disponível em <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/383>>. Acesso em: 20 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_reabilitacao_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 20 out. 2022.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3034822/mod_resource/content/1/Texto%20-%20Pesquisa%20social.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2023

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 16, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/tce/a/hqnHhSfSQqQRXCtL4rFFJvH/?lang=pt#>>. Acesso em: 20 out. 2022.

RODRIGUES, Léo. Contingente de idosos residentes no Brasil aumenta 39,8% em 9 anos. **Agência Brasil**. Rio de Janeiro: Agência Brasil, 2022. Disponível em: <<https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2022-07/contingente-de-idosos-residentes-no-brasil-aumenta-398-em-9-anos>>. Acesso em: 18 out. 2022.

SILVA, J. V. F. da et al. A Relação entre o Envelhecimento Populacional e as Doenças Crônicas não Transmissíveis: Sério Desafio De Saúde Pública. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde** - UNIT - ALAGOAS, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/2079>>. Acesso em: 01 out. 2022.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; SCHWANKE, Carla Helena Augustin. *Geriatrics, a centenarian medical specialty*. **Scientia Medica**, v. 19, n. 4, 2009. Disponível em <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6346145>>. Acesso em: 20 out. 2022

SILVESTRE, Jorge Alexandre; COSTA NETO, Milton Menezes da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v19n3/15887.pdf>. Acesso em: 11 out. 2022.

TAVARES, Renata Evangelista et al. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 20, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/rjrbgg/a/pSRcwgwhsRTjc3MYdXDC9hF/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 13 out. 2022.

TOMMASI, A. F. Estomatologia geriátrica. **Diagnóstico em Patologia Bucal**. São Paulo: Medisa, 1987. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-255949>>. Acesso em: 21 set. 2022.

VALER, Daiany Borghetti et al. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/rjrbgg/a/zSNtzw4pHMLWKpnrJCrJkQ/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 21 out. 2022.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de saúde pública**, v. 43, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/rjrsp/a/pmygXKSrLST6QgvKyVwF4cM/?lang=pt>>. Acesso em: 21 jun. 2023.

VIANA, Suely Aragão Azevêdo; SILVA, Joelma Felizardo da. **Saúde do idoso na atenção básica: assistência do profissional enfermeiro descrita na literatura**, 2019. Disponível em: <<https://www.iesp.edu.br/sistema/uploads/arquivos/publicacoes/saude-do-idoso-na-atencao-basica-assistencia-do-profissional-enfermeiro-descrita-na-literatura.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. In: Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 2005. p. 60-60. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em 27 set. 2022.

IMPLANTAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO LESTE DE MINAS

Data de aceite: 01/02/2024

Elizabete Maria de Assis Godinho

Professora especialista e mestranda em saúde pública do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Valem do Rio Doce - UNIVALE

Ana Paula Almeida Neder Issa

Enfermeira especialista assistencial no Hospital Municipal de Governador Valadares

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi criada no ano de 2006 pelo Ministério da Saúde (MS), porém foi lançada no Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) em junho de 2014, após consulta pública por 30 dias e finalizada em 04 de março de 2014. Ela é um instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, através da identificação das suas vulnerabilidades, devendo ser usada tanto pelas equipes de saúde quanto pelos idosos, por seus familiares e cuidadores (BRASIL, 2018).

A atividade teve como objetivo implantar o uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa do MS nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) em uma cidade do Leste de Minas Gerais. A proposta se justifica por esse instrumento possibilitar a identificação das vulnerabilidades funcionais que esta população está sujeita e a qualificação de sua assistência na atenção primária à saúde (APS) em uma cidade do Leste de Minas, através de um planejamento assistencial à saúde adequado e pertinente ao diagnóstico encontrado.

INTRODUÇÃO

A saúde das pessoas idosas está estritamente relacionada com a sua funcionalidade global, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo através das atividades de vida diária, proporcionando assim, autonomia e independência a elas (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

A promoção do Envelhecimento Saudável exigirá uma compreensão muito melhor de trajetórias comuns da capacidade intrínseca e da capacidade funcional, seus determinantes e a eficácia das intervenções para modificá-las. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015. p. 24).

Espera-se, ao final da atividade, que as pessoas idosas adscritas na ESF onde foi implantado o uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa sejam assistidas por uma equipe de saúde multiprofissional de maneira qualificada e segura, promovendo assim um envelhecimento saudável a essa população.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Freitas e Py (2016), as pessoas idosas têm objetivo de ter qualidade de vida na velhice, a qual está relacionada a satisfação pessoal de suas necessidades quanto ao lugar, tempo, estado de espírito ou humor e manutenção da sua funcionalidade relacionada com as atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária.

A qualidade da saúde e o bem-estar das pessoas idosas são, em grande parte, resultado das experiências e dos estilos de vida que tiveram ao longo da vida (exemplos: o número de pessoas envolvidas no círculo social e a qualidade dos relacionamentos; a qualidade da alimentação; o uso abusivo de álcool e outras drogas; a prática de atividade física; e as condições de trabalho, sociais e econômicas). Tais experiências e hábitos de vida (chamados "determinantes sociais de saúde") podem ou não estar sob controle da pessoa (BRASIL, 2023. p. 24).

Essa população está vulnerável a adquirir as síndromes geriátricas ou gigantes geriátricos, chamadas de 7 "Is" da geriatria, que são as principais incapacidades responsáveis pela perda da sua autonomia e independência. As relacionadas à autonomia são distúrbios de cognição e humor como a incapacidade cognitiva; e as relacionadas à independência são a mobilidade e comunicação, podendo a pessoa idosa apresentar instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfinteriana, e incapacidade comunicativa, além da predisposição a apresentar iatrogenia e insuficiência familiar (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Ahmed et al. (2007) apud Freitas e Py (2016) apontam que no século 21 a identificação, a avaliação e o tratamento de pessoas idosas frágeis constituirão o centro da atenção em geriatria e gerontologia com especial ênfase na prevenção da perda de independência e de outros eventos adversos de saúde a que eles estão mais suscetíveis. Condição essa, presente naqueles longevos, em especial os com idade igual ou superior a 85 anos, transformando-os no grupo que mais necessita de cuidados dos profissionais de saúde.

A capacidade de que o sistema de saúde dispõe para cuidar efetivamente dessas pessoas e, ainda, prevenir a fragilidade está diretamente relacionada com a formação de profissionais capacitados e em número adequado e com a existência de recursos suficientes reconhecendo que o cuidado dispensado a esse grupo requer habilidades especiais, além de maior tempo de intervenção (FREITAS; PY, 2016, p. 2039).

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) ou avaliação multidimensional do idoso (AMI) é uma ferramenta importante utilizada para a identificação das vulnerabilidades da pessoa

idosa. Ela possibilita o diagnóstico multidimensional pela equipe de saúde interdisciplinar, permitindo identificar as deficiências, incapacidades e vulnerabilidades, além de “proporcionar um planejamento do seu cuidado e assistência a médio e longo prazos, tanto do ponto de vista clínico como psicossocial e funcional” (FREITAS; PY, 2016, p. 290). Vale ressaltar que este instrumento está inserido na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa junto com o índice de vulnerabilidade clínico funcional 20 (BRASIL, 2018).

A Política Estadual do Idoso e o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa têm por objetivo assegurar os direitos sociais dessa população, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e considera idosa a pessoa maior de sessenta anos de idade (BRASIL, 1998). A assistência à saúde da pessoa idosa deve promover a manutenção da sua capacidade funcional e da autonomia, contribuindo para um envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2018).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa integra um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada a essa população no Sistema Único de Saúde (SUS). É um instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, sendo manipulada tanto pelas equipes de saúde através da AGA e avaliação clínico funcional, quanto pelos idosos, seus familiares e cuidadores. Ela permite o registro e o acompanhamento, pelo período de cinco anos, de informações sobre dados pessoais, sociais e familiares, suas condições de saúde e seus hábitos de vida, identificando suas vulnerabilidades, além de ofertar orientações para seu autocuidado (BRASIL, 2018).

MÉTODO DA PESQUISA

Tratou-se de uma proposta de extensão curricular através da disciplina Enfermagem Geriátrica ministrada no 8º período no curso de enfermagem da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), no semestre de 2022 1. Após explanar como é feita a AGA e demonstração pelas acadêmicas do grupo 1 (G1) em sala de aula, foi apresentada a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2018) pela professora da disciplina, assim como seu manejo, preenchimento correto e a importância para a continuidade do cuidado e assistência à saúde da pessoa idosa na APS.

Para viabilizar o uso da teoria estudada em prática, as acadêmicas do G1 implantaram a utilização da caderneta durante o Estágio Curricular Supervisionado I em Saúde Pública na Estratégia Saúde da Família em uma cidade do Leste de Minas, Integrando essa implantação às atividades propostas pela unidade de saúde com campanhas para saúde da mulher, no mês de março de 2022. Foi realizada uma manhã de acolhimento, com realização de testes rápidos para detecção de Hepatite B, Hepatite C, Sífilis e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), além do preenchimento das cadernetas para 05 mulheres com mais de 60 anos na ESF envolvida.

Para atendimento com o grupo G2, as pessoas idosas já chegavam com suas cadernetas para o registro dos valores da pressão arterial aferidos. aquelas que não possuíam a caderneta, mas estavam interessadas em tê-la, eram atendidas pelas acadêmicas do G2 que faziam a AGA e preenchiam a caderneta de saúde da pessoa idosa com os dados necessários, dando continuidade ao trabalho do grupo G1. O G2 incentivou os profissionais da unidade, em especial a Enfermeira do local, a continuarem o preenchimento e a distribuição das cadernetas aos idosos adscritos na ESF.

RESULTADOS

Após o evento realizado na ESF envolvida, na manhã de março de 2022 pelo grupo G1, a caderneta passou a ser entregue a todos os idosos que compareciam à unidade, sendo preenchida nas pré-consultas e nos grupos de hiperdia com apoio da fisioterapeuta e educadora física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Com o grupo G2 foram atendidas em média de 10 a 15 pessoas idosas e, para dar continuidade ao uso da caderneta, foram preenchidas mais 5 novas. Segundo as acadêmicas foi um trabalho tranquilo e satisfatório de ser realizado.

As atividades de AGA realizadas pelo menos uma vez por ano e a entrega da caderneta de saúde da pessoa idosa preenchida foram ações continuadas pela equipe de saúde da ESF envolvida com auxílio da equipe de saúde do NASF e Enfermeira da unidade, o que possibilitou o diagnóstico das vulnerabilidades desta população e a realização de um planejamento de estratégias para o cuidado e assistência qualificada a este público.

DISCUSSÃO

Em concordância com Freitas e Py (2016), Moraes, Marino e Santos (2010), percebeu-se, durante a atividade, que há necessidade de capacitação dos profissionais de saúde da ESF envolvida e das outras unidades de APS em uma cidade do Leste de Minas quanto à implantação da AGA e utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, além de estratégias para a promoção do envelhecimento saudável dessa população.

A Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa foi estruturada pelo MS para ser um instrumento estratégico de acompanhamento longitudinal das condições de saúde da população idosa nos serviços de saúde (BRASIL, 2018), mas durante as práticas de estágio curricular supervisionado obrigatório II em saúde pública no curso de enfermagem da UNIVALE identificou-se que ela não era utilizada por falta de conhecimento da importância e manejo de saúde da pessoa idosa pela equipe de saúde.

Frequentemente o cuidado prestado às pessoas idosas nos serviços de saúde é fragmentado, descontínuo, desqualificado, não atendendo assim, suas necessidades reais, principalmente àqueles com múltiplas condições crônicas ou complexas, possibilitando o agravamento de sua condição de saúde (SOCIEDADE BENEFICENTE

ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN, 2019), sendo percebido pelas acadêmicas de Enfermagem e professora supervisora de estágio, na ESF, essa situação antes da implantação do uso da Caderneta de saúde da Pessoa Idosa e aplicabilidade da AGA.

Uma ação de saúde pública abrangente relacionada ao envelhecimento é uma necessidade urgente e algo pode ser feito em todos os cenários, não importa o nível de desenvolvimento socioeconômico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015. p.25)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AGA e a classificação clínico funcional realizada pela equipe de saúde multiprofissional das ESF e NASF, contida na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é essencial para o manejo de saúde dessa população proporcionando a eles um cuidado qualificado, seguro e um envelhecimento saudável.

Percebe-se a necessidade de investimento pela gestão pública e pelos próprios profissionais de saúde da APS, da capacitação continuada e permanente sobre a assistência integral à pessoa idosa e sobre a utilização dos instrumentos existentes para a identificação das vulnerabilidades e fragilidades a que estão sujeitos.

O uso da Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa muitas das vezes não acontece por falta de conhecimento dos profissionais de saúde da APS de como utilizá-la e dos instrumentos nela existentes para diagnosticar as vulnerabilidades e fragilidades nas pessoas idosas.

Com a capacitação realizada pelas acadêmicas do 8 período de Enfermagem da UNIVALE, em março de 2022, quanto a AGA e uso da Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa, proporcionou o seu uso contínuo na população adscrita pelos profissionais de saúde da ESF em uma cidade do Leste de Minas e espera-se que eles sejam multiplicadores para as outras ESF do município.

Acredita-se que o projeto possa ser realizado em outras ESF em uma cidade do Leste de Minas, proporcionando identificação das vulnerabilidades das pessoas idosas precocemente, resultando em estratégias de prevenção e promoção da manutenção da capacidade funcional e da autonomia das pessoas idosas, contribuindo assim, para um envelhecimento ativo e saudável dessa população no município envolvido.

PALAVRAS-CHAVE: caderneta de saúde da pessoa idosa; envelhecimento saudável; cuidado qualificado à pessoa idosa.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, minha mãe Maria da Glória de Assis e minha família, meu esposo Ederson Godinho de Oliveira e meu filho Pedro de Assis Godinho, pela paciência e por suportarem minha ausência frequente em casa, possibilitando assim, que eu faça meu trabalho no curso de Enfermagem da UNIVALE/GV.

Agradeço também à Enfermeira Lorena Soares Nunes Coelho Gonçalves, coordenadora da APS do município envolvido no estudo, que permitiu os estágios em saúde pública do curso de Enfermagem da UNIVALE na ESF estudada e em especial à Enfermeira da ESF, Lázara Santos Galvão, que auxiliou as acadêmicas e professora supervisora de estágio curricular supervisionado obrigatório I em saúde pública no uso da caderneta de saúde da pessoa idosa e deu continuidade a essa atividade com sua equipe de saúde.

Por último agradeço a Enfermeira Ana Paula Almeida Neder Issa, professora supervisora do estágio em saúde pública, e às acadêmicas de Enfermagem, hoje Enfermeiras atuantes: Alícia Amorim Firmino, Alissa Alves Silva, Ambranara Ramos Bramusse Cezar, Ana Paula Fernandes Venâncio, Débora dos Santos Mafra, Ingrid Gabriel Grigorio, Raissa Pereira de Moura e Sara Rodrigues Lima que foram ativas, resilientes e comprometidas durante o processamento do estudo, e por terem aderido à proposta do projeto de extensão curricular do período, implantando o uso da caderneta de saúde da pessoa idosa na ESF em uma cidade do Leste de Minas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Assembleia Legislativa. Governador do Estado do Espírito Santo. **LEI Nº 5.780**, de 21 de dezembro de 1998. Dispõe sobre a Política Estadual do Idoso e Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa e dá outras providências. Vitória: Secretaria do Estado da Justiça, 1998. Disponível em: <<https://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/lei57801998.html>>. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 5. ed. Brasília: Ministério da saúde, 2018. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Guia de cuidados para a pessoa idosa** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 07 set. 2023.

FREITAS, Elizabete Viana; PY, Ligia de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

MORAES, Edgar Nunes de; MARINO, Marília Campos de Abreu; SANTOS, Rodrigo Ribeiro. Principais síndromes geriátricas. Faculdade de Medicina e Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte. **Rev Med Minas Gerais** 2010; 20(1): 54-66. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/12331472-Principais-sindromes-geriatricas.html>>. Acesso em: 02 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Resumo. Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde**. Genebra/ Suíça: OMS, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2019.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da pessoa idosa**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<https://atencaobasica.sau.gov.br/upload/arquivos/202001/03091212-nt-saude-do-idoso-planificasus.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2023.

A ENFERMAGEM NA SEGURANÇA DO PACIENTE INTERNADO

Data de aceite: 01/02/2024

Elisana Santos Reges Côrreia

Discente do curso de enfermagem da faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

Kátia Chagas Marques Diaz

Docente do curso de Enfermagem da Faculdade de Ilhéus, Centro de Ensino Superior, Ilhéus, Bahia

RESUMO: O presente artigo científico se concentra na temática da “Contribuição da equipe de enfermagem para a segurança do paciente hospitalizado”. O estudo aborda a segurança do paciente enquanto direito essencial, que, portanto, deve ser preservado tanto pelos profissionais de saúde quanto pelas instituições de assistência à saúde. O artigo ressalta ainda a existência de metas que contribuem para que o paciente internado tenha uma assistência adequada, garantindo assim a sua segurança. Dessa forma, o principal propósito O propósito principal deste estudo é reconhecer os elementos que favorecem a prestação segura de cuidados a pacientes hospitalizados. Os objetivos específicos incluem abordar a segurança do paciente, vinculando metas específicas

de segurança, e identificar as medidas adotadas pela equipe de enfermagem para assegurar a excelência na assistência prestada aos pacientes. Para a obtenção de informações confiáveis sobre o tema, optou-se pela metodologia de revisão bibliográfica, possibilitando uma compreensão mais profunda do assunto, não só pela autora do artigo, mas futuramente no meio acadêmico e entre profissionais da área.

PALAVRAS-CHAVE: Segurança na internação. Paciente internado. Assistência da enfermagem.

ABSTRACT: This scientific article focuses on the theme of “The nursing team’s contribution to the safety of hospitalized patients”. The study addresses patient safety as an essential right, which must therefore be preserved by both health professionals and health care institutions. The article also highlights the existence of goals that help ensure that hospitalized patients receive adequate care, thus guaranteeing their safety. The main purpose of this study is to recognize the elements that favor the safe provision of care to hospitalized patients. The specific objectives include addressing patient safety, linking specific safety goals, and identifying the measures adopted by the

nursing team to ensure excellence in the care provided to patients. In order to obtain reliable information on the subject, we opted for the bibliographic review methodology, enabling a deeper understanding of the subject, not only by the author of the article, but in the future in the academic environment and among professionals in the field.

KEYWORDS: Safety in hospitalization. Hospitalized patient. Nursing care.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um dos maiores desafios para excelência de qualidade, é um direito fundamental que deve ser garantido pelos profissionais e serviços de saúde que consiste na capacidade de evitar lesões e danos, decorrentes de falhas na prestação da assistência.

Desde o ano 2000 a preocupação com a segurança do paciente se propagou mundialmente com a publicação do relatório *Err is Human: Building a safer Health System*, desenvolvido pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos afirmando que entre 44 mil e 98 mil pacientes morreram nos Estados Unidos a cada ano por erros médicos, e que são potencialmente evitáveis. (Kohn, 2000).

Em 2013, o programa *Patients for Patient Safety* da Organização Mundial de Saúde (OMS) buscou o envolvimento no cuidado em todos os níveis de atenção e buscou o empoderamento e dar voz a experiência do paciente, frente ao cuidado em saúde e na promoção de parcerias entre a família e a comunidade.

A relevância da segurança do paciente, enfatiza a colaboração entre diferentes profissionais de saúde para alcançar os melhores resultados na assistência e na integração de conhecimentos e práticas numa abordagem interdisciplinar aliada à constante atualização dos protocolos de segurança. Nesse sentido é fundamental o enfrentamento dos desafios diários em qualquer espaço de cuidado ao paciente e principalmente no cuidado hospitalar onde envolve diversos procedimentos e técnicas para salvar ou manter a vida do paciente.

A equipe de saúde e principalmente a equipe de enfermagem são os profissionais que dedicam mais tempo de assistência e tem mais proximidade no cuidado ao paciente, portanto é fundamental que os cuidados de enfermagem sejam realizados com a maior atenção para evitar acidentes e infecções e garantir uma assistência livre de danos.

Este estudo, portanto, contribuiu não apenas para a compreensão teórica, como também para a aplicação prática de estratégias que fortaleçam a segurança do paciente, resultando em ambientes hospitalares mais seguros e eficientes.

Dessa forma, a pesquisa é justificada pela necessidade de discutir a segurança do paciente no ambiente hospitalar, diante das políticas e protocolos estabelecidos. No âmbito acadêmico, o trabalho visa servir como aprendizado e conscientização sobre a importância de fornecer um cuidado seguro e humanizado, alertando os discentes para situações comuns evitáveis no cotidiano. Diante disso, elegemos como questionamento da pesquisa: Quais os fatores que contribuem para a prestação de uma assistência segura ao paciente hospitalizado?

O objetivo geral desse trabalho é identificar os fatores que contribuem para a assistência segura ao paciente internado. E como os objetivos específicos: discorrer sobre a segurança do paciente relacionando as metas de segurança do paciente e identificar as ações da equipe de enfermagem para garantia da qualidade da assistência prestada ao paciente. Para a obtenção de informações científicas sobre o assunto, utilizou-se a metodologia de revisão bibliográfica, em que foram consultados diversos autores que contribuíram para o enriquecimento da parte teórica deste trabalho.

As metas de segurança do paciente

O alerta para os profissionais da saúde a respeito dos erros relacionados a assistência e os seus possíveis danos ao paciente surgiu após a publicação do relatório “*To Err is Human: Building a Safer Health Care System*” no ano 2000, que gerou em diversos países uma necessidade no desenvolvimento da assistência para a melhoria desse cenário (MACEDO ET. AL., 2016).

Em parceria com a Joint Commission International (JCI) – Comissão Conjunta de Acreditação de Instituições de Cuidados à Saúde entre 1995 e 2005, a OMS realizou uma pesquisa dos eventos de saúde no mundo. Os resultados mostraram que as causas estavam ligadas à má comunicação entre os profissionais de saúde, quer seja durante a transição dos cuidados, na ausência de registro nos prontuários ou na ocorrência de prescrição verbal, seguido da inadequada avaliação do paciente (COFEn, 2023).

A partir desse estudo, a Organização Mundial da Saúde identificou processos que poderiam contribuir com a estratégia, reduzindo os riscos para os pacientes e desenvolveu algumas políticas globais para melhoria da oferta no serviço de saúde e em 2004 foi criado o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, como forma de recomendação de questões que envolviam a segurança do paciente (MACEDO ET. AL., 2016).

De acordo com Macedo et. al. (2016), no Brasil, o assunto ganhou mais repercussão em 2013, após o país juntar-se a Aliança Mundial para a segurança do paciente e se comprometer a lutar contra Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS). No mesmo ano foi instituído o Programa Nacional De Segurança do Paciente (MACEDO ET. AL., 2016).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente foi instituído para estabelecer medidas para prevenir e reduzir os casos de incidentes nos serviços de saúde. A segurança do paciente é uma das características da qualidade da assistência e cada vez mais tem se disseminado entre pacientes e familiares e se tornando grande preocupação dos gestores e profissionais da saúde como forma de oferecer uma assistência de qualidade (BRASIL, 2014).

Na Regulamentação de Diretoria Colegiada (RDC) nº 63 do ano 2011 destaca as boas práticas de funcionamento, enfatizando a prestação de serviços com padrões de

qualidade apropriados, com foco na redução dos riscos associados ao cuidado de saúde (BRASIL, 2011). Na RDC nº 36 do ano 2013, estabelecem diretrizes para garantia na eficácia das operações nos serviços de saúde e promoção da segurança do paciente, por sua vez, define a segurança do paciente como a minimização aceitável do risco de danos desnecessários relacionados à assistência à saúde e institui o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), sendo elaborado pelo Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), que deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde (BRASIL, 2014)

Nesse contexto, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), e demais órgãos de classe, em parceria com a equipe da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), desempenha um papel crucial na promoção dessas práticas de segurança do paciente. As metas de segurança são adotadas por instituições em todo o mundo, como forma de oferecer um atendimento cada vez mais adequado e que consiste em: Identificação do paciente; Comunicação efetiva; Uso seguro de medicamentos de alta vigilância; Cirurgia segura; Prevenção do risco de infecções; Prevenção do risco de queda (COFEN 2023).

Para prevenir as falhas na assistência, a segurança do paciente tornou-se uma preocupação essencial na área da saúde e tem como conceito, um grupo de atividades desenvolvidas para proteger a pessoa contra riscos, eventos adversos e danos desnecessários, reduzindo estes a um mínimo aceitável durante a sua assistência em unidades de saúde (BRASIL, 2014).

O dano é o comprometimento da estrutura ou função corporal, incluindo doença, lesão, ferimento, morte ou incapacidade de efeito físico, psicológico ou social. O incidente é uma situação que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente e o evento adverso é um incidente que resulta em dano reversível ou irreversível ao paciente. (COREN, 2022).

No ano de 2022, o sistema NOTIVISA registrou 292.961 notificações de incidentes ligados à prestação de cuidados à saúde no Brasil, abrangendo eventos adversos. As ocorrências mais frequentes desses eventos/incidentes estão associadas a falhas durante a assistência, seguidas por lesões por pressão, complicações relacionadas a cateteres venosos e sondas, quedas de pacientes, falhas na identificação do paciente, entre outros. Ainda, nesse cenário, as principais causas de eventos adversos no país são relacionadas à administração de medicamentos, seguidas por infecções hospitalares e quedas (MORAES et al, 2021).

Esses dados reforçam a importância de implementar práticas e protocolos de segurança do paciente no contexto brasileiro, visando reduzir o número de circunstâncias que podem resultar em dano desnecessário para o paciente e melhorar a qualidade da assistência à saúde.

Além destes, no ano de 2022, foi publicado também um guia intitulado como “segurança do paciente guia para a prática”, com intuito de colaborar com o serviço dos profissionais de enfermagem possibilitando um maior conhecimento e maiores reflexões sobre essas práticas durante a assistência. Métodos como o estímulo ao trabalho em equipe, a comunicação efetiva entre o grupo, a educação ao paciente, o gerenciamento de riscos colabora com a redução de erros e com a promoção de uma assistência segura, tendo em vista que melhoram o relacionamento entre os profissionais e colocam os pacientes como agentes ativos do seu próprio cuidado. Ao adotar essas abordagens, a equipe cria uma assistência com mais segurança e aumenta a confiança do paciente, gerando melhores prognósticos (LE MOS, et al, 2018).

AÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA GARANTIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA AO PACIENTE.

Tomaz (2014), destaca que entre os profissionais da saúde, a equipe de enfermagem é a mais predisposta a cometer erros durante a assistência, tendo em vista que são responsáveis por diversas etapas do cuidado e que permanecem por todo o tempo junto ao paciente.

Estudos apontam que em a cada dez pacientes admitidos em hospitais sofrem pelo menos um evento adverso, entre eles, os mais comuns são: queda, erro de medicação e procedimentos cirúrgicos, falhas na identificação do paciente, desenvolvimento de infecções e uso incorreto de dispositivos médicos, atividades nas quais a enfermagem está ligada diretamente (TOMAZ, 2014).

Silva, et al. (2020) apontam fatores como sobrecarga de trabalho, déficit de profissionais, bom relacionamento interpessoal, falha de comunicação, gerenciamento e gestão do serviço como possíveis causas na deficiência da assistência nas instituições de saúde. De acordo com os autores, questões relacionadas a falhas de infraestrutura, também são possíveis geradoras de adversidades nos ambientes de trabalho e mesmo com protocolos preestabelecidos para a prestação do cuidado, as medidas não são suficientes para a garantia da ausência de riscos.

Os eventos adversos podem acarretar desde danos reversíveis até óbitos. A enfermagem está de forma direta relacionada a estes eventos e essas falhas podem ser decorrentes de negligência, imperícia ou imprudência. Portanto, é importante investir na utilização de checklists, no desenvolvimento e capacitação dos enfermeiros e equipe de enfermagem para que sejam implementadas condições pautadas na visão holística ao paciente, possibilitando assim uma prestação segura de assistência (CAVALCANTE, et al. 2015).

Cavalcante et, al. (2015) destaca diversas situações que representam riscos à segurança do paciente hospitalizado. Estas incluem erros na administração de

medicamentos, infecções hospitalares decorrentes de práticas inadequadas de higiene, riscos de quedas devido à falta de medidas de segurança, comunicação deficiente entre a equipe de saúde, ausência de monitoramento contínuo dos sinais vitais, uso de equipamentos médicos defeituosos, falhas na segurança cirúrgica, desnutrição e desidratação devido à falta de avaliação adequada, problemas na documentação de saúde, atendimento despersonalizado, falhas na identificação do paciente, inadequada higienização das mãos, mobilização inadequada dos pacientes, falta de educação ao paciente e erros diagnósticos. Esses fatores representam desafios significativos para a segurança do paciente, exigindo uma abordagem abrangente e sistemática para prevenir complicações e garantir uma assistência de qualidade.

Dessa forma, entende-se que é de fundamental importância que os profissionais de saúde estejam atentos a essas situações e implementem medidas rigorosas de prevenção para garantir a segurança do paciente internado. De acordo com Silva (2021), para assegurar a prestação de cuidados seguros, o enfermeiro, em conjunto com a equipe de enfermagem, desempenha múltiplas responsabilidades críticas. Isso inclui a vigilância constante do paciente, a identificação de potenciais riscos e a implementação de ações preventivas, bem como a promoção da conscientização do paciente sobre sua própria segurança. Isso envolve incentivar o autocuidado e a prevenção de possíveis complicações.

É necessário que os profissionais de saúde estejam sempre atualizados e capacitados para garantir uma assistência segura e de qualidade aos pacientes (CARNEIRO ET AL, 2020).

Silva et. al. (2020) explica que embora haja vários protocolos e diretrizes recomendando aprimoramentos na assistência e garantia da segurança nos hospitais, é imperativo que as equipes de cuidados estejam plenamente comprometidas com a promoção da segurança do paciente. Dentro do conjunto de profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, a categoria da enfermagem representa o maior contingente em termos de tempo e recursos humanos. Portanto, envolvê-los nesse esforço é de importância crítica para efetuar mudanças no sistema de saúde e aprimorar a segurança dos pacientes.

O cuidado de enfermagem significa mais do que aquisição de conhecimentos, realização de procedimentos e técnicas, requer o envolvimento e a sensibilidade do trabalhador para com o paciente. Desta forma, para prestar um cuidado de enfermagem efetivo, o preparo dos trabalhadores deve basear-se na sua capacidade para estabelecer uma competência frente à possibilidade de cuidar de modo humanizado, permitindo que o trabalhador possa resgatar a sensibilidade para cuidar de modo integral do ser humano. (BUNDE, 2011. p. 01).

Nesse contexto, é possível entender que a enfermagem tem um papel fundamental na promoção de uma assistência segura aos indivíduos hospitalizados, uma vez que estes profissionais são responsáveis pela identificação e gerenciamento dos riscos presentes em cada situação clínica, além de garantir que os pacientes recebam cuidados de alta

qualidade e estejam protegidos de danos. A enfermagem deve prioritariamente possuir conhecimento sobre a doença, estabelecer uma relação eficaz com o paciente, manter comunicação constante com a equipe de saúde e aplicar princípios para prevenir limitações físicas, considerando a possibilidade de atitudes passivas por parte do paciente devido à doença.

A implementação de protocolos de segurança do paciente, como: Verificação da identidade do paciente antes de qualquer procedimento, a administração segura de medicamentos, cuidados para a realização de cirurgias seguras e a prevenção de quedas, são práticas eficazes para a prevenção de eventos adversos e reduz de forma significativa os riscos ao paciente (SOUZA et al, 2020).

Cavalcante et al. (2015) enfatizam que o enfermeiro é responsável por planejar ações e capacitar a equipe para garantir uma assistência segura. A identificação de potenciais riscos, o planejamento de cuidados individualizados por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a prevenção de danos são alcançados através da avaliação de enfermagem e do monitoramento contínuo dos pacientes.

Segundo Bunde (2011), a enfermagem desempenha funções cruciais, monitorando indicadores vitais, gerenciando medicamentos de forma segura, facilitando a comunicação interprofissional, prevenindo infecções com treinamento em higiene, realizando avaliações de riscos, orientando educacionalmente os pacientes, sendo defensores de seus direitos, e garantindo avaliações precisas para monitorar a evolução do paciente.

Portanto, pode-se inferir com base no ponto de vista dos autores expostos no presente capítulo, que a enfermagem desempenha um papel significativo na garantia da segurança do paciente internado. Dessa forma, é de responsabilidade desse profissional e de toda equipe de saúde e enfermagem reconhecer as demandas do paciente e nesse contexto realizar as medidas de segurança para garantir que toda a equipe possa atender às necessidades do paciente de forma apropriada e com qualidade.

MÉTODOS E MATERIAIS

A presente pesquisa se desenvolveu a partir de revisão de literatura. Todo o material pesquisado foi obtido através de fichamentos de artigos acadêmicos, por meio de pesquisas em sites acadêmicos atualizados. Assim, para a coleta de dados foram utilizados trabalhos publicados nos últimos dez anos.

As seguintes bases de dados foram utilizadas na pesquisa: Scientific Electronic Library Online (SciELO), uma biblioteca online que reúne uma variedade de artigos científicos sobre diversos assuntos, além disso, também foi consultado o Google Scholar, uma ferramenta complementar para buscar artigos em diversas disciplinas.

Além disso, como estratégia de busca, utilizou-se termos de busca e descritores específicos, como por exemplo: internamento, segurança do paciente, enfermagem na

hospitalização, assistência segura ao paciente internado. Dessa forma, surgiram diversas informações que muitas vezes divergiram do assunto pesquisado, utilizando assim, critério de exclusão, como artigos muito antigos, estudos irrelevantes, ou divergentes do posicionamento da autora. Nesse processo, foi preciso ler e analisar cada artigo, fazendo resumos e fichamentos para considerar partes que poderiam ser utilizadas na presente pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância atribuída à segurança do paciente internado na prestação de uma assistência é uma responsabilidade inalienável da equipe de saúde, com especial destaque para o papel preponderante desempenhado pela enfermagem. Inúmeros elementos, tais como equívocos na administração de medicamentos, ocorrência de infecções hospitalares, riscos de quedas, e lacunas na comunicação e nas práticas de higiene, figuram como potenciais ameaças à segurança do paciente durante o período de internação. Nesse contexto, a enfermagem emerge como ator central na promoção da segurança do paciente, desempenhando funções essenciais como o monitoramento ininterrupto dos sinais vitais, administração segura de medicamentos, a prevenção de infecções, a avaliação de riscos, entre outros.

Dessa forma, entende-se que os enfermeiros, munidos de treinamento especializado e capacitados para identificar riscos na segurança do cuidado, e adotando medidas rápidas para mitigar esses riscos e conferir cuidados personalizados que minimizem a probabilidade de eventos adversos.

Vale ressaltar, ainda, a indispensabilidade da comunicação eficaz entre a equipe de saúde, assegurando o compartilhamento apropriado e a compreensão integral das informações relevantes acerca do paciente.

A segurança do paciente internado, portanto, configura-se como uma inquietação contínua e de natureza multidimensional, com a enfermagem desempenhando um papel vital na prevenção de incidentes e na promoção do bem-estar ao longo da permanência hospitalar. Salientamos que uma assistência segura é uma assistência com qualidade e isso deve ser garantido pelos profissionais, principalmente pelos serviços de saúde com a instituição de uma cultura organizacional voltada para a segurança/experiência dos pacientes, desde o seu internamento até alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

AVELAR, A.F.M; et al; **10 Passos para a Segurança do Paciente**; COREN-SP; São Paulo; 2010.

BRASIL; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução-RDC** nº 63, de 25 de novembro de 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html. Acesso: 16 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BUNDE, Juliana da Silva. **Cuidado de enfermagem**: A Percepção de Pacientes Internados em uma Unidade de Clínica Médica. Universidade Federal do Rio Grande – FURG, 2011. Disponível em: <https://eenf.furg.br/images/stories/docs/12-juliana.pdf>. Acesso: 12 nov. 2023.

CARNEIRO, L. C. et al. Prevalência e Mortalidade de Eventos Adversos em Hospitais Brasileiros: Uma Revisão Sistemática. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 23, e 200053, 2020.

CARVALHO, H. E. F; Contribuição da enfermagem à segurança do paciente: revisão integrativa; SANARE, Sobral - V.16 n.01,p. 109-117, jan./jun. – 2017.

CAVALCANTE, A.K.C.B; CARDOSO, R.C; NOGUEIRA, L.T; AVELINO F.V.S.D; ROCHA, S.S; Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem; Revista Cubana de Enfermería; 2015.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem; Metas internacionais de segurança do paciente. <https://www.cofen.gov.br/as-metas-internacionais-de-seguranca-para-apoio-da-seguranca-no-cuidado/> 2023. Acesso em 12 de novembro de 2023.

COREN- conselho regional de enfermagem de são Paulo; **segurança do paciente**: Guia para a prática. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/05/Seguranca-do-Paciente-WEB.pdf>. Acesso em 16. nov. 2023.

LEMOS, G.C; AZEVEDO, C; BERNARDES, M.F.V.G; RIBEIRO, H.C.T.C; MENEZES, A.C; MATA, L.R.F; A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica; Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro; 2018.

KOHN LT, Corrigan JM, Donaldson M. **To err is human**: building a safe health system. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

MACEDO, T.R; ROCHA, P.K; TOMAZONI, A; SOUZA, S; ANDERS, J; DAVIS; **Cultura de segurança do paciente na perspectiva do equipamento de enfermaria de urgência pediátrica**; Rev. esc. enferm. USP; 50 (05) • Set-Out 2016.

MORAES, F. G. et al. **Prevalência de eventos adversos em hospitais brasileiros**: uma revisão sistemática. Revista de Saúde Pública, v. 55, p. 1-13, 2021.

NOTIVISA. Sistema Nacional de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária. **Incidentes relacionados à assistência à saúde**- Resultados das notificações realizadas no Notivisa - Brasil, janeiro a dezembro de 2022; PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013; institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). RESOLUÇÃO-RDC Nº 63, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2011; dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.

SILVA; A.T; ALVES, M.G; SANCHES, R.S; TERA, F.S; RESCK, Z.M.R; **Assistência de enfermagem e a abordagem da segurança do paciente no cenário brasileiro**; Saúde debate; 2016.

SILVA, A. M; **A Importância da Enfermagem na Segurança do Paciente**: Promovendo Cuidados de Qualidade; Revista Brasileira de Enfermagem; Vol. 30; nº 2; pp. 45-62; 2021. 11

SILVA, M. B.; SANTOS, D. G.; SILVA, L. B. **Contribuição da enfermagem na segurança do serviço de saúde**: revisão integrativa da literatura. Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde, v. 2, n. 3, p. 146-153, 25 set. 2020.

SOUZA, M. F. et al. **Análise de um programa de prevenção de quedas em hospital de alta complexidade**. Revista de Enfermagem UFPE On Line, v. 14, n. 1, p. 153-161, 2020. Norte, Santa Cruz, 2020.

TOMAZ, Amanda Rocha Amaral Nogueira. **Evidências científicas sobre segurança do paciente**: uma revisão integrativa. Niterói, 2014. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem). Universidade federal Fluminense.

O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DE PRÁTICAS SEGURAS NO AMBIENTE HOSPITALAR

Data de aceite: 01/02/2024

Arminda Rezende de Pádua Del Corona

Vilma Ribeiro da Silva

Dayane Freitas do Nascimento

Karina Sijanas Ribeiro Albuquerque

forma incipiente, havia uma preocupação em relação a esse tema. Foi assim que se estabeleceu o marco inicial quanto a eficácia do cuidado com o paciente, com Florence Nightingale, em 1852.¹

Segurança do paciente refere-se a medidas e práticas adotadas no âmbito da saúde para prevenir danos, garantindo cuidados de qualidade, precisos e livres de riscos aos indivíduos durante o processo de atendimento. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi identificar a relação entre a prática do PE e o cumprimento dos protocolos de SP pelos enfermeiros na área hospitalar.

INTRODUÇÃO

A gestão de enfermagem nas instituições de saúde deve, além de cumprir a legislação do exercício profissional, utilizar-se de um método para sistematizar a prática clínica assistencial de cuidados de enfermagem, denominado de Processo de Enfermagem (PE). Como instrumento metodológico de enfermagem, o PE possibilita orientar o cuidado profissional com o paciente, além de permitir a documentação da prática. Nesse processo metodológico de enfermagem, a segurança do paciente (SP) deve estar atrelada às práticas do cuidado. Ao traçar a evolução da SP, podemos observar que, ao longo de tempos distantes, ainda que de

MÉTODOS

Estudo misto, de aspectos quantitativo, com levantamento exploratório e transversal. Foi realizado em um hospital público de ensino na Região Centro-Oeste. A população foi de 150 profissionais. O cálculo amostral dos participantes foi realizado por meio da calculadora Rasofost, estabelecendo a amostra de 110

enfermeiros assistenciais que atendiam aos critérios de inclusão, que são trabalhadores de setores que aplicam o PE.

A coleta de dados foi realizada nos meses de dezembro de 2021 a junho de 2022 por meio de instrumento de coleta impresso, após parecer consubstanciado de aprovação 4.065.020 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, conforme aos preceitos éticos. O instrumento de coleta de dados foi composto de questões relacionadas aos protocolos de SP proposto pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente e ao PE, contemplando os aspectos de implantação, aplicação e registro das práticas realizadas no cuidado de enfermagem e que podem revelar o cumprimento ou não do proposto por essas normativas, cujas questões foram organizadas em cinco afirmativas em escalas do tipo Likert.

O instrumento de pesquisa foi composto de cinco seções que discorriam sobre o perfil dos participantes, o PE e a SP. A primeira parte é de cunho sociodemográfico; a segunda trata de aspectos estruturais que evidenciam a implantação do PE; as seguintes, de aspectos que evidenciam a SP no PE e a composição do PE, e, por fim, a correlação entre PE e SP, bem como os aspectos observados nos registros de enfermagem no hospital em estudo. Os dados foram compilados pelo programa do Excel e analisados por meio de planilhas dinâmicas.

RESULTADOS

Quanto à caracterização dos participantes, registra-se a prevalência da faixa etária de 32 a 42 anos (72%), com a maioria de mulheres (75%), formadas há cerca de 11 a 15 anos (50%). Uma parcela trabalhava de 1 a 5 anos (45%) e outra, de 6 a 10 anos (42%), com especialização (83%) e somente um vínculo empregatício (84%), dentro do regime de Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (92%), com carga horária de 20 a 39 horas semanais (81%) e parcela expressiva na efetivação de algum curso relacionado à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e ao PE (65%).

Em relação aos aspectos estruturais que evidenciaram a implantação do PE no ambiente hospitalar, evidenciados na Tabela 1. A questão 1, indagava sobre a direção hospitalar propiciar um clima de trabalho que promovesse a realização do PE, com 26% que concordam totalmente, contudo, houve necessidade de compreender melhor o motivo do expressivo número de adesão parcial (48%). A questão 2 era sobre a existência de medidas que garantissem a continuidade do cuidado por meio da aplicação do PE na unidade, com concordância total de 24% e parcial de 51%.

Porém, na questão 3, a qual discutiu a manutenção do processo de cuidado, quando ocorria a transferência do paciente de uma unidade para outra, os resultados apresentaram discrepância, com concordância parcial 38%, ou seja, maior que a concordância total, de 23%, e esta, por sua vez, foi igual à discordância parcial, de 23%. A questão 4 abordou

os meios de promover melhorias para o cuidado, pautados no PE, com a somatória das concordâncias ultrapassando 80%, com total de 40% e parcial de 43%; contudo, foi importante ressaltar que 12% dos entrevistados discordaram parcialmente da questão indicada. A aplicação do PE assegurou a continuidade do cuidado dentro da sua unidade, segundo a questão 5, a qual apresentou 28% de concordância total e 50% de concordância parcial, sendo importante ressaltar também a porcentagem de respostas “não concordo e nem discordo”, com 7% e os entrevistados que discordam parcialmente, que somaram 13%.

Variáveis	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
q1	29 (26)	53 (48)	5; (5)	18 (16)	5 (5)
q2	26 (24)	56 (51)	7 (6)	18 (16)	3 (3)
q3	23 (21)	42 (38)	20 (18)	23 (21)	2 (2)
q4	44(40)	47 (43)	3 (3)	13 (12)	3 (3)
q5	31 (28)	54 (50)	8 (7)	14 (13)	2 (2)

Tabela 1 – Aspectos estruturais do Processo de Enfermagem implantado em um hospital público de ensino. Região Centro-Oeste, 2022

Fonte: elaborada pela autora.

Nota – Resultados expressos por n (%).

q: questão.

A tabela 2 traz os aspectos que orientaram o cumprimento dos protocolos de SP no ambiente hospitalar. A questão 1, sobre existência de quadros de identificação do paciente no leito, apresentou maior concordância total, com 72%, embora apenas 63% dos participantes terem dito haver controle da identificação do paciente.

Variáveis	Concordo totalmente	Concordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo Parcialmente	Discordo totalmente
q1	78 (72)	17 (16)	2 (2)	5 (5)	7 (6)
q2	69 (63)	27 (25)	6 (6)	6 (6)	1 (1)
q3	70 (65)	26 (24)	3 (3)	4 (4)	5 (5)
q4	59 (54)	38 (35)	6 (6)	6 (6)	0
q5	48 (44)	37 (34)	8 (7)	13 (12)	3 (3)
q6	45 (41)	48 (44)	7 (6)	7 (6)	2 (2)

Tabela 2 – Dimensões da segurança do paciente evidenciadas no Processo de Enfermagem implantado em um hospital público de ensino. Região Centro-Oeste, 2022

Fonte: elaborada pela autora.

Nota – Resultados expressos por n (%).

q: questão.

A questão 3, sobre controle de risco de quedas e lesão por pressão, apresentou concordância total de 63% e parcial de 25%. A soma de ambos os percentuais demonstrou prevalência positiva, mas houve alerta em relação às discordâncias, com total de 6% e parcial 1%. Ademais, a questão 4, a qual discuti o controle e o funcionamento de acessos e sondas no início de cada plantão apresentou 65% de concordância total e 24% de parcial, demonstrando forte adesão dos entrevistados a esse quesito. Além disso, os percentuais sobre o aparecimento do controle de risco, compondo o diagnóstico e a prescrição de enfermagem na questão 5, apresentou concordância total de 44% e parcial de 34%. Já a questão 6, que abordou os registros desses eventos realizados pela equipe de enfermagem, demonstrou forte adesão, com concordância total de 41% e parcial de 44%.

O estudo sobre os componentes da estrutura interna do PE no hospital objeto do presente estudo apresentou os seguintes resultados. A questão 1 indagou sobre os itens que compunham o PE, apontando concordância total de 49% e parcial de 39%; em somatória, a concordância ultrapassou os 85%. Já o resultado da questão 2, que tratou da frequência com que foi aplicado o PE, apresentou a concordância total de 30% e parcial 44%, demonstrando grande discordância também, com total de 13% e parcial 7%. A questão 3 cuidou da utilização da classificação NANDA como base para a elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem, cujas respostas apresentaram concordância total de 48% e parcial de 28%. Somados esses valores, inferiu-se que o grupo de enfermeiros teve adesão à aplicação do diagnóstico da NANDA à prática assistencial. Porém 10% é o percentual que indicam “não concordam nem discordam”, discordam parcialmente 7% e discordam totalmente 6%.

A seguir, indagou-se ao enfermeiro sobre o domínio de conhecimento da aplicação dessa classificação, discutida na questão 4, com concordância total de 31% e parcial 41%. Já na questão 5, foi discutido o embasamento teórico no PE realizado, com 54% concordando totalmente e 30% parcialmente. Porém, 10% não concordaram nem discordaram.

As questões 6 e 7 apresentaram a situação das anotações de enfermagem. O hospital em estudo contava com o funcionamento de dois sistemas de registro no prontuário do paciente: eletrônico, do sistema Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) e o prontuário físico. Segundo os resultados, 66% dos enfermeiros concordaram totalmente que os registros eram feitos no sistema eletrônico e 21% parcialmente. A somatória dos resultados mostrou que mais de 80% dos participantes afirmaram realizar os registros no sistema eletrônico. No que tange ao registro físico, o percentual permaneceu alto, com concordância total de 50% e parcial de 33%.

Variáveis	Concordo totalmente	Concordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo Parcialmente	Discordo totalmente
q1	54 (49)	43 (39)	1 (1)	9 (8)	3 (3)
q2	33 (30)	48 (44)	7 (6)	14 (13)	8 (7)
q3	52 (48)	30 (28)	11 (10)	8 (7)	7 (6)
q4	34 (31)	45 (41)	14 (13)	13 (12)	3 (3)
q5	59 (54)	33 (30)	11 (10)	4 (4)	3 (3)
q6	71 (66)	23 (21)	4 (4)	3 (3)	7 (6)
q7	54 (50)	36 (33)	5 (5)	9 (8)	4 (4)

Tabela 3 – Taxa de repostas dos enfermeiros para os aspectos estruturais do Processo de Enfermagem em um hospital público de ensino. Região Centro-Oeste, 2022 Fonte: elaborada pela autora.

Nota – Resultados expressos por n (%).

q: questão.

A tabela 4 indica sobre os aspectos do registro do PE, juntamente com a SP. As respostas dos enfermeiros sobre a articulação/relação apresentaram concordância total (38%) e parcial (44%); 82% das afirmativas apresentadas sinalizaram que as ações dos enfermeiros relacionadas ao PE incorporaram a SP com dimensão importante do cuidado. Quanto ao histórico de enfermagem (questão 5), temos a indicação/registo relacionados a SP, com concordância total de 38% e parcial 43%. Na prescrição de enfermagem, constavam itens que direcionaram os cuidados para os problemas relacionados aos riscos identificados, com concordância total de 63% e parcial 27%. Na elaboração do Diagnóstico de Enfermagem, os riscos à SP identificados/incorporados ao longo da internação do paciente apresentaram concordância total de 56% e parcial de 34%. Na realização das evoluções, 62% dos entrevistados concordaram totalmente e 28% parcialmente sobre as questões dos riscos à segurança terem sido consideradas na avaliação das condições do paciente. Na questão 5, as anotações de enfermagem apresentaram 38% de concordância total e 43% de parcial. No entanto, foram altos os percentuais de discordância parcial (11%) e total (2%).

Variáveis	Concordo totalmente	Concordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Discordo Parcialmente	Discordo totalmente
q1	42 (38)	48 (44)	7 (6)	7 (6)	6 (5)
q2	69 (63)	30 (27)	5 (5)	4 (4)	2 (2)
q3	62 (56)	37 (34)	7 (6)	2 (2)	2 (2)
q4	68 (62)	31 (28)	5 (5)	4 (4)	2 (2)
q5	42(38)	47 (43)	7 (6)	12 (11)	2 (2)

Tabela 4 – Taxa de repostas dos enfermeiros para os aspectos do registro do Processo de Enfermagem e segurança do paciente em um hospital público de ensino. Região Centro-Oeste, 2022 Fonte: elaborada pela autora.

Nota – Resultados expressos por n (%).

q: questão.

DISCUSSÃO

O artigo em questão fornece informações essenciais sobre a caracterização dos participantes e os aspectos estruturais relacionados à implementação do PE em um ambiente hospitalar. Os dados apresentados revelam um perfil predominante de participantes, com faixa etária entre 32 e 42 anos, maioria do sexo feminino, formação acadêmica de 11 a 15 anos, experiência de trabalho de 1 a 10 anos, especialização em enfermagem, um único vínculo empregatício na forma da CLT, carga horária semanal de 20 a 39 horas e expressivo envolvimento em cursos relacionados à SAE e ao PE.

A análise dos aspectos estruturais que afetam a implantação do PE no ambiente hospitalar é igualmente reveladora. A pesquisa abordou questões essenciais, como o papel da direção no fomento ao PE, a existência de medidas que garantem a continuidade do cuidado e a manutenção do processo de cuidado durante a transferência de pacientes entre unidades. No entanto, os resultados apontam para algumas discrepâncias.

No que diz respeito aos aspectos estruturais da implantação do PE no ambiente hospitalar, as questões levantadas são cruciais para avaliar a eficácia do processo. A indagação sobre a promoção de um clima de trabalho que favorece o PE revela que parcela significativa dos participantes adere parcialmente a essa ideia. Isso pode sugerir a existência de desafios na criação de um ambiente propício para a prática do PE ou a necessidade de maior esclarecimento sobre o assunto.

Sobre investigar a existência de medidas que garantem a continuidade do cuidado por meio da aplicação do PE na unidade, os resultados mostram concordância parcial significativa, sugerindo que medidas estão sendo tomadas, mas também indicam espaço para melhorias e esclarecimentos. A equipe de enfermagem se responsabiliza pela mobilização do paciente no ambiente hospitalar, é de suma importância na continuidade do cuidado, uma vez que é responsável pela comunicação com demais profissionais, transacionando a mudança de tempo e ambiente em que o cliente se encontra.² Já a abordagem de manutenção do processo de cuidado durante a transferência de pacientes entre unidades, apresenta resultados que sinalizam fragilidades. A falta de concordância total e a presença de discordância parcial apontam para a necessidade de revisar os procedimentos e as políticas de cuidado durante essas transferências.

Colocando em pauta os meios de promover melhorias no cuidado, com base no PE, revela-se sólida concordância, mas também parcela entrevistados discorda parcialmente da afirmação. Isso destaca a importância de ouvir as opiniões discordantes e implementar estratégias de melhoria que abordem as preocupações desses indivíduos. Por fim, a abordagem da aplicação do PE para assegurar a continuidade do cuidado dentro da unidade mostra adesão parcial significativa. É crucial explorar as razões para essa adesão parcial e as discordâncias parciais, a fim de entender os desafios enfrentados na aplicação do PE no contexto hospitalar.

Em síntese, os resultados deste estudo destacam áreas de força e fraqueza na implementação do PE em um ambiente hospitalar. Eles indicam a necessidade de aprimorar a promoção do PE, medidas de continuidade do cuidado, manutenção do processo de cuidado durante a transferência e estratégias de melhoria. Esses achados podem servir como base para futuras intervenções e pesquisas que visam melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem em hospitais. Além disso, é importante considerar a diversidade de perspectivas e opiniões entre os profissionais de saúde para promover mudanças eficazes e eficientes na prática do PE

Os resultados refletem as opiniões e as experiências dos participantes em relação a vários aspectos relacionados à SP. Um dos aspectos que se destaca é a confirmação da existência de quadros de identificação do paciente no leito, com concordância total de 72%. Isso sugere que a maioria dos participantes está ciente da importância de ter informações claras sobre a identificação do paciente próximas ao leito. No entanto, é interessante observar que apenas 63% dos participantes afirmam que há controle efetivo da identificação do paciente, o que indica a necessidade de melhorias nessa área. Estratégias de utilização de pulseiras de identificação, como ferramentas promocionais do cuidado e SP são uma prática de baixo custo e adequadas para instituições, sendo de fácil instalação no cuidado diário dos profissionais de saúde.³

A abordagem do controle de risco de quedas e lesões por pressão demonstra concordância total de 63% e parcial de 25%. Esses resultados indicam compromisso significativo em relação a esse aspecto crítico da SP. No entanto, é importante notar que ainda há 6% de discordâncias totais e 1% de discordâncias parciais, sinalizando a existência de preocupações que devem ser abordadas.

Já o controle e o funcionamento de acessos e sondas no início de cada plantão é outro ponto de destaque, com 65% de concordância total e 24% de concordância parcial. Esses números refletem forte adesão dos entrevistados a esse procedimento, destacando a importância atribuída à manutenção de acessos e sondas.

O aparecimento do controle de risco na composição do diagnóstico e da prescrição de enfermagem teve concordância total de 44% e parcial de 34%. Isso indica compreensão significativa da relevância de incluir o controle de risco nas atividades de diagnóstico e prescrição de enfermagem, embora haja espaço para melhorias na adesão total.

Por fim, sobre os registros de eventos realizados pela equipe de enfermagem, a adesão foi forte, com concordância total de 41% e parcial de 44%. Isso sugere que os participantes reconhecem a importância de documentar adequadamente as ações da equipe de enfermagem, o que é fundamental para a SP. A documentação da equipe de enfermagem é uma das principais formas de comunicação multidisciplinar, fornecendo informações a toda a equipe para observar, entender e atender às necessidades do cliente.⁴

Em resumo, os resultados apresentados na tabela indicam um compromisso significativo com a SP em várias áreas, como a identificação do paciente; o controle de

risco de quedas e lesões por pressão; o funcionamento de acessos e sondas; a inclusão do controle de risco nas atividades de diagnóstico e prescrição de enfermagem e o registro adequado de eventos. No entanto, também destacam discordâncias e áreas em que melhorias podem ser implementadas para garantir a SP em ambientes hospitalares. Essas descobertas são valiosas para aprimorar as práticas de SP e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

O estudo apresentado sobre os componentes da estrutura interna do PE em um hospital fornece uma visão detalhada das percepções e práticas dos enfermeiros em relação ao uso do PE e a aplicação da classificação NANDA. Além disso, aborda a documentação por meio de registros eletrônicos e prontuários físicos.

Quanto à adesão aos componentes do PE, revelou-se que quase 90% dos enfermeiros concordam, total ou parcialmente, com os itens que compõem o PE. Isso sugere que há uma compreensão geral da importância dos componentes do PE no processo de cuidado de enfermagem. Essa adesão é um indicativo positivo de que a estrutura do PE é reconhecida como uma prática essencial no ambiente hospitalar.

A frequência de aplicação do PE mostra-se menor, com apenas 30% de concordância total. Essa constatação é importante, pois a aplicação consistente do PE é crucial para fornecer cuidados de qualidade e seguro aos pacientes. A discordância de 13% e a concordância parcial de 7% indicam desafios na implementação do PE.

A maioria dos enfermeiros concorda, total ou parcialmente, com a utilização da classificação NANDA como base para a elaboração de diagnósticos de enfermagem. No entanto, 26% dos enfermeiros apresentam discordância em diferentes graus. Isso indica que há espaço para melhorias na compreensão e na aceitação da classificação NANDA entre alguns profissionais de enfermagem. O diagnóstico como parte mais complexa do processo, requer pensamento crítico e conhecimento técnico-científico do profissional, de modo a melhor interpretar as informações obtidas e direcionar o planejamento e a implementação dos cuidados, o que possibilita a análise e a interpretação da evolução do paciente durante o processo.⁵

Embora porcentagem significativa dos enfermeiros concorde com a utilização da classificação NANDA, apenas 31% afirmam ter concordância total em relação ao domínio de conhecimento sobre sua aplicação. Isso aponta para a necessidade de melhorar o entendimento e a capacitação dos enfermeiros em relação a essa classificação. O desenvolvimento do PE traz uma valorização científica e filosófica do cuidado de enfermagem, e explicações baseadas em referenciais teóricos ajudam a desenvolver novos conhecimentos no desenvolvimento de carreira.

A maioria dos enfermeiros concorda com a presença de embasamento teórico no PE. No entanto, 10% não concordam nem discordam. Isso pode sugerir que há uma necessidade de aprimorar a integração de fundamentos teóricos na prática do PE para garantir cuidados baseados em evidências. As teorias de enfermagem são importantes nesse processo,

porque dão quadros teóricos dentro dos quais os profissionais de enfermagem realmente trabalham, ao descreverem o comportamento e as ações do enfermeiro, possibilitando a efetiva implementação da SAE.⁶

Sobre as anotações de enfermagem, o hospital estudado apresenta duas formas de prontuário (físico e eletrônico), e os profissionais expuseram realizar os registros eletrônicos, fato que demonstra franca evolução de apropriação desse sistema. Já no que se refere à parte física, os resultados se mantêm altos, evidenciando a existência de duplicidade no uso dos sistemas de registro; sinalizando a necessidade de melhoria no sistema eletrônico, bem como na capacitação de pessoal para seu uso/aplicação; e visando acelerar o processo de substituição de um sistema pelo outro.

Em resumo, os resultados deste estudo indicam que os enfermeiros têm compreensão geral dos componentes do PE e reconhecem a importância da utilização da classificação NANDA. No entanto, há desafios em relação à frequência de aplicação do PE e ao domínio de conhecimento da classificação NANDA. Além disso, a integração de embasamento teórico na prática e a documentação eficaz são áreas que podem ser aprimoradas. Esses achados fornecem diretrizes valiosas para a educação contínua e intervenções visando aprimorar a qualidade dos cuidados de enfermagem no ambiente hospitalar.

Quanto à relação entre o PE e a SP na prática dos enfermeiros em um ambiente hospitalar, os resultados revelam uma série de percepções e práticas dos enfermeiros em relação a como o PE incorpora e considera a SP. Um dos resultados mais significativos é a alta concordância (total e parcial) das respostas dos enfermeiros em relação à existência de uma relação entre as ações registradas no PE e a SP, totalizando 82%. Isso destaca que a maioria dos enfermeiros reconhece a importância de considerar a SP como parte intrínseca do cuidado de enfermagem. Essa consciência é crucial para a promoção da SP e a prevenção de eventos adversos.

O histórico de enfermagem inclui indicações ou registros relacionados à SP, com 81% dos enfermeiros concordando (total ou parcialmente). Isso sugere que o histórico de enfermagem é uma ferramenta útil para documentar informações relevantes sobre a SP, ajudando na avaliação e nos cuidados subsequentes.

A prescrição de enfermagem, que direciona os cuidados para problemas relacionados à SP, é apoiada por 90% dos enfermeiros. Da mesma forma, na elaboração do diagnóstico de enfermagem, 90% dos enfermeiros consideram os riscos à SP. Essas descobertas refletem uma abordagem proativa para abordar as questões de SP na prática de enfermagem, destacando a importância da personalização dos cuidados de acordo com os riscos identificados. Evidencia-se que a avaliação das condições do paciente durante as evoluções também considera os riscos à SP, com 90% dos enfermeiros afirmando que essas questões são levadas em consideração. Isso demonstra compromisso contínuo com a avaliação da SP e a adaptação do plano de cuidados, conforme necessário.

No entanto, os resultados também revelam uma fragilidade na documentação das anotações de enfermagem, em relação ao cumprimento das prescrições relacionadas à SP. Com 11% de discordância parcial e 2% de discordância total, há espaço para melhorias na consistência da documentação e no seguimento das diretrizes relacionadas à SP.

Em resumo, a relação entre o PE e a SP é uma preocupação importante para os enfermeiros. Eles reconhecem a necessidade de considerar a SP em sua prática e incorporam essa dimensão crítica do cuidado em diversas etapas do PE. No entanto, a fragilidade na documentação das anotações de enfermagem indica áreas que podem ser aprimoradas para garantir a conformidade com as prescrições relacionadas à SP. Esse estudo enfatiza a importância da educação contínua e da conscientização sobre a SP na prática de enfermagem e destaca o compromisso dos enfermeiros em fornecer cuidados seguros e de qualidade.

CONCLUSÕES

Os processos assistenciais bem como os protocolos de segurança do paciente foram implementados e estão sendo desenvolvidos na instituição pesquisada.

Toda organização de saúde deve aplicar o Processo de Enfermagem, buscando ferramentas que aumentem a segurança do cuidado prestado aos usuários, contribuam para melhorar a cultura de segurança do paciente e sejam consideradas essenciais pelos profissionais, desde a definição dos processos até o cuidado com o paciente. A aplicação combinada dessas tecnologias demonstra melhoria na qualidade do atendimento.

REFERÊNCIAS

1. Nascimento JC, Draganov PB. [History of quality of patient safety]. *Hist Enferm Rev Eletronica*. 2015 [cited 2023 Nov. 20];6(2):299-309. Available from: http://here.abennacional.org.br/here/seguranca_do_paciente.pdf
2. Goularte AF, Lanzoni GM, Cechinel-Peiter C, Koerich C, Magalhães AL, Costa MF. Continuidade do cuidado: atuação do enfermeiro hospitalar na transição do paciente com ferida. *Rev Min Enferm*. 2021 [cited 2023 Nov. 20];25. Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/44549>
3. Brito MF, Gabriel CS, Machado JP, Cândido MP, Oliveira VB. Processo de identificação do paciente em serviços de saúde. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021 [cited 2023 Nov. 20];4(2):4343-56. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/25631>
4. Barreto JJ, Coelho MP, Lacerda LC, Fiorin BH, Mocelin HJ, Freitas PS. Registros de enfermagem e os desafios de sua execução na prática assistencial. *Rev Min Enferm*. 2019 [cited 2023 Nov. 20];23:1234. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1234.pdf>
5. Ubaldo I, Matos E, Salum NC. Diagnósticos de enfermagem da nanda-i com base nos problemas de enfermagem segundo teoria de horta. *Cogitare Enferm*. 2015 [cited 2023 Nov. 20];20(4). Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/40468/26628>
6. Moreira LH, Hong MV, Silva DA, Silva RG. A importância do diagnóstico de enfermagem: visão dos enfermeiros. *Research, Society and Development*. 2021;10(2):e24510212508.

ANÁLISE DO AMBIENTE DE TRABALHO E *BURNOUT* ENTRE ENFERMEIROS, TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM EM INSTITUIÇÕES BRASILEIRAS

Data de aceite: 01/02/2024

Lucianna Reis Novaes

Graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC Campinas); Especialização em Administração Hospitalar pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP); Especialização em Estomatoterapia pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); Avaliadora do Instituto Qualisa de Gestão (IQG), São Paulo/SP, Brasil

Michel Matos de Barros

Graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU); Especialização em Enfermagem em Urgência e Emergência pela FMU; MBA em Gestão em Saúde pelo Centro Universitário São Camilo; Avaliador do Instituto Qualisa de Gestão (IQG), São Paulo/SP, Brasil

Fabrcício dos Santos Cirino

Graduação em Farmácia pela Universidade Católica de Santos (UniSantos); Especialização em Farmacologia Clínica pela UniSantos; mestrado em Saúde Coletiva – Meio Ambiente e Saúde pela UniSantos; doutorado em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); avaliador do Instituto Qualisa de Gestão (IQG), São Paulo/SP, Brasil

RESUMO: A pandemia de Covid 19 além de causar danos à saúde dos pacientes, trouxe uma maior sobrecarga aos sistemas de saúde, afetando diretamente os profissionais, levando muitos ao esgotamento físico e emocional. O presente estudo tem por objetivo demonstrar as percepções do ambiente da prática profissional dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem por meio da aplicação da pesquisa de Ambiente da Prática Profissional Practice Environment Scale of the Nursing Work Index – PES/NWI) e a de Maslash Burnout Inventory (MBI), bem como compará-las. Foram aplicadas em instituições administrativa privadas e públicas de quatro estados brasileiros, sendo estas Amazonas (AM), Minas Gerais (MG), Mato Grosso do Sul (MS) e Rio de Janeiro (RJ) que fazem parte da Certificação de Enfermagem -IQG, no período de dezembro de 2020 a junho de 2021, totalizando a participação de 1484 profissionais das seis instituições convidadas. Identificado como características mais favoráveis ao ambiente de trabalho na PES/NWI, as relações equipe de enfermagem-médico e os fundamentos para a prática de enfermagem, no entanto, como desfavoráveis a participação da enfermagem em assuntos hospitalares e

adequação de pessoal e recursos. As dimensões da pesquisa MBI, os melhores resultados são relativos à exaustão emocional, no entanto, os índices de baixa realização profissional foram de 69,1%. Observam-se impactos em burnout relativos à exaustão emocional realização profissional relacionados ao ambiente de trabalho, com maior frequência no grupo de enfermeiros. As análises demonstraram diferenças nas percepções dos enfermeiros quando comparada aos auxiliares e técnicos de enfermagem, com atenção às relações de trabalho interprofissional e a disponibilidade de recursos. Retrata-se assim a importância da orientação das ações voltadas ao gerenciamento destes recursos em saúde, com atenção ao risco à qualidade e segurança assistencial, mas também à saúde destes profissionais. O papel do líder, representado pelo enfermeiro, necessita de maior atenção e preparo, visto o seu potencial na orientação às melhores práticas, engajamento profissional e promoção de mudanças no ambiente da prática profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Pesquisa de clima organizacional; Burnout; Esgotamento; Estresse; Gestão de pessoas; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O ambiente da prática profissional da enfermagem pode ser definido pelas características que permitem a prática clínica segura e de qualidade aos pacientes¹. Este tem sido objeto de estudo em diferentes países e relacionado diretamente à resultados na segurança do paciente². As ações para a melhoria deste ambiente impactam diretamente na redução das ausências de pessoal, bem como no aumento da satisfação dos profissionais e pacientes^{3,4}. Também podem resultar no empoderamento do enfermeiro, e maior engajamento profissional, impactando em menores índices de risco para burnout além da retenção destes profissionais nas instituições de saúde^{5, 6, 7}.

Pela própria complexidade das organizações de saúde, reconhece-se que as mudanças nas condições de trabalho da enfermagem alteram diretamente fatores como o ambiente de trabalho, a satisfação dos profissionais, *burnout*, a qualidade do cuidado bem como a segurança do paciente⁸. Associado à esta condição inerente do cuidado em saúde, a pandemia de Covid-19, evidenciou a sobrecarga do sistema de saúde pública e privada; condição esta que exacerbou a sobrecarga no trabalho dos profissionais da saúde.

Tem-se assim o risco elevado de *burnout*, síndrome esta caracterizada principalmente por três sentimentos: exaustão emocional, despersonalização dos demais indivíduos ao redor (pacientes, colegas, e a própria organização na qual o trabalhador está inserido) e baixa realização profissional. Como consequência, a pessoa afetada por esta síndrome se sente infeliz com relação a si mesma e ao trabalho que executa, e com baixo nível de energia para continuar com suas atividades cotidianas^{9,10}.

Os principais fatores observados como causas para a síndrome de *burnout* nos trabalhadores da área da saúde são o excesso de carga de trabalho, a pouca disponibilidade de pessoal para atender a uma demanda continuada de pacientes em estado de urgência e emergência, a convivência diária com o sofrimento e a morte (inclusive de crianças), a remuneração inadequada e o pouco reconhecimento profissional^{10, 11}.

Refere-se também à esta condição as dificuldades de relacionamento com colegas, por diferenças pessoais de formação profissional ou pela própria natureza urgente da atividade. Neste cenário, uma pequena falha cometida por um membro da equipe é capaz de causar um efeito dominó que afetará o trabalho de todos e pode resultar na morte de um paciente. Estes são fatores podem levar os profissionais à síndrome, quando acumulados por um determinado período¹⁰.

É importante lembrar que o *Burnout* se diferencia do estresse por envolver elementos relacionais entre suas causas e efeitos. Enquanto o estresse pode ter como causa qualquer emoção forte, boa ou má, e se manifesta principalmente no sentido físico de falta de energia e motivação, a síndrome de *burnout* tem uma forte manifestação sobre os sentimentos de quem é afetado por ela em relação às pessoas ao seu redor. O indivíduo passa assim a encarar pacientes e colegas não mais como seres humanos, mas como objetos inanimados, e realizando suas atividades de maneira despersonalizada, com aumento da irritabilidade e perda da motivação^{10, 11}. Ele se sente invadido por sentimentos negativos a respeito de si mesmo, do trabalho que executa, dos colegas, da chefia e dos próprios doentes a quem atende, tendendo a assumir uma atitude fria e buscando o isolamento sempre que possível, pois não consegue mais lidar com as emoções dos outros e nem com as suas próprias¹⁰.

Como implicação da Síndrome de Burnout identifica-se a exaustão emocional definida pela falta de energia e sentimento de esgotamento de recursos, despersonalização que se caracteriza pela impessoalidade, sentimento de indiferença completa, e diminuição da realização profissional caracterizada por avaliação negativa de si seja com relação à situações de ordem profissional e pessoal¹². Entender os fatores relacionados ao estresse profissional se faz necessário para que medidas sejam tomadas para mitigar danos e prevenir a ocorrência de Burnout.

As consequências para o ambiente de trabalho estão relacionadas à eficiência de uma organização, com a diminuição da produtividade e da qualidade do atendimento prestado em saúde¹³. Assim, mapear e compreender os fatores relacionados ao estresse profissional no ambiente de trabalho é essencial para que medidas possam ser tomadas a fim de mitigar danos e prevenir a ocorrência de Burnout em profissionais da área da saúde.

Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi avaliar as diferenças de percepções do ambiente da prática profissional entre enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem no cenário atual brasileiro, a partir da aplicação da pesquisa de ambiente e inventário de Burnout.

MÉTODO

Este estudo utilizou um desenho quantitativo e transversal para avaliar o ambiente da prática profissional de enfermagem, bem como o risco para *burnout* nestes profissionais. Uma amostra por conveniência foi utilizada pelo convite feito à seis instituições brasileiras

que fazem parte do Programa de Certificação dos Serviços de Enfermagem – IQG. Estas instituições, que consentiram com sua participação na pesquisa, têm como características tanto a esfera administrativa privadas quanto pública, de quatro estados brasileiros, sendo estes Amazonas (AM), Minas Gerais (MG), Mato Grosso do Sul (MS) e Rio de Janeiro (RJ).

A pesquisa se deu entre os meses de dezembro de 2020 a junho de 2021, tendo como critério de inclusão pertencer a categoria profissional de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, além do aceite dado ao termo de consentimento. Foram assim aplicadas as escalas de Ambiente da Prática (Professional Practice Environment Scale of the Nursing Work Index – PES/NWI) e a de Maslash Burnout Inventory (MBI).

A primeira escala utilizada, PES/NWI, traduzida e validada para a realidade brasileira, é um instrumento considerado prático e seguro, aplicado com o objetivo de reconhecer o ambiente de trabalho e reunir as percepções da equipe acerca da instituição. O questionário é composto por 31 questões, divididas em cinco dimensões: participação da enfermagem em assuntos hospitalares; fundamentos de enfermagem para a qualidade do atendimento; capacidade do enfermeiro gestor, liderança e apoio aos enfermeiros; adequação de pessoal e recursos; e relações de trabalho positivas entre enfermeiros e médicos¹³.

As respostas às questões são de livre escolha, na forma da escala psicométrica de Likert, em que cada resposta corresponde a uma pontuação: discordo totalmente (pontuação um), discordo (pontuação dois), concordo (pontuação três) e concordo totalmente (pontuação quatro). A partir da média obtida para cada uma das dimensões, obtém-se o que são considerados ambientes favoráveis à prática profissional da enfermagem: 2,5 em quatro ou cinco subescalas. Ambientes que pontuam acima de 2,5 em duas ou três subescalas são considerados mistos, e os que pontuam acima de 2,5 em nenhuma ou em apenas uma subescala são considerados desfavoráveis à prática profissional da enfermagem¹³.

A segunda escala aplicada foi a Maslash Burnout Inventory (MBI), também validada para a realidade brasileira e que é aplicável para todos os profissionais da saúde, em todas as áreas de atuação, com dimensões em três níveis: exaustão emocional; despersonalização; e realização profissional. O questionário da MBI possui 22 afirmações, também com respostas de livre escolha na forma da escala Likert: nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente e sempre, cuja pontuação varia de zero a quatro, respectivamente. Para todos os itens, é realizada a somatória das dimensões: exaustão emocional, despersonalização e realização profissional. Para cada uma das dimensões, o nível do risco é calculado em baixo, médio e alto¹⁴.

Foi realizada análise descritiva de todas as variáveis, utilizando-se média, desvio-padrão e valores mínimo e máximo, segundo a distribuição das variáveis quantitativas, frequências e porcentagens para variáveis qualitativas. Também foram utilizadas as correlações de Pearson e Spearman, segundo as variáveis, para examinar a força e a direção das relações bivariadas entre as variáveis-chave do estudo. Por último, foi feita

uma análise de regressão logística multivariável. O nível de significância estatística foi fixado em $p < 0,05$, e foi utilizado o pacote estatístico Minitab 19.0.

RESULTADOS

Características dos participantes

Participaram da pesquisa 1484 profissionais das seis instituições convidadas. Dentre os participantes, 74,3% eram de instituições de esfera administrativa pública, e 25,7% privada. Observa-se maior participação de profissionais do estado do Amazonas, totalizando 793 profissionais, seguido do estado de São Paulo, com 425 profissionais, conforme tabela 1.

Características		N	%
Esfera administrativa	Privada	381	25,67
	Pública	1103	74,33
Total		1484	100,0
Estado	AM	793	53,44
	MG	38	2,56
	MS	67	4,51
	RJ	161	10,85
	SP	425	28,64
Total		1484	100,0

Tabela 1 - Contexto institucional dos participantes da pesquisa.

Observam-se também o perfil de participantes da pesquisa, sendo a maioria destes enfermeiros, o que totalizou 68,1% do total de participantes, cujo cargo referido por estes profissionais, em sua maioria foi assistencial (94,4%). Também foi observado o tempo de experiência profissional, sendo o de maior frequência no grupo mais de cinco anos. Notam-se profissionais com um à três anos no cargo atual (42,2%) como aquele que mais foi relatado entre os profissionais.

Da equipe como um todo de enfermagem, observa-se que a maior parte destes referiu ter alguma formação complementar à inicial (64,9%). Entre o grupo de enfermeiros, observam-se 95,2% relatou possuir alguma especialização, mestrado ou doutorado na área.

Dentre as unidades de atuação, a participação maior se deu de enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes em unidades de internação clínica ou cirúrgica (31,2%), destacando-se que esta atuação se deu tanto voltada ao público pediátrico como adulto.

Relatou-se a atuação profissional em mais de um vínculo (33,5%), sendo está com menor frequência quando comparada ao vínculo único. Para o grupo de enfermeiros, esta proporção sobre para 67,0% de profissionais com único vínculo, enquanto para os técnicos ou auxiliares de enfermagem a ausência da dupla jornada está em 65,5%.

O turno de trabalho com maior representatividade entre os participantes foi o noturno, totalizando 676 profissionais, seguido do turno matutino, com 645.

	Perfil	N	%
Categoria profissional	Aux./Téc. de enfermagem	473	31,87
	Enfermeiro	1011	68,13
Cargo	Administrativo	45	3,03
	Assistencial	1401	94,41
	Gestão	38	2,56
Tempo de experiência profissional	0 à 1 ano incompleto	100	6,74
	1 à 3 anos incompletos	363	24,46
	3 à 5 anos incompletos	291	19,61
	5 ou mais anos	730	49,19
Tempo no cargo atual	0 à 1 ano incompleto	465	31,33
	1 à 3 anos incompletos	631	42,52
	3 à 5 anos incompletos	121	8,15
	5 ou mais anos	267	17,99
Formação complementar	Não	521	35,11
	Sim	963	64,89
Unidade de atuação	Apoio diagnóstico	23	1,55
	Atendimento ambulatorial	50	3,37
	Atendimento de Urgência e Emergência	431	29,04
	Internação Clínica/Cirúrgica	463	31,20
	Terapia Intensiva Adulto	187	12,60
	Terapia Intensiva Pediátrica / Neonatal	30	2,02
	Administrativa	75	5,05
	Bloco cirúrgico	225	15,16
Outro vínculo empregatício	Não	987	66,51
	Sim	497	33,49
Turno de trabalho	Administrativo	63	4,25
	Matutino	645	43,46
	Noturno	676	45,55
	Vespertino	100	6,74

Tabela 2 - Características dos participantes da pesquisa.

Aplicação da PES/NWI

Os participantes da pesquisa qualificaram a capacidade do enfermeiro gestor, liderança e apoio dos enfermeiros ($M=2,84$, $DP=0,61$) como a característica mais favorável presente no ambiente da prática, seguida pelas relações entre equipe de enfermagem e médico ($M=2,80$, $DP=0,58$) e fundamentos para a prática de qualidade em enfermagem ($M=2,77$, $DP=0,46$). A adequação de pessoal e recursos ($M=2,50$, $DP=0,66$) e a participação da enfermagem em assuntos do hospital ($M=2,71$, $DP=0,53$) foram qualificadas como as características menos favoráveis desse ambiente.

As características mais favoráveis ao ambiente de trabalho apontadas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem foram: as relações equipe de enfermagem-médico ($M=2,84$, $DP=0,58$) e os fundamentos para a prática de enfermagem ($M=2,72$, $DP=0,46$).

Tais descobertas, portanto, mostraram um ambiente laboral favorável para prática profissional, com três das subescalas com média superior a 2,5, indicando como pontos mais desfavoráveis a adequação de pessoal e recursos bem como a participação da enfermagem em assuntos hospitalares, como pode ser observado na Tabela 3.

Variáveis		Nº	Participação da enfermagem em assuntos hospitalares		Fundamentos de enfermagem para a qualidade do atendimento		Capacidade do enfermeiro gestor, liderança e apoio dos enfermeiros		Adequação de pessoal e recursos		Relações de trabalho positivas entre equipe e médicos	
			M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Categoria profissional	Enfermeiro	1011	2,67	0,53	2,79	0,46	2,92	0,57	2,56	0,64	2,77	0,57
	Tec./Aux. de enfermagem	473	2,62	0,55	2,72	0,46	2,68	0,66	2,36	0,67	2,84	0,58
Tempo de formação (anos)	< 1	100	2,77	0,52	2,82	0,49	2,93	0,66	2,51	0,68	2,83	0,63
	≥ 1 e < 3	363	2,72	0,53	2,80	0,46	2,94	0,57	2,58	0,65	2,81	0,59
	≥ 3 e < 5	291	2,69	0,53	2,80	0,45	2,89	0,58	2,55	0,62	2,77	0,60
	≥ 5	730	2,59	0,54	2,74	0,46	2,76	0,62	2,43	0,67	2,79	0,55
Tempo no cargo atual	< 1	514	2,76	0,50	2,84	0,45	2,97	0,59	2,57	0,67	2,82	0,61
	≥ 1 e < 3	620	2,66	0,52	2,79	0,45	2,86	0,56	2,55	0,63	2,81	0,55
	≥ 3 e < 5	114	2,56	0,54	2,70	0,44	2,68	0,58	2,46	0,61	2,75	0,55
	≥ 5	236	2,45	0,57	2,60	0,46	2,58	0,67	2,22	0,67	2,73	0,59
Formação complementar	Sim	514	2,76	0,50	2,84	0,45	2,97	0,59	2,57	0,67	2,82	0,61
	Não	521	2,62	0,54	2,72	0,46	2,69	0,65	2,37	0,66	2,83	0,58
Cargo	Administrativo	45	2,81	0,55	2,81	0,49	2,96	0,68	2,50	0,82	2,60	0,68
	Assistencial	1401	2,65	0,53	2,77	0,46	2,84	0,60	2,51	0,65	2,80	0,57
	Gestão	38	2,58	0,60	2,71	0,53	2,80	0,74	2,23	0,85	2,78	0,63

Área de trabalho	Apoio diagnóstico	23	2,53	0,42	2,66	0,42	2,59	0,54	2,33	0,51	2,75	0,47
	Interação Clínica/ Cirúrgica	463	2,63	0,54	2,76	0,46	2,83	0,61	2,42	0,66	2,74	0,58
	Terapia Intensiva Adulto	187	2,55	0,59	2,70	0,51	2,63	0,72	2,38	0,70	2,90	0,60
	Administrativa	75	2,84	0,53	2,85	0,44	3,02	0,67	2,62	0,76	2,63	0,63
	Atendimento de Urgência e Emergência	431	2,70	0,53	2,83	0,47	2,92	0,58	2,60	0,65	2,89	0,55
	Bloco cirúrgico	225	2,65	0,48	2,73	0,40	2,83	0,54	2,49	0,60	2,67	0,59
	Atendimento ambulatorial	50	2,65	0,48	2,79	0,47	2,92	0,43	2,60	0,58	2,95	0,51
	Terapia Intensiva Pediátrica / Neonatal	30	2,66	0,46	2,72	0,47	2,86	0,54	2,78	0,53	2,83	0,37
	Administrativo	63	2,63	0,53	2,72	0,45	2,88	0,60	2,43	0,71	2,76	0,63
Turno de trabalho	Matutino	645	2,66	0,55	2,77	0,48	2,88	0,58	2,50	0,67	2,79	0,59
	Noturno	676	2,65	0,53	2,78	0,44	2,81	0,62	2,52	0,65	2,80	0,57
	Vespertino	100	2,60	0,47	2,72	0,45	2,76	0,64	2,38	0,59	2,86	0,55
Outro vínculo	Não	987	2,65	0,52	2,77	0,46	2,84	0,59	2,49	0,66	2,80	0,57
	Sim	497	2,66	0,56	2,77	0,47	2,84	0,63	2,51	0,65	2,78	0,58
Média		1484	2,71	0,53	2,77	0,46	2,84	0,61	2,50	0,66	2,80	0,58

Tabela 3 - Análise das dimensões do ambiente de trabalho conforme características dos participantes.

Apesar de um ambiente favorável para a prática profissional de enfermagem observado nas instituições avaliadas, observam-se diferenças significativas ($p < 0,001$) entre a percepção de enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem as dimensões: capacidade do enfermeiro gestor, liderança e apoio dos enfermeiros (*i*), adequação de pessoal e recursos (*ii*), e relações positivas entre equipe de enfermagem e médicos (*iii*). Observam-se médias mais favoráveis em todas as dimensões para o grupo de enfermeiros, com exceção da dimensão relativa ao relacionamento com os profissionais médicos, cuja percepção mais positiva é presente no grupo de técnicos ou auxiliares de enfermagem. Na figura 1 observam-se estas comparações das dimensões da PES/NWI pela categoria profissional.

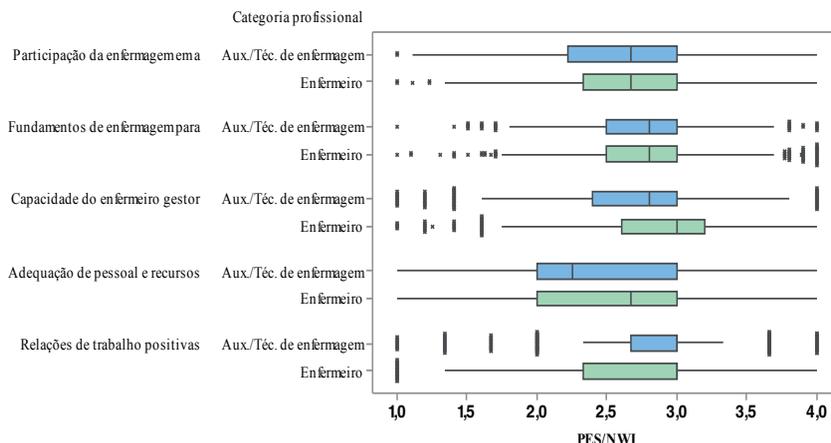


Gráfico 1 – Análise das dimensões da PES/NWI de acordo com a categoria profissional.

Aplicação do Inventário de Maslach Burnout (MBI)

As dimensões da pesquisa MBI foram representadas em níveis de risco baixo, médio e alto, como exposto na Tabela 3. Nela, nota-se que 17,9% dos profissionais estavam em alto risco para exaustão emocional e despersonalização. Já na terceira dimensão, a baixa realização profissional, foi de 69,1%.

São encontrados melhores resultados relativos à exaustão emocional, despersonalização e realização profissional nos colaboradores com menos de exaustão 1 ano de experiência na profissão, ou com menos de um ano na instituição.

Da mesma forma, os resultados para as três dimensões de Burnout apresentam maior nível de risco para profissionais com formação complementar. Com relação à emocional, está presente em maior nível de risco para equipes administrativas, assim como a baixa realização profissional. Para o nível de gestão foram encontrados os menores índices de risco de Burnout nas três dimensões.

Observam-se, conforme o gráfico 2, maiores proporções ($p < 0,001$) de risco elevado para exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional no grupo de profissionais enfermeiros.

Variáveis	Categoria profissional	Nº	Exaustão emocional				Despersonalização				Realização Profissional									
			B	% B	M	% M	A	% A	B	% B	M	% M	A	% A	B	% B	M	% M	A	% A
Categoria profissional	Enfermeiro	1011	195	19,29	608	60,14	208	20,57	129	12,76	638	63,11	244	24,13	799	79,03	172	17,01	40	3,96
	Tec./Aux. de enfermagem	473	238	50,32	178	37,63	57	12,05	247	52,22	204	43,13	22	4,65	227	47,99	199	42,07	47	9,94
Tempo de formação	< 1	100	46	46,00	45	45,00	9	9,00	41	41,00	49	49,00	10	10,00	53	53,00	35	35,00	12	12,00
	≥ 1 e < 3	363	93	25,62	199	54,82	71	19,56	70	19,28	209	57,58	84	23,14	271	74,66	74	20,39	18	4,96
	≥ 3 e < 5	291	65	22,34	174	59,79	52	17,87	65	22,34	164	56,36	62	21,31	221	75,95	64	21,99	6	2,06
	≥ 5	730	229	31,37	368	50,41	133	18,22	200	27,40	420	57,53	110	15,07	481	65,89	198	27,12	51	6,99
Tempo no cargo atual	< 1	514	182	35,41	257	50,00	75	14,59	141	27,43	290	56,42	83	16,15	352	68,48	139	27,04	23	4,47
	≥ 1 e < 3	620	136	21,94	360	58,06	124	20,00	103	16,61	380	61,29	137	22,10	487	78,55	110	17,74	23	3,71
	≥ 3 e < 5	114	39	34,21	54	47,37	21	18,42	42	36,84	57	50,00	15	13,16	64	56,14	45	39,47	5	4,39
	≥ 5	236	76	32,20	115	48,73	45	19,07	90	38,14	115	48,73	31	13,14	123	52,12	77	32,63	36	15,25
Formação complementar	Sim	963	180	18,69	581	60,33	202	20,98	114	11,84	612	63,55	237	24,61	775	80,48	153	15,89	35	3,63
	Não	521	253	48,56	205	39,35	63	12,09	262	50,29	230	44,15	29	5,57	251	48,18	218	41,84	52	9,98
Cargo	Administrativo	45	8	17,78	28	62,22	9	20,00	4	8,89	33	73,33	8	17,78	42	93,33	3	6,67	0	0,00
	Assistencial	1401	412	29,41	740	52,82	249	17,77	358	25,55	788	56,25	255	18,20	974	69,52	346	24,70	81	5,78
	Gestão	38	13	34,21	18	47,37	7	18,42	14	36,84	21	55,26	3	7,89	10	26,32	22	57,89	6	15,79
	Apoio diagnóstico	23	11	47,83	10	43,48	2	8,70	13	56,52	10	43,48	0	0,00	5	21,74	14	60,87	4	17,39
	Interação Clínica/ Cirúrgica	463	145	31,32	242	52,27	76	16,41	135	29,16	256	55,29	72	15,55	317	68,47	110	23,76	36	7,78
	Terapia Intensiva Adulto	187	97	51,87	70	37,43	20	10,70	88	47,06	88	47,06	11	5,88	76	40,64	90	48,13	21	11,23
	Administrativa	75	13	17,33	45	60,00	17	22,67	9	12,00	55	73,33	11	14,67	64	85,33	10	13,33	1	1,33
Área de trabalho	Atendimento de Urgência e Emergência	431	79	18,33	245	56,84	107	24,83	49	11,37	252	58,47	130	30,16	351	81,44	69	16,01	11	2,55

	Bloco cirúrgico	225	67	29,78	123	54,67	35	15,56	62	27,56	131	58,22	32	14,22	155	68,89	59	26,22	11	4,89
	Atendimento ambulatorial	50	19	38,00	27	54,00	4	8,00	20	40,00	25	50,00	5	10,00	31	62,00	17	34,00	2	4,00
	Terapia Intensiva Pediátrica / Neonatal	30	2	6,67	24	80,00	4	13,33	0	0,00	25	83,33	5	16,67	27	90,00	2	6,67	1	3,33
Turno de trabalho	Administrativo	63	15	23,81	35	55,56	13	20,63	20	31,75	36	57,14	7	11,11	36	57,14	22	34,92	5	7,94
	Matutino	645	182	28,22	338	52,40	125	19,38	162	25,12	371	57,52	112	17,36	469	72,71	147	22,79	29	4,50
	Noturno	676	193	28,55	367	54,29	116	17,16	154	22,78	385	56,95	137	20,27	474	70,12	159	23,52	43	6,36
	Vespertino	100	43	43,00	46	46,00	11	11,00	40	40,00	50	50,00	10	10,00	47	47,00	43	43,00	10	10,00
Outro vínculo	Não	987	284	28,77	532	53,90	171	17,33	266	26,95	562	56,94	159	16,11	682	69,10	244	24,72	61	6,18
	Sim	497	149	29,98	254	51,11	94	18,91	110	22,13	280	56,34	107	21,53	344	69,22	127	25,55	26	5,23
	Total	1484	433	29,18	786	52,96	265	17,86	376	25,34	842	56,74	266	17,92	1026	69,14	371	25,00	87,00	5,86

B: baixo, M: médio. A: alto.

Tabela 4 - Análise das dimensões de Burnout (MBI) conforme características dos participantes.

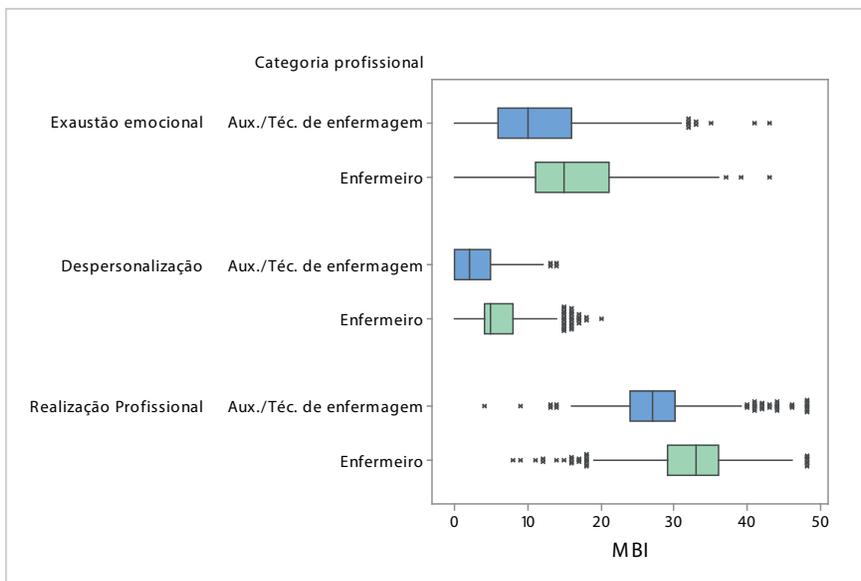


Gráfico 2 – Análise das dimensões da MBI de acordo com a categoria profissional.

Análise comparativa da PES/NWI e Inventário de Maslash Burnout (MBI)

A partir da tabela 5 observam-se as comparações da exaustão emocional, despersonalização e realização profissional com as médias para o questionário PES-NWI, respectivamente. Notam-se efeitos de exaustão emocional e realização profissional relacionados à *burnout* para todas as dimensões ambiente de trabalho (PES-NWI). Não houve correlação entre a despersonalização e a pesquisa de ambiente de trabalho.

	Exaustão emocional			Despersonalização			Realização profissional		
	β	ΔR^2	p value	β	ΔR^2	p value	β	ΔR^2	p value
Participação da enfermagem em assuntos hospitalares	-0,195	0,015	<0,001	0,026	0,015	0,08	0,1088	0,012	<0,001
Fundamentos de enfermagem para a qualidade do atendimento	-0,154	0,013	<0,001	0,012	0,013	0,369	0,096	0,011	<0,001
Capacidade do enfermeiro gestor, liderança e apoio dos enfermeiros	-0,165	0,017	<0,001	0,031	0,017	0,076	0,163	0,015	<0,001
Adequação de pessoal e recursos	-0,223	0,018	<0,001	-0,043	0,018	0,018	0,200	0,015	<0,001
Relações de trabalho positivas entre enfermeiros e médicos	-0,202	0,016	<0,001	0,007	0,017	0,666	0,048	0,014	0,001

β - Standardized coefficient,

Tabela 5 - Análise das dimensões de Burnout (MBI) conforme dimensões da avaliação de ambiente (PES-NWI).

DISCUSSÃO

Observou-se neste estudo grande participação de enfermeiros em instituições em diferentes contextos ou níveis de complexidade. Além do grande número de participantes, observam-se algumas características desta pesquisa: turno noturno com grande envolvimento e a participação de alto número de enfermeiros com formação complementar.

A alta frequência de enfermeiros especialistas, no entanto não determina no uso adequado do recurso, discutindo-se a presença do enfermeiro especialista não apenas como parte da composição das organizações, mas atuante na sua área de formação. Neste sentido, a importância de se explorar a capacidade dos enfermeiros no reconhecimento de fatores que interferem diretamente na falha ou falta de cuidados de enfermagem, bem como a capacidade deste profissional na resolução de problemas. Relata-se o trabalho conjunto, com alta motivação em grupo e identidade entre os profissionais pode levar à uma maior responsabilização profissional visando à eficácia coletiva, minimizando cuidados perdidos ou omitidos na prática clínica¹⁵.

Pesquisas qualitativas documentaram a associação das expectativas compartilhadas do grupo de trabalho com a forma como os enfermeiros percebem a priorização dos cuidados necessários^{16, 17}; no entanto, nenhum estudo quantitativo explorou como o ambiente de trabalho do enfermeiro e a eficácia coletiva estão associadas à falta de cuidados de enfermagem. Cabe assim ao enfermeiro, a orientação para o melhor uso do recurso, exigindo-se deste profissional alta capacidade para resolução de problemas e organização do trabalho.

De modo geral, observou-se por este estudo, moderado risco para burnout, frequente principalmente em enfermeiros. Comparado com estudos internacionais, observam-se maiores índices de risco no estudo atual, cabendo-nos a reflexão sobre o contexto a qual os estudos foram aplicados, antes do período pandêmico^{2, 9, 10, 12, 18, 19, 20}.

Apesar do risco frequente para *burnout*, o ambiente da prática foi percebido como positivo para a maior parte dos participantes, por meio do uso do questionário PES-NWI. Este questionário tem sido utilizado de forma válida e considerado de fácil utilização por pesquisadores e gestores para descrever ou comparar modelos da prática assistencial, orientando e avaliando intervenções sobre o ambiente da prática profissional. No entanto, observa-se a necessidade de avaliações adicionais sobre a autonomia e empoderamento do enfermeiro relativo à práticas de seu domínio de atuação, desenvolvimento profissional, relações de apoio entre pares, bem como sua expertise para atuação. Estas questões interferem diretamente na efetividade operacional das organizações, bem como nos desfechos clínicos dos pacientes^{1, 21}.

Pesquisas anteriores^{4, 5, 6, 8, 21, 22} demonstram que aprimorar o ambiente da prática profissional da enfermagem é uma das estratégias para a promoção da satisfação no trabalho, sendo esta uma relação mais forte do que a comparação com características pessoais, tais como idade, experiência e tempo de atuação na instituição^{22, 23}.

Neste sentido, o processo de comunicação é uma estratégia reconhecida a muito tempo para melhoria da satisfação no trabalho²⁴. Destaca-se a comunicação entre a equipe de enfermagem e demais profissionais como um ponto amplamente estudado como fator de grande interferência no ambiente da prática profissional^{22,25}.

Ressaltamos assim, os achados neste estudo com relação à comunicação entre médicos e equipe de enfermagem, percebidos de forma diferente para enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem, com impactos negativos para o primeiro grupo. Não somente retrata-se a comunicação como significativa no relacionamento com a prática profissional, mas o modelo de comunicação empregado, principalmente no que se refere a sua assertividade ou sua dominância, ou respeito profissional²⁶.

A percepção do ambiente de trabalho também refletiu percepções diferentes entre as categorias profissionais de auxiliares ou técnicos de enfermagem comparado com o grupo de enfermeiros no que se refere à disponibilidade de recursos. Estes achados demonstram a importância cada vez maior do papel dos gestores na redução de possíveis estressores, proporcionar aos enfermeiros oportunidades de participar das discussões relacionadas à disponibilidade de recursos humanos e materiais suficientes para o trabalho da enfermagem¹⁹, construindo um sistema de gestão eficaz, por meio reconhecimento precoce e tomada de ação ativa da liderança em enfermagem.

CONCLUSÃO

O ambiente de trabalho tem impactos importantes no bem-estar do profissional e, quando se apresenta desfavorável, pode desencadear processos importantes de estresse que, se não forem adequadamente gerenciados, resultarão em esgotamento. De acordo com os resultados encontrados, e extensas pesquisas na área, são desafios atuais pesquisas que abordem quais são os fatores que apoiam o ambiente da prática profissional para o alcance de resultados mais favoráveis. Apontamos assim a necessidade de estudos voltados às lideranças de enfermagem, afim de fortalecer o diagnóstico e compreensão dos fatores que possam contribuir com o trabalho da enfermagem, bem como apoiar a qualidade e segurança do paciente. É apropriado explorar como a capacidade dos enfermeiros para resolver problemas influencia a falta de cuidados de enfermagem.

A pesquisa foi aplicada em um momento com impactos de ordem social, psíquica e de destacada alteração da prática cotidiana em função da pandemia da covid-19, o que reflete a necessidade de discutir mais amplamente os impactos no ambiente de trabalho e suas consequências para os profissionais da enfermagem.

É essencial assim, a compreensão, frente a uma crise epidemiológica, sobre a importância do protagonismo da enfermagem, não apenas para um maior reconhecimento da categoria, mas para posicionar sua importância no âmbito da gestão dos serviços de saúde. A sustentabilidade estratégica das instituições perpassa diretamente pelo olhar

sobre este grupo, que está à frente do cuidado nas 24 horas de atenção ao paciente e representa grande parte dos profissionais das instituições de saúde brasileiras.

A construção de um modelo da prática de enfermagem pautado na coordenação da equipe interdisciplinar, na medicina baseada em valor, no cuidado centrado nas necessidades do paciente e na melhoria da qualidade (e não na tarefa) apoiará um ambiente de trabalho favorável à prática profissional.

Embora seja um desafio, o redesenho do modelo assistencial e o reposicionamento do serviço de enfermagem exigem considerações à respeito da construção de um ambiente de trabalho favorável à implementação das práticas de enfermagem, como fator aliado para a transformação de uma assistência que agregue valor ao paciente.

Inúmeras são as características do ambiente de trabalho que interferem negativamente no cenário atual do trabalho da enfermagem no Brasil, tais como: déficits no quadro de pessoal por altos índices de rotatividade e absenteísmo; duplo emprego; alta carga de trabalho; presença de riscos ocupacionais; elevada carga mental e sofrimento pela morte de pacientes com o constante aumento da complexidade de tarefas e do ambiente; esquema de trabalho em turnos; violência ocupacional; longas jornadas de trabalho; e, ainda, falta de reconhecimento profissional. Somem-se também a escassez de equipamentos de proteção individuais e a falta de profissionais no mercado.

Todo esse nível de desgaste emocional dos profissionais de enfermagem traz uma preocupação cada dia maior com o adoecimento mental dos trabalhadores, com o frequente aparecimento do medo, da insegurança, da ansiedade, do temor de contaminação e de novas formas de trabalho, levando ao aumento da probabilidade a erros na assistência.

O atual cenário reitera a necessidade de dividir com os profissionais as definições sobre a disponibilidade dos recursos e de haver assertividade das lideranças na definição das entregas da equipe voltadas à qualidade e à segurança no cuidado. O reconhecimento e o desenvolvimento profissional são medidas essenciais para envolver os profissionais nessas entregas.

Após a realização da pesquisa, propõe-se ações voltadas à melhoria do ambiente de trabalho, além da compreender o alcance das medidas implementadas para a minimização dos riscos de esgotamento profissional no ambiente de trabalho e, conseqüentemente, em prol da valorização profissional da enfermagem e de maior bem-estar físico, psíquico e social para a equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Lake, ET (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176–188. doi:10.1002/nur.10032
2. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, & Silber, JH. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.

3. Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, 45, 1195-1204.
4. Kirwan M, Matthews A, Scott PA. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 253-263. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020
5. Mathias JM. (2016). Nursing work environment linked to better surgical value. *OR Manager*, 32(3), 5.
6. Wei H, Sewell KA, Woody G, Rose MA. (2018). The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 287–300. doi:10.1016/j.ijnss.2018.04.010
7. Zangaro GA, Jones K. (2019). Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: A Reliability Generalization Meta-Analysis. *Western Journal of Nursing Research*, 019394591882377. doi:10.1177/0193945918823779
8. Van Bogaert P., Van Heusden D, Timmermans O, Franck E. Nurse work engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care: Model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. *Front. Psychol.* 2014;5:1261. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01261.
9. Ruviaro M., Bardagi M. (2010). Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais de área de enfermagem do interior do rs. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 33, ago/dez. 2010. Parágrafos 1-10 e 16-19.
10. Carvalho CMS. (2011). Síndrome de burnout e suas consequências nos profissionais de enfermagem. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 9, n. 1, p. 200-210, jan/jul. 2011. Parágrafos 2–4.
11. Carlotto M. (2011). Fatores de risco da síndrome de burnout em técnicos de enfermagem. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, jul/dez. 2011. parágrafos 2-3, 5-6.
12. Silva JLL, Dias AD, Teixeira LR. (2012). Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. *Aquichan*, vol. 12, núm. 2, agosto, 2012, pp. 144-159. Universidad de La Sabana. Cundinamarca, Colombi
13. Roch G., Dubois CA., Clarke SP. Organizational climate and hospital nurses' caring practices: A mixed-methods study. *Res Nurs Health*. 2014;37(3):229–40. doi: 10.1002/nur.21596
14. Hanrahan, NP, Aiken, LH, McClaine, L., Hanlon, AL. (2010). Relationship between psychiatric nurse work environments and nurse burnout in acute care general hospitals. *Issues in mental health nursing*, 31(3), 198-207.
15. Kramer M., Schmalenberg C. (2008). Confirmation of a healthy work environment. *Critical Care Nurse*, 28(2), 56-63.
16. Silva, RPL. (2018). Ambiente de prática profissional, carga de trabalho e omissão de cuidados de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2018 [citado 2021-10-01]. doi:10.11606/D.22.2019.tde-18032019-191531.

17. Campos JADB, Jordani PC, Zucoloto ML, Bonafé FSS, Maroco J. Burnout syndrome among dental students. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2012 [cited 2021 Feb. 28]; 15(1): 155-165. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100014>.
18. Smith JG., Morin, KH, Lake, ET. (2018). Association of the nurse work environment with nurse incivility in hospitals. *Journal of nursing management*, 26(2), 219-226.
19. Chan EA., Jones A., Wong K. (2013). The relationships between communication, care and time are intertwined: a narrative inquiry exploring the impact of time on registered nurses' work. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 2020-2029.
20. Wang S., Liu Y., Wang L. (2015). Nurse burnout: personal and environmental factors as predictors. *International journal of nursing practice*, 21(1), 78-86. Kilfedder; 2001
21. Lake ET. (2007). The Nursing Practice Environment. *Medical Care Research and Review*, 64(2_ suppl), 104S–122S. doi:10.1177/1077558707299253
22. Manojlovich, M. (2005). Linking the Practice Environment to Nurses' Job Satisfaction Through Nurse-Physician Communication. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 367–373. doi:10.1111/j.1547-5069.2005.00063.x
23. Irvine DM, Evans MG. (1995). Job satisfaction and turnover among nurses: Integrating research findings across studies. *Nursing Research*, 44(4), 246–253.
24. Blegen MA. (1993). Nurses job satisfaction: A meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42(1), 36–41.
25. Sengin K.K. (2003). AONE leadership perspectives: Work related attributes of RN job satisfaction in acute care hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 33(6), 317–320.
26. Coeling H., Cukr, PL. (2000). Communication styles that promote perceptions of collaboration, quality, and nurse satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 14(2), 63–74.

ESTRATÉGIAS DE RECEPÇÃO DE NOVOS RESIDENTES DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID NO RIO DE JANEIRO

Data de aceite: 01/02/2024

Patricia Salles Matos

Welida C Vasconcelos

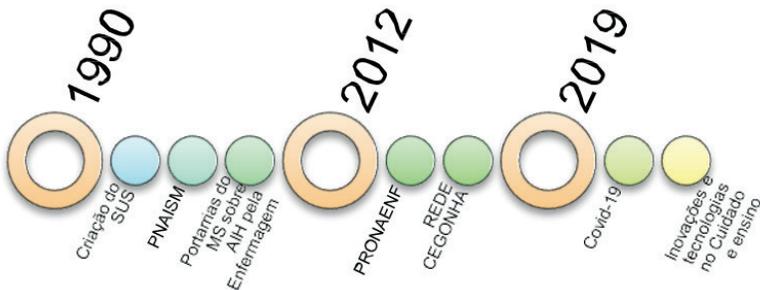
Miriã de Oliveira Pereira

Geilsa Soraia C Valente

Elaine Antunes Cortes

Claudia Maria Messias

MOTIVAÇÃO



JUSTIFICATIVA

Tanto o atendimento como o ensino em saúde precisaram de ajustes e inovações.

Nas universidades, parte das atividades de estágio foram suspensas ou limitadas pela circulação de pessoas nas medidas de isolamento.

Menos oportunidades de estágio e de contato direto com a clientela para os graduandos, e com isso menos experiências. Aprovados na especialização nos moldes de residência com a pandemia em curso necessitavam de atenção diferenciada de seus tutores e preceptores.

OBJETIVO

Relatar as estratégias da preceptoria da Residência em Enfermagem obstétrica em uma maternidade pública municipal do Rio de Janeiro, para aprimorar o ensino de residentes aprovados em 2021.

METODOS E TÉCNICAS

Estudo qualitativo, descritivo, tipo relato de experiência, realizado no Centro de Estudos de uma maternidade referência no atendimento de gestantes, no período de março a dezembro de 2021.

ESTRATÉGIA PARA APRENDIZAGEM ATIVA

A roda de conversa, sala de aula invertida, simulação realística com manequins e aprendizagem baseada em problemas.

As atividades eram realizadas às quartas-feiras, integrando residentes do primeiro e segundo ano. O planejamento visava cobrir em curto prazo, as necessidades práticas da formação geral de Enfermagem esperadas na graduação e já associá-las as necessidades da especialidade.

RESULTADOS

A estratégia de planejamento com toda a equipe de preceptores foi analisada como proveitosa pelo grupo discente, que sentiu-se acolhido nas suas fragilidades e estimulado a avançar nos conhecimentos teóricos e na habilidade prática. As avaliações de evolução no que tange conhecimento, habilidades e atitudes mostraram êxito na estratégia aplicada.

CONCLUSÃO

- Atividade de ensino alcançou o objetivo proposto,
- Integrou a equipe da maternidade,
- Ampliou o perfil educador da unidade,
- Favoreceu o acolhimento e o preparo dos profissionais em formação para o atendimento efetivo, mesmo no cenário imposto pela pandemia na maternidade.

REFERÊNCIAS

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Portaria Conjunta nº 5, de 31 de outubro de 2012. Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). Brasília; 2012 [acesso em 6 fev 2021] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2012/prt0005_31_10_2012.html.

Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020;579:270–273. doi: 10.1038/s41586-020-2012-7. - DOI - PMC - PubMed

Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

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.

A

Amamentação 16, 23, 25, 26, 27, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104
Ansiedade 68, 95, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 186
Assistência da enfermagem 30, 54, 63, 151
Atenção primária a saúde 130
Atividade física 24, 117, 118, 119, 120, 121, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 146
Autocuidado 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 78, 111, 134, 147, 156

B

Burnout 171, 172, 173, 174, 180, 183, 184, 186, 187, 188

C

Conduta do enfermeiro 1, 2, 4, 10
Consulta 20, 22, 25, 29, 36, 79, 80, 82, 83, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 138, 139, 142, 145
Covid-19 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 172, 185
Cuidado pré-natal 75, 77
Cuidados de enfermagem 14, 17, 22, 29, 55, 64, 74, 112, 114, 116, 143, 152, 161, 167, 168, 169, 184, 185, 187

D

Desafios 44, 50, 62, 63, 67, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 116, 127, 132, 137, 144, 152, 156, 166, 168, 169, 170, 185
Direito das mulheres 1, 2, 10, 33

E

Enfermagem 1, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 37, 38, 39, 45, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 70, 72, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 94, 102, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 123, 124, 130, 133, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 190, 191, 192
Envelhecimento saudável 130, 131, 132, 133, 135, 136, 139, 141, 142, 144, 145, 146, 148, 149
Esgotamento 171, 172, 173, 185, 186

Estresse 46, 58, 59, 60, 100, 105, 111, 172, 173, 185

G

Gestão de pessoas 172

Gravidez 8, 31, 33, 37, 66, 69, 75, 77, 79, 83

H

Humanizado 2, 7, 8, 9, 10, 25, 30, 33, 37, 38, 51, 68, 74, 80, 81, 85, 152, 156

I

Idoso 116, 117, 118, 120, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 131, 132, 133, 134, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 150

L

Lactantes 95, 96

M

Mulher 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 28, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 43, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 85, 86, 96, 98, 147

Música 41, 42, 43

O

Obstetrícia 22, 30, 37

P

Paciente internado 151, 153, 156, 157, 158

Parto 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 46, 59, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 95, 98, 99

Parto obstetra 30

Parturição 2, 4, 5, 25, 74

Período pós-parto 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 28

Pesquisa de clima organizacional 172

Prematuridade 45, 49, 51, 56, 57, 60

Prisões 75, 77, 78

Puerpério 8, 10, 14, 15, 20, 22, 25, 26, 29, 31, 33, 35, 67, 68, 69, 70, 73, 85

R

Recém-nascido pré-termo 45, 49, 50, 56, 62, 63

Reflexão 41, 42, 43, 49, 83, 159, 184

Reprodução feminina 42, 43

S

Saúde 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 123, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 167, 170, 171, 172, 173, 174, 185, 186, 187, 189, 191, 192

Saúde comunitária 130

Saúde da mulher 36, 63, 75, 77, 85, 147

Saúde mental 3, 68, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 119, 127

Segurança na internação 151

Sintomas 96, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115

Subnotificação dos profissionais 1, 2, 10

V

Violência 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 186

Violência no parto 2

Violência obstétrica 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74

VO Enfermagem 30

Enfermagem na linha de frente:

EXPERIÊNCIAS E LIÇÕES APRENDIDAS



-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Enfermagem na linha de frente:

EXPERIÊNCIAS E LIÇÕES APRENDIDAS



-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br