E-BOOK

AMPLAMENTE
ESPECIALIDADES E DEMANDAS EM SAÚDE

Organizadores
Dayana Lúcia Rodrigues de Freitas
Luciano Luan Gomes Paiva
Caroline Rodrigues de Freitas Fernandes

AmplaMente Cursos
EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA

E-BOOK
AMPLAMENTE:
ESPECIALIDADES E DEMANDAS EM SAÚDE

1ª EDIÇÃO. VOLUME 01.

EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA

ORGANIZADORES

Dayana Lúcia Rodrigues de Freitas
Luciano Luan Gomes Paiva
Caroline Rodrigues de Freitas Fernandes

DOI: 10.47538/AC-2020.13

ISBN: 978-65-992789-2-1

9 786599 278921

EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA

Ano 2020

E-BOOK
AMPLAMENTE:
ESPECIALIDADES E DEMANDAS EM SAÚDE
1ª EDIÇÃO. VOLUME 01.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Amplamente [livro eletrônico] : especialidades e demandas em saúde / organização Dayana Lúcia Rodrigues de Freitas , Luciano Luan Gomes Paiva , Caroline Rodrigues de Freitas Fernandes. -- 1. ed. -- Natal, RN : Amplamente Cursos e Formação Continuada, 2020.
PDF

ISBN 978-65-992789-2-1

1. Inovação tecnológica 2. Pesquisa 3. Saúde I. Freitas, Dayana Lúcia Rodrigues de. II. Paiva, Luciano Luan Gomes. III. Fernandes, Caroline Rodrigues de Freitas.

20-48734 CDD-362.1072

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde : Administração : Pesquisa de campo : Bem-estar social 362.1072

Aline Graziele Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Amplamente Cursos e Formação Continuada
CNPJ: 35.719.570/0001-10
E-mail: publicacoes@editoraamplamente.com.br
www.amplamentecursos.com
Telefone: (84) 999707-2900
Caixa Postal: 3402
CEP: 59082-971
Natal- Rio Grande do Norte - Brasil

AmplaMente Cursos
EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA
Ano 2020

Editora Chefe:
Dayana Lúcia Rodrigues de Freitas

Assistentes Editoriais:
Caroline Rodrigues de F. Fernandes
Maria Pollyana Sales Vicente
Margarete Freitas Baptista

Bibliotecária:
Aline Graziele Benitez

Projeto Gráfico e Diagramação:
Luciano Luan Gomes Paiva
Caroline Rodrigues de F. Fernandes

Imagem da Capa:
Shutterstock
Edição de Arte:
Luciano Luan Gomes Paiva
Revisão:
Os autores

2020 *by* Amplamente Cursos e Formação Continuada
Copyright © Amplamente Cursos e Formação Continuada
Copyright do Texto © 2020 Os autores
Copyright da Edição © 2020 Amplamente Cursos e Formação Continuada
Direitos para esta edição cedidos pelos autores à Amplamente Cursos e Formação Continuada.

Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de atribuição Creative Commons. Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional (CC-BY-NC-ND).

Este e-book contém textos escritos por autores de diversos lugares do Brasil e, possivelmente, de fora do país. Todo o conteúdo escrito nos capítulos, assim como correção e confiabilidade são de inteira responsabilidade dos autores, inclusive podem não representar a posição oficial da Editora Amplamente Cursos.

A Editora Amplamente Cursos é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação. Todos os artigos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

É permitido o download desta 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.

Situações de má conduta ética e acadêmica ou quaisquer outros problemas que possam vir a surgir serão encaminhados ao Conselho Editorial para avaliação sob o rigor científico e ético.

AmplaMente Cursos
EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA
Ano 2020

CONSELHO EDITORIAL

Dr. Damião Carlos Freires de Azevedo

Dra. Danyelle Andrade Mota

Dra. Débora Cristina Modesto Barbosa

Dra. Elane da Silva Barbosa

Dra. Eliana Campêlo Lago

Dr. Everaldo Nery de Andrade

Dr. Jakson dos Santos Ribeiro

Dra. Josefa Gomes Neta

Dra. Maria Inês Branquinho da Costa Neves

Dr. Maykon dos Santos Marinho

Dr. Rafael Leal da Silva

Dra. Ralydiana Joyce Formiga Moura

Dra. Roberta Lopes Augustin

Dra. Viviane Cristhyne Bini Conte

Dr. Wanderley Azevedo de Brito

CONSELHO TÉCNICO CIENTÍFICO

Ma. Ana Claudia Silva Lima

Esp. Bruna Coutinho Silva

Ma. Camila de Freitas Moraes

Me. Carlos Eduardo Krüger

Esp. Caroline Rodrigues de Freitas Fernandes

Me. Clécio Danilo Dias da Silva

Me. Fabiano Eloy Atílio Batista

Ma. Heidy Cristina Boaventura Siqueira

Me. Jaiurte Gomes Martins da Silva

Me. José Flôr de Medeiros Júnior

Me. Josicleide de Oliveira Freire

AmplaMente Cursos
EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA
Ano 2020

Me. João Antônio de Sousa Lira

Me. Lucas Peres Guimarães

Me. Luma Myrele Brandão

Me. Marcel Alcleante Alexandre de Sousa

Me. Márcio Bonini Notari

Me. Maria Antônia Ramos Costa

Me. Milson dos Santos Barbosa

Ma. Náyra de Oliveira Frederico Pinto

Ma. Rosiane Correa Guimarães

Me. Viviane Cordeiro de Queiroz

AmplaMente Cursos
EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA
Ano 2020

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores desta obra declaram que trabalharam ativamente na produção dos seus trabalhos, desde o planejamento, organização, criação de plano de pesquisa, revisão de literatura, caracterização metodológica, até mesmo na construção dos dados, interpretações, análises, reflexões e conclusões. Assim como, atestam que seus artigos não possuem plágio acadêmico, nem tampouco dados e resultados fraudulentos. Os autores também declaram que não possuem interesse comercial com a publicação do artigo, objetivando apenas a divulgação científica por meio de coletâneas em temáticas específicas.

APRESENTAÇÃO

O E-book Amplamente: especialidades e demandas em Saúde, consiste em uma coletânea de artigos científicos, oriundos de fundamentos e experiências médicas, com diversos objetivos, e de várias localidades pelo Brasil. Os textos foram escritos por profissionais especialistas, que estudaram suas demandas e compartilharam, neste e-book, vivências no campo da Saúde, mas, principalmente, resultados de pesquisas envolvendo suas especialidades.

No âmbito da pesquisa, a complexidade das Ciências Médicas está cada vez mais nítida, sobretudo pelo avanço e desenvolvimento de tecnologias que, cada vez mais, mostram a diversidade de especialidades e demandas em Saúde. O compartilhamento de casos e experiências a partir de relatos, interpretações, análises, avaliações e reflexões estruturam a produção científica deste ramo que é essencial para a vida.

A atuação de forma preventiva, a partir de estudos localizados, é um dos pilares que sustenta o direcionamento para uma vida saudável e ativa, contrapondo a contemporaneidade que, de forma intensa, vem colocando as pessoas em um ritmo acelerado e, consequentemente, gerando prejuízos à saúde. No Brasil, muitas pesquisas vêm sendo feitas para tratar e curar toda uma multiplicidade de problemas de saúde nas pessoas, mas também para desvelar como, de forma preventiva, as pessoas podem viver de forma mais saudável.

Assim sendo, em nome da Amplamente Cursos e Formação Continuada, convido a todas as pessoas para leitura do E-book Amplamente: Especialidade e demandas em Saúde, objetivando conhecer alguns dos principais debates, propostas, perspectivas, apontamentos, análises entre outras questões no campo da pesquisa científica em Saúde. Desejo uma ótima leitura!

Luciano Luan Gomes Paiva

AmplaMente Cursos
EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA
Ano 2020

SUMÁRIO

CAPÍTULO I
A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO 14
Laurinda Alves dos Santos; Maria do Amparo dos Santos Ponciano.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-01

CAPÍTULO II
A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE 29
Rosane Cristina Mendes Gonçalves; Marcos Antonio Silva Batista.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-02

CAPÍTULO III
A IMPORTÂNCIA DA INTRODUÇÃO ALIMENTAR NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL 36
Mariana de Fatima Carneiro Dias Ferreira Gomes da Costa;
Kletiane Fernandes da Silva Moreira; Lidia Raquel Vidal da Silva Furtado;
Luana Cristie Coelho da Silva; Jullia Santos de Souza.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-03

CAPÍTULO IV
A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SUAS PRINCIPAIS CONDIÇÕES DE SAÚDE 51
Luiza Vilela Barreira; Ana Júlia Peres de Carvalho; Sarah Zaghi Borges Reis;
Larissa Yano Souza Martins; Nathalia Espírito Santo Campos;
Pedro Daibert de Navarro.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-04

CAPÍTULO V
A RELAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM A ESCOLHA DO PARTO E POSSÍVEIS INTERVENÇÕES: REVISÃO DE LITERATURA 58
Thawan da Luz Matias; Alana Ribeiro de Araújo; Maria Luiza Almeida dos Santos;
Valeska Cabral da Cruz; Lívia Oliveira Bezerra.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-05

CAPÍTULO VI
A UTILIZAÇÃO DE PRÓTESES 3D EM AMPUTAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR E SUA RELEVÂNCIA PARA TERAPIA DE MÃO..... 69
Girllene Ramalho de Deus; Jaqueline dos Anjos Silva;
Lorena Pinheiro da Conceição Costa; Jorge Lopes Rodrigues Júnior
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-06

CAPÍTULO VII
A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O PAPEL DO PSICÓLOGO..... 80
Pâmella da Silva Aranda; Aldenor Batista da Silva Junior;
Graziela Cristina Jara.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-07

CAPÍTULO VIII
AÇÕES DE ENFERMAGEM EM MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA 93
Marcos Antonio Silva Batista; Rosane Cristina Mendes Gonçalves.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-08

CAPÍTULO IX
ADESÃO ÀS PRÁTICAS DE ATIVIDADES FÍSICAS POR IDOSOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS NO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ 100
Morganna Karolayne Simplício; Shirley Gomes Martins da Silva;
Rariene da Silva Leal Villa Nova.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-09

CAPÍTULO X
ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES MEDICAMENTOSAS, MINIMAMENTE INVASIVAS E CIRÚRGICAS REFERENTE À HIPERPLASIA PROSÁTICA BENIGNA..... 112
Pedro Henrique Sales Almeida; Paulo Eduardo Novelini;
Miguel Pereira Goulart Neto; Isadora Medrado Goulart;
Matheus Alves de Souza; Alisson Beraldo.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-10

CAPÍTULO XI
ANÁLISE DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL DE 2010 A 2017 ACERCA DA AUDITORIA DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DE LITERATURA . 122
Bruna Rodrigues Martins de Jesus
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-11

CAPÍTULO XII
AS IMPLICAÇÕES DA TELEMEDICINA E MEDICINA ROBÓTICA PARA O FUTURO DA ATIVIDADE MÉDICA 135
Natália Inácio Beltramini; Isadora Medrado Goulart; Luana Martins Camilo;
Laila Passerine Rossato; Mariane Zevoli Stabile; Matheus Alves de Souza.
Miguel Pereira Goulart Neto.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-12

CAPÍTULO XIII
ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DOS DENTES HUMANOS NO ENSINO E NA PESQUISA 149
Sueli de Souza Costa; Jader Moreira da Silva;
Izolda Souza Costa; Cláudio Rogério Rocha Junior.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-13

CAPÍTULO XIV
ASSISTÊNCIA PRESTADA À PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO EM HOSPITAL PÚBLICO DE BELÉM, ESTADO DO PARÁ, BRASIL 168
Adriano da Costa Brabo; Allan Carlos da Silva Tiago; Letícia Gomes de Oliveira; André Felipe Assunção; Valdo freire Ribeiro; Helio Lucas Cordeiro Dias; Thifanny Gonçalves de Lira; Enderson Vasconcelos de Lima; Dayane Silva Pires Reis;Dielky Gomes Lopes; Cinthya Francinete Pereira Pires.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-14

CAPÍTULO XV
ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NA SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA ABORDAGEM DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM 186
Bruna Rodrigues Martins de Jesus; Elica Brito dos Santos.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-15

CAPÍTULO XVI
AVALIAÇÃO DO MÉTODO DE PONSETI EM RELAÇÃO AO PÉ TORTO CONGÊNITO 202
Vinícius Lopes Imamura; Matheus Scabini Fernandez; Miguel Pereira Goulart Neto; Isadora Medrado Goulart; Matheus Alves de Souza; Natália Inácio Beltramini; Mariane Zevoli Stabile; Ana Júlia Ferreira da Silva.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-16

CAPÍTULO XVII
CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE GESTANTES E PUÉRPERAS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO 210
Jozicleide Barbosa dos Santos; Viviane Cordeiro de Queiroz; Edna Samara Ribeiro César; Eliane Cristina da Silva Buck; Smalyanna Sgren da Costa Andrade.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-17

CAPÍTULO XVIII
CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR..... 226
Cynthia Cybelle Rodrigues dos Santos; Viviane Cordeiro de Queiroz; Jackson Soares Ferreira; Maria de Lourdes Vieira Lins; Maria Aparecida de Souza Oliveira.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-18

CAPÍTULO XIX
CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL ESCOLA SOBRE A ESCALA DE BRADEN..... 241
Adriana de Lima Cabral; Viviane Cordeiro de Queiroz;
Cynthia Cybelle Rodrigues dos Santos; Alexsandra de Luna Freire Holanda;
Viviane Michele da Silva.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-19

CAPÍTULO XX
EFEITOS DO EXERCÍCIO RESISTIDO E DIETA EM INDIVÍDUOS COM DIABETES TIPO I: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA CURTA 255
Larissa Pereira de Moura; Mara Sebastião da Silva; Nayla Regina da Silva;
Francisco de Morais Silva; Fábio Nascimento da Silva.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-20

CAPÍTULO XXI
EFEITOS DO TREINAMENTO RESISTIDO EM IDOSOS HIPERTENSOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA CURTA..... 265
Francisco de Morais Silva; Kelven Mello da Fonseca
Fábio Nascimento da Silva.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-21

CAPÍTULO XXII
FATORES RELACIONADOS À CESARIANA SEGUNDO ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE TERESINA-PI..... 273
Camila Rocha Martins; Leilyanne De Araújo Mendes Oliveira;
Cristiana Pacífico Oliveira; Mariana Portela Soares Pires Galvão;
Samara Maria Leal de Moura; Graziana Silva Cerqueira;
Ravena Vaz Feitosa Castelo Branco; Maria Lilliene Cardozo Melo;
Janainna Maria Maia; Ulisses dos Santos;
Maryna Ellen Lopes Moura; Késia Carla dos Santos.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-22

CAPÍTULO XXIII
FISIOTERAPIA PÉLVICA NO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL: REVISÃO SISTEMÁTICA 293
Thawan da Luz Matias; Alana Ribeiro de Araújo; Maria Luiza Almeida dos Santos;
Valeska Cabral da Cruz; Lívia Oliveira Bezerra.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-23

CAPÍTULO XXIV
MORTALIDADE NEONATAL POR SEPTICEMIA BACTERIANA E SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO NO NORDESTE DO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2008 a 2018..... 303
Rayana Laryssa Dias Eloia; Antonio Rafael da Silva;
Bárbara Elvira Meneses de Brito Nunes; Daniela Ferreira Marques;
Taisa Freire Mororó de Sá.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-24

CAPÍTULO XXV
O ENFRENTAMENTO À COVID-19 NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A OFERTA DE LEITOS DE UTI..... 315
Lucas Manoel da Silva Cabral; Dorival Fagundes Cotrim Júnior;
Carla Cardi Nepomuceno; Daniela Lacerda Santos.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-25

CAPÍTULO XXVI
O PROTAGONISMO DA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO HUMANIZADO EM PRODUÇÃO AUDIOVISUAL..... 335
Smalyanna Sgren da Costa Andrade; Viviane Cordeiro de Queiroz;
Brenda Hellen Santos Carvalho; Bruna Ferreira da Costa;
Victória Beatriz de Lourdes Carvalho Pereira
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-26

CAPÍTULO XXVII
PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... 354
Sheilla Luna Barbosa; Joscelina Aparecida Pimenta;
Rariene da Silva Leal Villa Nova.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-27

CAPÍTULO XXVIII
PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS À IMPLANTE DE MARCAPASSO EM UM HOSPITAL NA CIDADE DE JOÃO PESSOA..... 369
Janete da Silva Nunes; Viviane Cordeiro de Queiroz;
Maria Sueli de Menezes ; Viviane Michele da Silva;
Alexsandra de Luna Freire Holanda.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-28

CAPÍTULO XXIX
PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS ESPECIALISTAS E MÉDICOS RESIDENTES..... 385
Willian Zeferino Maffia; Gustavo Zeferino Maffia;
Thales Advíncula Barbosa Oliveira; Isabele Gomides Ribeiro;
Bruna Rocha Soares Almeida.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-29

CAPÍTULO XXX
PRODUÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO SETOR DE TOCOGINECOLOGIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA 393
Larissa Kelly Cunha Costa; Maise Bessa Marques Santos;
Ingrid Raiza Rodrigues Soares; Conceição do Socorro Damasceno Barros.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-30

CAPÍTULO XXXI
SIMULAÇÃO REALÍSTICA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA FORMAÇÃO DE FARMACÊUTICOS 404
Rosângela da Silva Costa; Andréia dos Santos Leal;
Ideane Monteiro de Oliveira; Rubenilson Corrêa do Nascimento.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-31

CAPÍTULO XXXII
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: APLICABILIDADE NA PRÁTICA ASSISTENCIAL SEGUNDO MODELO DE WANDA HORTA 421
Leilyanne De Araújo Mendes Oliveira; Cristiana Pacífico Oliveira;
Lilianne Araújo Mendes Oliveira Alvarenga; Mariana Portela Soares Pires Galvão;
Ulisses dos Santos; Janainna Maria Maia;Graziana Silva Cerqueira;
Maryna Ellen Lopes Moura; Késia Carla dos Santos.
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-32

SOBRE OS ORGANIZADORES 437

SOBRE OS AUTORES 439

INDICE REMISSIVO 451

CAPÍTULO I

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO

Laurinda Alves dos Santos[1]; Maria do Amparo dos Santos Ponciano[2].

DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-01

RESUMO:
A idéia de parto humanizado é fazer com que a ação da mãe em dar à luz ao filho, que é visto como um momento de medo e tensão siga a ordem natural desse milagre que é a vida, obedecendo as necessidades especificas de cada mulher, onde a enfermagem e outros profissionais de saúde interfiram o mínimo possível no processo de nascimento da criança. Objetivo: analisar o papel da enfermagem frente a assistência prestada ás mulheres no parto humanizado. Método: revisão bibliográfica realizada nas bases de dados Lilacs e Scielo, onde foram encontrados 250 artigos, mas, apenas, doze atenderam os critérios inclusivos. Resultado: a enfermagem está preparada para dar a assistência a parturiente, fortalecendo vínculos e estrutura emocional nesse processo. Conclusão: a humanização no parto engloba diversos aspectos como a integralidade da assistência. É importante que o enfermeiro obstetra faça uso de estratégias que favorecem o conforto e a autonomia da mulher na hora do parto.
PALAVRAS-CHAVE: Assistência de Enfermagem. Parto Humanizado. Parto Normal. Autonomia. Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A gestação é uma fase de grande importância na vida da mulher na qual corresponde a um período de transformações tantas físicas quanto psicológicas e sentimentos de ansiedade, angustias, aflições e de muitas dúvidas, necessitando de acompanhamento tanto pelos profissionais de saúde quanto dos seus familiares (SILVA, 2013).

O Estudo em questão trata-se de uma preocupação de todo o sistema de saúde no país quanto ao elevado número de taxas de cesarianas, pois o Brasil foi reconhecido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância como uma das mais elevadas do mundo. A proporção de cesarianas supera 90% dos partos, com crescimento constante ao longo dos últimos anos, cerca de 52% nas maternidades públicas e 88% nas privadas. A alta taxa de cesarianas está relacionada por motivo de medo do parto normal e da morte ou por ouvirem experiências frustrantes de outras mulheres e de partos anteriores onde não foram bem

[1] Graduada em Enfermagem, UNINASSAU. E-mail: leninhamjn@gmail
[2] Graduada em Enfermagem, UNINASSAU. E-mail: mariadoamparo.mp@gmail.com

assistidas. As mulheres mencionam o parto normal como doloroso conferindo a cesárea praticidade, agilidade, e isenção de dor e claro por interesses financeiros em relação a equipe de saúde e das instituições (BACHA et al., 2017).

Antigamente as mulheres eram assistidas por parteiras, que através do seu conhecimento do senso comum (não científico), avaliavam todo processo gravídico, reanimavam as mulheres, promoviam assistência mais humanitária com palavras agradáveis e suporte psicológico. Suporte esse, que veio com o passar dos tempos se perdendo devido ao desenvolvimento tecnológico e a praticas cada vez maior de intervenção cirúrgicas desnecessárias, havendo no entanto a desvalorização do parto natural e a relação dos profissionais de saúde com a gestante torna-se usualmente assimétrica, fazendo com que as mulheres se sintam incapacitadas para escolher e fazer valer os seus direitos e desejos diante das questões técnicas levantadas pelos profissionais de saúde. Lembrando que as satisfações das pacientes são indispensáveis tanto para a avaliação na qualidade da assistência como para o próprio desenvolvimento na realização dos serviços de saúde (FERREIRA et al., 2013).

Nesse sentido, as rotinas hospitalares muitas vezes impossibilitam que a parturiente decida sobre as condutas a serem realizadas durante o parto deixando de ser a personagem principal nesse processo. No entanto para ajudar a gestante na preparação do parto, assim como no desenvolvimento do ciclo gravídico para que haja um acompanhamento de qualidade nessa fase, em 2011 foi lançada no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS) a Rede Cegonha (RC), uma estratégia inovadora que visa implementar uma rede de cuidados que assegure as mulheres o direito do planejamento reprodutivo e atenção humanizada á gravidez, ao parto e ao puerpério e as crianças o direito do nascimento e desenvolvimento seguro (MARQUES, 2015).

Com a institucionalização do parto, houve um decréscimo quanto a humanização da assistência e essa temática e bastante abordada na literatura, porém a atuação da equipe de enfermagem nesse processo ainda são pouco descritas. Logo que a humanização vem sendo incentivada pelos órgãos de saúde através das portarias e decretos que regulamentam e visam melhor qualidade da assistência, cabendo a equipe de enfermagem exercer o papel fundamental na implementação do parto humanizado. Apesar das dificuldades encontradas diariamente no exercício da profissão, a enfermagem vem

pouco a pouco conquistando seu espaço dentro da obstetrícia estabelecendo através da sua evolução uma assistência qualificada fundamentada na humanização (ALMEIDA; GAMA; BAHIANA, 2015). A enfermagem está apta para cuidar das parturientes, ressaltando que a preparação profissional tem grande importância e é fundamental para que seja prestado a mulher uma assistência humanizada,de forma holística,fortalecendo assim, vínculos e estrutura emocional,tanto para a mulher quanto para a sua família (CAMPOS et al., 2016).

Resgatar o contato humano de ouvir, acolher e explicar e criar vínculos são quesitos indispensáveis no cuidado e é tão importante quanto ao cuidado físico, na realização de procedimentos e nos métodos terapêuticos para alivio da dor (exercício no períneo, o uso de bola obstétrica, que auxilia na descida e apresentação fetal e relaxamento da parturiente, deambulação, banho de aspersão ou imersão), pois a humanização inicia-se a partir da boa comunicação e relacionamento entre os sujeitos (FERREIRA et al., 2013). O profissional de enfermagem tem a educação em saúde como uma das suas principais atribuições pertinentes a sua profissão. Cabe ao enfermeiro apresentar as vantagens e ajudar as mulheres a compreender melhor sobre o parto normal sem interferências, desmistificando a cultura da cesárea para que descida conscientemente sobre qual método vai escolher. Incentivar o parto normal visa a melhor qualidade na assistência de enfermagem a parturiente e ao recém-nascido, logo que há um benefício do parto normal uma rápida recuperação fisiológica, diminui os riscos de infecção e favorece psicologicamente a interação mãe- bebê (ALMEIDA et al., 2015).

Essa política de humanização em suma, tem a finalidade do acolhimento a parturiente desde a sua entrada na maternidade até a sua saída, cabendo a equipe de enfermagem a responsabilidade de resolução dos problemas mais simples aos mais complexos, assim como a inclusão de enfermeiros obstetras na cena e na realização dos partos de riscos habitual, garantindo a continuidade da assistência se assim for necessário (ALMEIDA et al., 2015).O objetivo principal desse trabalho é analisar o papel da enfermagem frente a assistência prestada as mulheres no parto humanizado. A realização desse trabalho contribuirá no auxílio de futuras pesquisas voltadas para a área, mostrará qual a realidade atual nos CPNs em que a assistência de enfermagem será analisada, quanto a sua qualidade e servirá para mostrar como as instituições estão se adequando ao incentivo do parto humanizado.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, que conforme Mendes, Silveira e Galvão (2008) contribui para uma discussão sobre métodos e resultados de pesquisa. A revisão bibliográfica foi realizada seguindo algumas etapas operacionais que são: estabelecimentos de critérios para inclusão e exclusão de estudos ou busca na literatura, definições das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, interpretações dos resultados, apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

Na elaboração desta revisão,foi realizada uma busca nas bases de dados Scielo (Scientifica Eletronic Liberary Online) e Lilacs (Literatura Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), utilizando os descritores: Assistência de enfermagem, parto humanizado, parto normal extraídos da plataforma DESC, (Descritores em ciências da saúde).

A seleção obedeceu aos seguintes critérios da inclusão, artigos publicados em português e que abordaram a temática referente ao objeto de estudo e publicado com recorte temporal de 2015 a 2018. E como critérios de exclusão, artigos não relacionados ao tema, língua estrangeira e não se inserirem noperíodo estabelecido. Por se tratar de uma revisão bibliográfica, esta pesquisa não foi submetida ao comitê de ética em pesquisa e os autores das publicações encontradas foram devidamente citados, como direito garantido pelo artigo 1º da lei 9610/92 (BRASIL, 1992) e pelo art. 91 da resolução nº 311/ 2007 do código de ética dos profissionais de enfermagem (BRASIL, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 250 artigos e através de uma leitura interpretativa do material encontrado,foram eliminados 150 estudos conforme os critérios de exclusão.32 destes,se enquadraram nos critérios propostos destes 28 foram selecionados para análises e 28 foram eliminados por não serem pertinentes ao tema.Na busca de estudos que atendessem o objetivo proposto desse estudo,pode- se selecionar 12 principais artigos científicos relacionados ao tema que identificavam de modo geral,os resultados propostos por meio dos objetivos. De acordo com a abordagem apresentada todos os artigos,as informações apresentadas originaram as categorias aqui discutidas:Autonomia,Parto Humanizado, Parto Normal e Assistência de Enfermagem.

HUMANIZAÇÃO DO PARTO

O movimento pela humanização do parto e nascimento (MHPN) teve origem perante o uso irracional da tecnologia na área de saúde, que eram provocando mais danos do que benefícios a mulher, a ao bebê e concebe uma preocupação que consiste além de aspectos relacionados a saúde pública, como a redução da taxa de cesáreas e da mortalidade materna (ALVES et al., 2017).

O termo humanizado torna-se cada vez mais frequente na área da saúde, o princípio da humanização no campo obstétrico está focado em uma assistência menos intervencionista, no que diz respeito aos direitos reprodutivos da mulher, pois prover o parto é um desafio que ocorre todos os dias, seja em um ambiente hospitalar,ou mesmo em uma casa, mas que a parturiente se sinta segura e disponha de recursos para ter seu bebê.

Assim a mulher tem o direito de escolher onde terá seu filho, a humanização da assistência transcorre pela qualidade da assistência que é prestada no pré-natal, assim como pelo envolvimento da gestante com sua família no momento da gestação e do parto. Concebe esse momento com a contingência de estar atento as condições e carências dos outros, tendo em vista que a base das ações dos profissionais da saúde (médicos e enfermagem) é a relação na assistência humanizada no parto e nascimento, as mulheres empoderam-se de um sentimento de força durante o processo parturitivo e no cuidado do recém-nascido, humanizar o parto propõe colocar a mulher como protagonista, participando sempre das tomadas de decisões sobre o seu cuidado e do seu bebê (SOUSA; ARAÚJO; MIRANDA, 2017).

A humanização tem por objetivo proporcionar a parturiente autoconfiança no trabalho de parto com a finalidade de respeitar seus direitos. Para que essa assistência seja realmente humanizada é necessário que a parturiente seja acolhida respeitosamente nos seus aspectos fisiológico e biológico, e que a equipe não faça uso de intervenções desnecessárias especialmente sem o seu consentimento (PEREIRA et al., 2016).

O parâmetro em uma assistência humanizada precisa sempre dá ênfase as suas práticas fundamentadas em confirmações científicas e custo- efetivas. A episiotomia deverá ser cancelada das práticas cotidianas da obstetrícia moderna, pois quando o atendimento a gestante é feita de forma humanizada, a assistência com certeza passa a ser

menos intervencionista (BARROS et al., 2018).

A implementação de um modelo humanizado de assistência ao parto em unidades de saúde não tem sido uma tarefa fácil. Nos estudos de Almeida et al., 2015, realizadas com fontes primárias, que consistiam de documentos escritos e depoimentos orais de enfermeiras de uma maternidade, percebeu-se que a evita pela colocação do modelo humanizado. Porém diante das assertivas de que a humanização durante o parto provoca resultados maternos benéficos, a atual legislação cria a oportunidade de que as gestantes recebam alguma forma de suporte. As mudanças ocorridas no cenário assistencial também pedem que os fundamentos disponíveis sobre o recurso diante do trabalho de parto sejam conhecidos e discutidos nas instituições de saúde (PEREIRA et al.,2016).

Nesse sentindo, a humanização no parto requer o fim do sofrimento á gestante e ressalta os seus direitos, a ter acompanhantes e a ser passiva de carinho e segurança nesse momento. A humanização do parto consiste de questões relacionadas com legitimidade cientifica, política, financeira, epidemiológica, profissional e corporativa, além de favorecer a participação da gestante nas decisões sobre sua saúde. Algumas práticas humanizadas consistem do respeito ao direito da parturiente de ter acompanhante de sua escolha e a liberdade de movimentar-se durante o parto (SIEBRA et al., 2015).

Segundo a proposta de humanização, o desenvolvimento de práticas na assistência durante o parto prevê condutas procedimentais dos profissionais de saúde que auxiliam para avivar o caráter de atenção à saúde como um direito absoluto de todas as mulheres, todavia, é possível perceber que muitas das recomendações ainda não foram implantadas ou ainda encontram resistência para sua efetivação nos centros obstétricos (SOUSA; ARAÚJO; MIRANDA, 2017).

A humanização do parto é uma condição de respeito a mulher, como pessoa singular, única,além de ser também uma forma de respeitar a família e o bebê.A presença de um acompanhante é imprescindível para dar suporte emocional,pois favorece conforto e segurança,trazendo benefícios para a gestante,pois ao sentir-se segura os temores e ansiedades reduzem (BIET; PIRES, 2015).

Promover um ambiente adequado ao cuidado são fatores que colaboram para essa adequação, como iluminação, higiene, temperatura local, ventilação, silêncio, privacidade, estrutura física, entre outros. O ambiente físico e apoio dos profissionais são

importantíssimos pois facilita na prática ao cuidado. Transmitir calma e segurança as mulheres: estudos revelam que o enfermeiro obstetra é um profissional comprometido e qualificado que possibilita dignidade, segurança, e autonomia, protegendo o parto como uma ação fisiológica. Quando o enfermeiro atende uma parturiente, deve estabelecer uma relação de confiança. Promover relações pessoais livres de coerção: as relações entre profissionais da saúde e usuários deve ser democrática, só assim a mulher terá autonomia. O cuidado ofertado deve possibilitar sem autoritarismo para que as parturientes possam ter liberdade nas tomadas de decisão.

Favorecer o acesso a s informações: a informação é importante para o favorecimento da autonomia de se fazer uma escolha consciente. O acesso as informações tornam as pessoas imponderadas. É importante haver um feedback por parte das mulheres para que a equipe de saúde entenda se a informação ou orientação recebida foi repensada corretamente.

Estimular a participação ativa das mulheres: a autonomia das mulheres no parto pede que elas participem de todo o desenvolvimento de parturiação, onde e respeitado seus direitos de cidadania e recebendo uma assistência com base nas evidências. A parturiente passa a se sentir mais segura e confiante quando á ela é ofertada a possibilidade de interagir nas práticas e estratégias que envolvam o parto (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

Humanizar o parto não significa simplesmente prolongar um parto normal, utilizar ou não alguns procedimentos, mais sim fazer com que a mulher sinta-se como personagem principal daquele momento e não torná-la apenas uma expectadora, um personagem secundário, dando-lhe liberdade de escolha dos procedimentos e a dinâmica de cada nascimento, nas quais as interferências devem ser cuidadosas evitando os excessos desnecessários.

PARTO NORMAL

O parto normal é uma experiência imprescindível na vida da mulher, embora esta seja concebido como um processo bastante doloroso, ainda que por um curto espaço de tempo.

O parto normal tem passado por diversas transformações no decorrer dos anos, e Silva, Nascimento e Coelho (2015) citam que antigamente não havia procedimento indesejável nos períodos de parto e pós-parto. E é nesse sentido que Carvalho et al. (2017) veem o parto como um processo de envolvimento com o cuidar do outro, onde a mulher tem de ser respeitada suas escolhas, desejos e atividades. Enfim, o ponto central do parto normal é a redenção do nascimento por meio de sua humildade e comportamento dos profissionais envolvidos.

Santos et al. (2015) relatam que a mulher que escolhe o parto normal espera ter um cuidado humanizado pois tem medo que o processo de parturiação pode provocar trauma negativo. Para que essa impressão seja tida como mito, o modelo assistencial de humanização deve também ser utilizado nas rotinas e protocolos preestabelecidos do local de parto e a equipe de profissionais que estão ligadas diretamente a assistência ao parto.

Algumas décadas atrás o parto e o nascimento eram apenas uma responsabilidade feminina, onde as parteiras eram as responsáveis pelos procedimentos, estas aprendiam na comunidade com as mais velhas eram passando de geração a geração ainda que de forma empírica (ROCHA et al., 2015).

No século XX, o parto passou a ser realizado em hospital e foi perdendo aos poucos sua naturalidade sendo substituído por práticas insignificantes vistas como seguras, mas que, atrapalhavam o percurso natural do parto, e este passou a ser temido e de sofrimento, onde os desejos e direitos da mulher não tinham nenhum valor. Desde então Carvalho et al. (2017) creem que o parto normal vem perdendo espaço para as cesarianas e isso eleva o risco da mortalidade materna e fetal, além do risco de infecções e hemorragias, e a mulher não “curte” esse momento tão especial e único na vida para um bom e confortável desenvolvimento do trabalho de parto, Andrade et al. (2017) confirmam que é preciso que a gestante se sinta bem e segura do que acontecerá durante todo o processo de parturição e a importância da calma visando a redução de complicações.

As práticas de atenção ao parto normal foram classificadas em quatro categorias, de acordo com a utilidade, eficácia e risco, para direcionar a conduta do profissional, A) as demonstrativamente úteis e que devem ser estimuladas; B) as claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser evitadas. C) aquelas com pouco respaldo e que devem ser

utilizadas com cautela e o D) as que são frequentemente usadas inapropriadamente (ROCHA et al., 2015).

O parto normal é um processo natural e fisiológico que era realizado de forma instintiva pela gestante desde os primórdios, onde a mulher contava com a ajuda de pessoas que tinham um certo conhecimento sobre o nascimento, entretanto, após a concretização desse ato natural e tão importante, o parto com o passar do tempo passou a ser um mecanizado e tecnicista protagonizado geralmente pelo profissional da saúde que entendesse o parto como doença e que realizasse procedimentos dispensáveis para tratá-lo. Dessa forma, esse profissional deixa de lado o contexto humano e emocional que envolve todo o contexto, desumanizando o momento que é tão especial para a mulher e retirando todo o seu poder e vontade sobre esse procedimento que é um momento único vivenciado pela mulher (PEREIRA et al., 2016).

Contribuíram nesse estudo os seguintes teóricos: Andrade et al (2017), Ribeiro et al. (2015), Siebra et al. (2015), Silva et al. (2017), Vargens et al (2017), Carvalho et al., (2017), dentre outros que abordam esse objeto de estudo.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Estudos revelam que a enfermagem tem desenvolvido um papel importante relacionado aos cuidados humanísticos ás mulheres, ajudando na fisiologia do parto no cuidado e conforto (FERREIRA; MACHADO; MESQUITA, 2014).

Na enfermagem obstétrica, as tecnologias de cuidado consistem de técnicas, procedimentos e conhecimentos usados pela enfermagem perante o processo de cuidado, utilizados nas diferentes fases dos processos de parir e nascer, são procedimentos que são respaldados na perspectiva de que a gestação, o parto e o nascimento são eventos naturais da vida humana e seu uso busca não interferir nos processos fisiológicos envolvidos (CASSIANO et al., 2016).

Esses procedimentos podem provocar conforto e relaxamento, diminuir riscos e promover cuidados eficientes, benéficos e apropriado ás necessidades das gestantes. Esses procedimentos ou tecnologias direcionadas ao cuidado estão fundamentadas no respeito á individualidade e autonomia do sujeito a ser cuidado, no acolhimento, em ambiente

agradável e na reciprocidade na relação paciente- enfermagem, envolvendo princípios éticos, estéticos e técnicas do cuidado. (CAMPOS et al., 2016).

Humanizar o cuidado a mulher, na situação de parto e parto envolve o respeitar o tempo da mulher no processo de parturição, evitar interferências evasivas exigidas pelas rotinas hospitalares e identificar os aspectos culturais próprios da mulher (CARVALHO et al., 2017). Para isso é preciso saber ouvir o que as gestantes sentem, suas angústias e medo para que o trabalho de parto possa acontecer de forma bem natural.

São alguns dos cuidados da enfermagem para com a mulher em trabalho de parto: observação e atenção ao estado emocional da mulher; relações interpessoais; conforto e bem-estar; e condições oferecidas pelo meio ambiente na absorção do poder vital da mulher (GOMES et al., 2014). Os cuidados da enfermagem devem envolver elementos importantes para uma boa relação interpessoal.

Cuidar é mais do que um ato, é uma atitude que envolve e vai além de um momento de atenção, zelo e desvelo, simboliza uma atitude de ocupação, de preocupação com o outro (VARGENS et al., 2017), na visão desse autor o enfermeiro é um parceiro, amigo e ajudante, em um contexto estranho para a pessoa de quem cuida para que esta pessoa se mantenha estável, equilibrada e consiga se recuperar.

Os enfermeiros são os grandes responsáveis pelas transformações que se tem visto no cuidado em obstetrícia, assim como pelos avanços que sido visto em relação de humanização do parto. Pereira et al., (2016, p.4) citam que [...] *uma vez que o parto é o ponto mais importante da gravidez parece justo que a experiência deva terminar tal como começou, num momento íntimo, partilhado entre um homem e uma mulher que estão a criar e formar juntos uma nova vida.*

Os cuidados de enfermagem estão focados na avaliação e apoio a mulher e a família durante o trabalho de parto, de maneira a confirmar os resultados positivos para todos os envolvidos no processo. Assim, é importante cercar a parturiente na elaboração de uma estratégia de cuidado, o que irá possibilitar a sua participação no nascimento do bebê e aumentar a sua autoestima satisfatoriamente.

A presença de um enfermeiro obstetra é de suma importância durante o trabalho de parto. Pois além de seus conhecimentos técnicos científicos, o enfermeiro é um agente facilitador do TP e nascimento, propicia a gestante uma assistência digna e qualificada á

mãe e ao filho (RIBEIRO et al., 2016).

O diálogo é um diferencial na assistência humanizada, desde o Pré-Natal, onde buscam atender os questionamentos dessas mulheres com orientações e esclarecimentos de dúvidas, permitindo que as mulheres se reconheçam no papel de protagonistas do TP, despertando uma sensação de liberdade corporal. Executando como medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o parto a utilização de bolas de fisioterapia, massagens e o exercício de respiração, assim como o estímulo e incentivo a deambulação e banho de imersão, associado à aromaterapia e musicoterapia (RIBEIRO et al., 2016).

Outro quesito importante a ser ressaltado é a presença de doulas. A presença dessa figura feminina durante o trabalho de parto acalma, transmite segurança e confiança a parturiente, aumentando a satisfação materna com a experiência do nascimento. E para que seja satisfatória para a mulher, é preciso reconhecer a individualidade de cada uma, respeitando suas particularidades, como cultura e religião. Tais estratégias irão possibilitar uma melhoria na qualidade de vida da mãe e do filho (MARTINS; VIEIRA, 2018).

O cuidar e humanizar remete a ideia de implementar iniciativas que zelem pela qualidade do cuidado técnico relacionado ao reconhecimento da liberdade da mulher enquanto ser humano e sujeito que participa de toda movimentação relacionada ao nascimento do seu bebê. O cuidado deve estar interligado as relações interpessoais, habilidades técnicas e do respeito, por parte da equipe de enfermagem, em relação aos sentimentos da gestante. Os desafios da assistência ao parto humanizado requerem conhecimento no aspecto do cuidado na execução de intervenções no momento do parto, pois esses devem promover segurança e confiança na gestante, dando-lhes mais coragem, como coloca, nos seus estudos, pois em alguns casos é necessário que a enfermagem mude de atitude e postura diante a assistência ao parto e nascimento. De acordo com a proposta da humanização, o desenvolvimento de práticas na assistência à parturiente prevê atitudes e comportamento dos profissionais de saúde que dê ênfase na promoção da humanização. A equipe de enfermagem não pode se restringir a rotinas, mas sim, agregar a esta, uma postura reflexiva a fim de garantir uma assistência qualificada com base na humanização (ALVES et al., 2017; SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

A proposta da humanização na assistência à mulher durante o trabalho de parto e puérperio tambem tem impacto na redução da mortalidade materna e neonato

(ANDRADE et al., 2017). A humanização da assistência ao parto normal é uma nova forma de lidar com a gestante. Em seus estudos Barros et al., (2018) citam que os enfermeiros acreditam que o processo do parto humanizado pressupõe a atenção centrada na parturiente e no incentivo a substituição de ações intervencionistas por outras menos invasivas e norteando os cuidados a partir de cuidados humanizados por parte da enfermagem.

O cuidado de enfermagem ultrapassa os procedimentos técnicos e envolve todo um cuidado perante o estado emocional que a parturiente significa para a mulher (BIET; PIRES, 2015) a enfermagem deve estar preparada para atender as necessidades da mulher, dando-lhe atenção, ouvindo suas queixas e demandas no período entre o pré, trans e pós-parto.

Parto normal é o resultado final e ocorre pela via vaginal sem nenhum tipo de intervenção e normal humanizado é a forma pela qual a assistência ao parto acontece de maneira bem natural. O parto humanizado deve acontecer de forma espontânea até o final, assim, é importante que a enfermagem conheça a fisiologia do parto normal (CASSIANO et al., 2015).

O parto tradicionalmente conhecido como normal é a maneira mais segura e saudável de ter filhos, assim deve ser estimulado e realizado por meio de uma assistência humanizada, segura e de qualidade. A cesariana, conforme Pereira et al., (2016) só deve acontecer quando realmente for preciso a fim de proteger a gestante e o bebê, assim sendo, a parturiente tem o dever de ser comunicada sobre os motivos que a impede de ter parto normal.

Vargens et al., (2017) em seus estudos revelam o alto índice de partos cesarianos em detrimento dos partos normais, e o uso de algumas intervenções sem indicações adequadas, infelizmente essas ações impedem que o momento do parto deixe de ser um processo que cada vez mais natural e a equipe de enfermagem esteja capacitada para trabalhar com a humanização do parto.

CONCLUSÃO

Os estudos revelam que o enfermeiro obstétrico usa estratégias que favorecem o

conforto e o empoderamento da mulher na hora do parto e que essas práticas se embasam na perspectiva de que a gestação, parto e nascimento são eventos naturais na vida humana.

No momento do parto são observadas algumas dificuldades para oferecer uma assistência humanizada para atuar junto a parturiente; disponibilidade de recursos e infraestrutura adequada da instituição; além das condições fisiológicas e psicológicas da mulher no momento do parto que precisa de atenção e apoio emocional.

O cuidado ofertado pelas enfermeiras obstétricas a parturientes requer paciência ou tolerância e é uma elaboração fundada no acolher e compartilhar, onde a enfermagem e a mulher interagem num movimento existencial que proporciona o cuidado espontâneo que favorece a confiança que a mulher tem na equipe de enfermagem.

A humanização tem um importante significado quando relacionado ao momento de parto e pós-parto, pela emoção e pela dor especifica desse momento, onde o enfermeiro possui habilidade para dirigir a equipe multiprofissional para o cuidado humanizado. A humanização apresenta-se como um direito de ser protagonista da parturiente, de receber auxílio de forma humanizada.

Mesmo com todas essas dificuldades alcançadas o enfermeiro obstetra ocupa lugar importantíssimo na assistência, a fim de encaminhar a equipe multiprofissional para o cuidar humanizado. Apesar de todos os obstáculos encontrados na humanização da assistência a mulher no parto, os médicos podem ser substituídos por enfermeiros obstetras, em partos de baixo risco, pois estes profissionais te formação voltada para o cuidar, a qual consiste de ofertar assistência a mulher.

Percebe-se que a humanização no parto engloba diversos aspectos como a integralidade da assistência. E por meio dessa revisão observa-se que, para haver a efetivação da humanização no parto e pós-parto há uma necessidade de integração maior envolvendo a capacitação dos profissionais, programas e políticas públicas de saúde, além de condições de infraestrutura e recursos humanos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. S. C.; GAMA, E. R.; BAHIANA, P. M. Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 4, n. 1, p. 79-90, 2015.

ALVES, D. F. C. et al. Processo de humanização na assistência de enfermagem à parturiente: revisão integrativa. **SANARE**, Sobral, v.16, n.2, p.68-76, 2017.

ANDRADE, L. O. et al. Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.11, n.Supl. 6, p.2576-85, 2017.

BACHA, M. A. et al. Parto normal ou cesárea: a influência do tipo de parto desejado na satisfação materna quanto à assistência hospitalar ao nascimento. **Rev Adm Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 66, p. 1-19, 2017.

BARROS, T. C. X. et al. Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.12, n.2, p. 554-558, 2018.

BIET, D. B.; PIRES, V. A. T. N. Assistência humanizada da equipe de enfermagem no transcurso do parto: o olhar das puérperas. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 8, n. 1, p. 1289-1302, 2015.

CAMPOS, N. F. et al. A Importância da enfermagem no parto natural humanizado: uma revisão integrativa. **Rev Ciênc Saúde Nova Esperança**, João Pessoa, v.14, n. 1, p.47-58, 2016.

CARVALHO, N. A. R. et al. Experiência de acadêmicos de enfermagem na promoção do parto humanizado. **Em Extensão**, Uberlândia, v. 16, n. 2, p. 253-263, 2017.

CASSIANO, A. N. et al. Percepção de enfermeiros sobre a humanização na assistência de enfermagem no puerpério imediato. **J res fundam care**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 2051-2060, 2015.

FERREIRA, K. M.; MACHADO, L.V.; MESQUITA, M.A. Humanização do parto

normal: uma revisão de literatura. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v, 1, n. 2, p.134-148, 2014.

FERREIRA, L. A. et al. Expectativa das gestantes em relação ao parto. **R pesq cuid fundam online**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 3692-3697, 2013.

GOMES, A. R. M. et al. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Revista Recien**, São Paulo, v.4, n. 11, p. 23-27, 2014.

MARQUES, C. P. C. **Redes de atenção á saúde** - a rede cegonha. UMA-SUS; São Luis, 2015.

MARTINS, G. F.; VIEIRA, L. G. Práticas integrativas e complementares para o bem estar da gestante. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, Sete Lagoas, v. 6, n. Especial, 2018.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto – enferm,** Florianópolis, v.17, n.4, p. 758-764, 2008.

PEREIRA, S. S. et al. Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. **Rev eletrônica. Tempos, actas de saúde colet**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 199-213, 2016.

RIBEIRO, J. F. et al. Contribuição do pré-natal para o parto normal na concepção do

enfermeiro da estratégia saúde da família. **R. Interd**, Teresina, v. 9, n. 1, p. 161-170, 2016.

RIBEIRO, J. F. et al. Estudos das indicações de parto cesáreo em puérperas primigestas em uma instituição pública. **Revista Enferm. UFPE On Line**, Recife, v. 9, n. 7, p. 8945-48, 2015.

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

SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, A. E. C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 424-431, 2015.

SILVA, E. A. T. Gestação e preparo Para o parto: programas de intervenção. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 37, n. 2, p. 208-215, 2013.

SILVA, M. C. L. et al. R. Percepção de mulheres frente às práticas do parto normal contada pela História Oral Temática. **R. Interd**, Teresina, v. 10, n. 2, p. 74-82, 2017.

SOUSA, L. M. O.; ARAÚJO, E. M.; MIRANDA, J. G. V. Caracterização do acesso à assistência ao parto normal na Bahia, Brasil, a partir da teoria dos grafos. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, p. e001016162017, 2017.

VARGENS, O. M. C.; SILVA, A. C. V. PROGIANT, J. M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. e20170015, 2017.

CAPÍTULO II

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Rosane Cristina Mendes Gonçalves[3]; Marcos Antonio Silva Batista[4].

DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-02

RESUMO:
O presente estudo evidencia a educação permanente em saúde como uma prática de aprendizagem significativa que busca mudanças no cotidiano de trabalho das instituições onde o ensinar e o aprender devem ser cultivados diariamente pelos profissionais. Tem-se por objetivo identificar e avaliar a percepção dos profissionais de saúde em relação à Educação Permanente em Saúde. A metodologia abordada foi à revisão de literatura com pesquisas de publicações em língua portuguesa feitas em bases de dados eletrônicas. Como resultado foi identificado que a educação permanente é uma aprendizagem significativa dentro das organizações onde os profissionais tornam-se atores reflexivos da prática tendo como estratégia geral mudanças institucionais, bem como é uma ferramenta de capacitação que incentiva o acolhimento, o trabalho em equipe, melhora a capacidade do funcionário identificar os problemas e também os ganhos dentro do processo de trabalho, abrindo espaço para diálogo e a busca de soluções para problemas enfrentados no dia a dia. Contudo, conclui-se que a educação permanente em saúde é uma prática importante dentro do ambiente de trabalho, pois possibilita o aperfeiçoamento e melhoria do atendimento prestado a comunidade.
PALAVRAS-CHAVE: Educação Permanente. Políticas de saúde. Serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

Criada pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 e alterada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, a Educação Permanente em Saúde é uma Política que visa a capacitação contínua dos profissionais, buscando mudanças e transformação nas práticas de saúde dentro do quadrilátero constituído por gestores, acadêmicos, profissionais e representantes sociais (MARANDOLA, et al, 2009).

A Organização Mundial da Saúde define Educação Continuada como uma forma de aprimorar o conhecimento do indivíduo após a sua formação inicial, nesse sentido tudo

3 Especialista em Saúde Pública, UFTO. Enfermeira assistencialista, HDT-UFT/Ebserh em Araguaína-TO. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9281499833954455. E-mail: rosanecristinamg@hotmail.com
4 Graduação em Enfermagem, Faculdade Pitágoras de São Luís (MA). Enfermeiro da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) lotado no Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins (HDT-UFT). Lattes: http://lattes.cnpq.br/7924111463464336. E-mail: marcos_batista@hotmail.com

que for desenvolvido após a profissionalização com a finalidade de adquirir, aprimorar, ou atualizar o conhecimento do indivíduo com finalidades mais restritas e duração definida por meio da metodologia tradicional é chamado de Educação Continuada (MASSAROLI; SAUPE, 2008).

Já a Educação Permanente em Saúde é definida por Stroschein e Zocche (2012) como uma prática de aprendizagem significativa que busca mudanças no cotidiano de trabalho das instituições onde o ensinar e o aprender devem ser cultivados diariamente pelos profissionais.

Desde a década de 80 que na América Latina a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), divulga a educação permanente como um método diferenciado de educação de adultos que pode ser definida como um conjunto de processos de aprendizagem que possibilita aos envolvidos o desenvolvimento de suas capacidades, o enriquecimento de seus conhecimentos e a melhoria de suas competências técnicas ou profissionais (PAULINO et al., 2012).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída em 2004 pelo Ministério da Saúde, ao encontro com a teoria Freiriana no que diz respeito à troca de saberes de forma ininterrupta e define Educação Permanente em Saúde como a prática de aprendizagem no trabalho tendo como objetivo provocar mudanças nas práticas pedagógicas e de saúde, buscando consequentemente o aprimoramento profissional.

O processo de ensinar e aprender são introduzidos no cotidiano das instituições de saúde, alicerçado em uma aprendizagem significativa, visando à transformação das práticas profissionais. Para fins de realização dessa prática, é levado em consideração à realidade encontrada e o conhecimento e experiências que as pessoas envolvidas já possuem. Assim o processo de aprendizagem dos profissionais é pautado na problematização encontrada nos processos de trabalho e busca a resolução dos problemas levando em conta as necessidades de saúde da pessoa e da população (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde propõe que os processos de educação dos trabalhadores partam da problematização do processo de trabalho, e destaca ainda que, as demandas por mudanças e melhorias devem ser baseadas e efetuadas a partir da análise do processo de trabalho, dos seus problemas e desafios (AMESTOY et al.,2008).

O grande desafio de uma política de educação permanente é enfrentar em sua concepção e desenvolvimento a formação de um eixo transformador com uma estratégia mobilizadora de recursos e poderes e em um eixo estruturante de fortalecimento do SUS.O que precisa ser utilizado como proposta pedagógica na capacitação permanente é o empoderamento dos trabalhadores como sujeitos de um processo de construção social de saberes e práticas, onde são preparados para serem sujeitos dos seus próprios processos de formação durante toda sua vida. Dessa forma a capacitação necessitará incidir sobre o processo de trabalho, sendo relevante sua prática no ambiente de trabalho sendo avaliada e monitorada pelos próprios participantes (SILVA et al., 2008).

Entendida como um processo amplo que engloba aspectos do desenvolvimento integral do ser humano e que não se limita a treinamentos formais, a Educação Permanente em Saúde constitui um processo de aprendizagem participativa e torna-se uma estratégia fundamental para reformulação da prática de gestão, atenção, formação e controle social que apresenta como eixo principal os problemas de saúde (PAULINO et al., 2012).

Dessa forma a Educação Permanente em Saúde deve ser interpretada como uma prática de ensino-aprendizagem onde o agir dos profissionais de saúde seja direcionado a realidade a qual ele está inserido, fazendo com que suas práticas partam de encontro com o que realmente a comunidade necessita. A educação permanente deve estar presente no cotidiano de trabalho, produzindo assim um conhecimento constante e sempre passível de mudanças, onde os atores envolvidos sempre estejam em um processo de aprendizagem e propagação do saber de maneira contínua e significativa (CECCIM; FERLA, 2009).

METODOLOGIA

O presente estudo consiste numa revisão integrativa de literatura, que buscou pesquisas nas bases de dados eletrônicos da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo) e BVS. Para realizar as buscas nas bases de dados acima citas, foram utilizados os termos em saúde obtidos junto aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Na perspectiva de levantar obras dentro desta estratégia, buscou-se levantar as

que respondessem ao problema investigado.

Foram utilizados os descritores “Educação Permanente”, “Políticas de Saúde” e “Serviço de Saúde”, sendo avaliados de acordo com o objetivo proposto neste estudo. Após análise do material e excluído os manuscritos que não atendiam aos critérios. Quanto aos aspectos éticos, foram respeitados os preceitos de autoria das obras incluídas no estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Segundo Girade (2006), Educação continuada é definida como uma capacitação uni profissional, que capacita o indivíduo diante das mudanças tanto da instituição como da sociedade. Compreende a atualização técnico-científica de caráter individual, sendo de responsabilidade do profissional, configurando-se como um processo desvinculado da instituição onde o profissional atua realizando de forma esporádica visando o aprimoramento do saber científico.

Já educação permanente é uma prática institucionalizada que visa à mudança das práticas através da problematização, onde são identificados os problemas e coletivamente são buscadas as possíveis soluções. Um eixo entre o mundo da formação e o mundo do trabalho onde o aprender e o ensinar fazem parte do cotidiano de trabalho (JESUS, 2011).

Ceccim (2005) defende que a educação permanente deve ser voltada a multiprofissionalidade e à interdisciplinaridade buscando estratégias de ensino contextualizadas e participativas voltada para a transformação das práticas.

Todos que participam das discussões possuem os mesmos poderes sobre o território de que falam. Os atores envolvidos não executam apenas ações centradas na doença, mas são capazes de planejar, propor, refletir e controlar as formas de atenção e gestão (CECCIM E FEUERWERKER, 2004).

Dias (2010), defende que para que o desempenho e aprimoramento profissional de toda equipe seja eficiente e eficaz, a educação permanente deve ser uma habilidade desenvolvida continuamente.

A educação permanente leva em consideração o caráter educativo no próprio trabalho, reconhecendo-o como espaço para problematização, reflexão e diálogo que

tornam possíveis a construção de consensos promovendo mudanças e transformações na perspectiva da integralidade a saúde (PEDUZZI et al., 2009).

Dias (2010) complementa a importância da educação permanente dizendo que ao colocá-la em prática há a capacitação de indivíduos para se responsabilizarem no mundo através do compartilhamento de ideias e metodologias que os tornam competentes e com habilidades para atuar em diferentes situações, discutir aspectos positivos e negativos, éticos, dimensões sociais e culturais dentre outros, formando pessoas capazes de modificar o âmbito social.

O grande desafio da Educação Permanente em Saúde é tornar os profissionais conscientes do seu papel diante da sociedade, tornando-os responsáveis por sua permanente capacitação voltada para a transformação social, e para que isso aconteça é importante que os métodos utilizados para essa troca de saberes sejam eficazes dentro de um processo sistematizado e participativo afim de que seu objetivo seja alcançado (RICALDONI E SENA, 2006).

A Educação Permanente em Saúde vem para inserir na prática de trabalho dos profissionais de saúde uma visão crítica sobre tudo que acontece ao seu redor, permitindo assim que novos conhecimentos sejam adquiridos e repassados através da vivência de cada profissional que durante o processo acaba por compartilhar tudo aquilo que já traz em sua bagagem e leva consigo tudo que foi repassado pelos seus colegas. Dentro de uma equipe multiprofissional é possível ter vários pontos de vista acerca do que se passa no cotidiano da população atendida e cada profissional contribui com o seu saber para práticas de saúde cada vez mais voltadas para a prevenção e promoção da saúde que é o principal objetivo da Estratégia Saúde da Família (CARDOSO, 2012).

Paschoal, Mantovani e Méier (2007) reconhecem que a profissão enfermagem é também considerada uma prática social e que em todas as atividades desenvolvidas por esses profissionais as ações educativas estão inseridas. Dessa forma, justifica-se a necessidade de promover efetivas e permanentes oportunidades de ensino aprendizagem no cotidiano desses profissionais no intuito de embasar suas práticas cotidianas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou fazer uma análise sobre como os profissionais da saúde veem a educação permanente em saúde e a partir dos resultados obtidos possibilitem que os setores responsáveis possam fazer uma reflexão e buscar soluções para os impasses e divergências que puderam ser observados acerca da educação permanente.

A educação permanente em saúde é uma ferramenta necessária no ambiente de trabalho, pois subsidia a prática cotidiana e o que se observou é que ela não é vista igualmente pelos profissionais, além disso, a pesquisa evidenciou o baixo grau de conhecimento sobre o assunto o que demanda estratégias que descentralizem e disseminem a prática. Os sujeitos envolvidos nesse processo precisam compreender de fato sua importância, para que através de práticas de ensino aprendizagem contínuas e rotineiras, o agir dos profissionais esteja voltado para as reais necessidades da população atendida.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, S.C. et al. **Educação permanente e sua inserção no trabalho da enfermagem.** Cienc. Cuid. Saude 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Políticas de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde.** Polos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 198/GM. Em 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor Saúde e de outras providências. Brasília: 2004.

CARDOSO, I.M. "**Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições.** Saúde Soc. São Paulo,v.21, p.18-28, 2012.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface-Comunic. Saúde**, Educ. v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A**. Educação Permanente em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz.** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social.PHYSIS:** Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1): p.41- 65, 2004.

DIAS, F. G. M. et al. **A Educação Permanente na Equipe de Enfermagem para Prevenir a Infecção Hospitalar.** Rev. Enferm.UFPE online.2010 jan./mar.; 4(1): 324-32.

GIRADE, Maria da Graça; CRUZ, Emirene Maria Navarro Trevizan da; STEFANELLI, Maguida Costa**. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 105-110, Mar. 2006.

JESUS, M. C. P. de et al. **Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário.** Rev. Esc. Enferm. USP vol.45 no. 5 São Paulo, 2011.

MARANDOLA, T.R. da et al. **Educação Permanente em Saúde: conhecer para compreender. Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, p. 53-60, jun. 2009.

MASSAROLLI, A.; SAUPE, R. **Distinção conceitual: educação permanente e educação continuada.** 2008.4 p.Projeto de pesquisa para obtenção de bolsa no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F. de; Méier, M. J**. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino.** Rev. Esc. Enferm. USP v.41 n. 3 São Paulo, 2007.

PAULINO, V.C.P et al. **Ações de Educação Permanente no contexto da estratégia saúde da família.** Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 jul/set; 20(3):312-6.

PEDUZZI, M. et al. **Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo**. Interface – Comunic. Saúde, Educ. v.13, n.30, p.121-34, São Paulo, 2009.

RICALDONI, C. A.C.; SENA, R. R. de. **Educação Permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem.** Rev. Latino-Am. Enfermagem v.14 no.6, Ribeirão Preto, Nov./Dez. 2006.

SILVA, B.T. da et al. **Educação Permanente: instrumento de trabalho do enfermeiro na instituição de longa permanência.** Cienc. Cuid. Saúde, 2008 Abr/Jun; 7(2): 256-261.

CAPÍTULO III

A IMPORTÂNCIA DA INTRODUÇÃO ALIMENTAR NA PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL

Mariana de Fatima Carneiro Dias Ferreira Gomes da Costa[5];
Kletiane Fernandes da Silva Moreira[6]; Lidia Raquel Vidal da Silva Furtado[7];
Luana Cristie Coelho da Silva[8]; Jullia Santos de Souza[9].
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-03

RESUMO:
Esse estudo tem como objetivo analisar a alimentação complementar na prática para avaliar se esta vem ocorrendo de forma adequada dentro de todas as recomendações nutricionais necessárias para criança dos 6 meses até os 2 anos de vida.E analisar possíveis efeitos desta introdução feita de forma errônea que podem levar à obesidade infantil e adulta entre outros problemas de saúde relacionados a má alimentação como diabetes tipo II e hipertensão. Estudo feito a partir de revisões bibliográficas baseado em pesquisas sobre recomendações do ministério da saúde e em artigos científicos sobre introdução alimentar, necessidades nutricionais, aleitamento materno e todos os efeitos possíveis no desenvolvimento nutricional da criança. Desta forma, é possível ter entendimento sobre a influência de uma boa alimentação, a importância de hábitos saudáveis e da participação de um profissional de nutrição, desde a gestação até a vida adulta, para que a alimentação possa ser introduzida de forma adequada na vida das pessoas. Também foram explorados estudos que mostram dados em números apontando a causa e efeito de uma boa e uma má alimentação complementar a partir do 6º mês de idade ou de um desmame precoce, acompanhado de uma IA (Introdução Alimentar), desta forma, precoce também. Em sua conclusão, foi possível entender a importância de uma educação alimentar em grupo, envolvendo um profissional de nutrição, a criança, os pais e toda a família, para que aja sucesso na realização da introdução alimentar na vida da criança, realizada de forma adequada.
PALAVRAS-CHAVE: Alimentação Complementar. Obesidade. Aleitamento. Alimentação.

INTRODUÇÃO

A introdução alimentar da criança inicia a partir do sexto mês de vida, para

5 Pós-graduada em gestão da qualidade e segurança dos alimentos. Consultora e RT em serviço de alimentação. Preceptora de estágio em UAN. Docente em pós-graduação. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-0290-8552. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1018991458257671. E-mail: marianafgdacosta@gmail.com
6 Graduada em Nutrição pela UNIFG. E-mail: kletiane@hotmail.com
7 Pós-graduada em nutrição clínica e funcional pela UNIFG. E-mail: lidiaraquelnutri@gmail.com
8 Graduada em Nutrição pela UNIFG. E-mail: luana_xerom@hotmail.com
9 Mestre em Saúde da criança e do adolescente, UFPE. E-mail: jullia.souza@gmail.com

formação de hábitos alimentares saudáveis e para o desenvolvimento nutricional dela. A obesidade infantil no Brasil apresentou crescimento gritante nos últimos anos, e isto representa riscos preocupantes à saúde da população. Quando não tratada, a obesidade pode contribuir com o surgimento de outras doenças, tais como: Diabetes mellitus tipo 2, doenças cardiovasculares e dislipidemia, podendo levar a morte ou tornar provável a persistência desta doença na fase adulta. São diversos os fatores que contribuem com a obesidade infantil, sendo o principal deles os fatores ambientais (hábitos alimentares e ausência de atividade física). Portanto, é de extrema importância que as famílias busquem a orientação de um nutricionista para que os cuidados nutricionais tenham início desde o primeiro ano de vida da criança (BRASIL, 2015).

O desmame precoce e uma má introdução alimentar pode comprometer o crescimento e desenvolvimento da criança e também são fatores que pode levar a criança a obesidade. A introdução alimentar precoce e inadequada está principalmente relacionada ao consumo de guloseimas, açúcar, refrigerantes e uma oferta tardia de frutas e verduras.

A adequação na alimentação da criança promove inúmeros benefícios a saúde das mesmas, dentre elas estão: a promoção do peso ideal para idade, contribuição com o crescimento e desenvolvimento adequado, influencia na formação de hábitos alimentares saudáveis, além de evitar o excesso de peso e, consequentemente, a obesidade infantil. Uma alimentação complementar adequada busca ofertar energia e micronutrientes como: Ferro, Zinco, Cálcio, Vitaminas A e C e Folatos (VICARI, 2013).

Um estudo mostrou que as transições demográfica, epidemiológica e nutricional ocorridas nas últimas décadas são os principais fatores para o excesso de peso de crianças e adolescentes, uma vez que estas transições proporcionaram grandes alterações no estilo de vida da sociedade. A inserção da mulher no mercado de trabalho dificultou a prática do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e, posteriormente, o preparo de refeições no domicílio, o que, por sua vez, propiciou o consumo de alimentos industrializados e a ingestão maior de açúcares e gordura. Com a urbanização e o aumento da violência nas grandes cidades, o padrão de vida das crianças e adolescentes se modificou, aumentando o tempo despendido diante de televisores ou computadores. O desmame precoce, a alimentação pouco balanceada e a inatividade física geraram um

ambiente propício para o sobrepeso e obesidade (RINALDI, 2008).

Desta forma, o presente estudo, tem como objetivo fazer revisão de outros estudos que abordam as práticas alimentares atuais e o padrão de inatividade física como contribuintes do excesso de peso na infância. A falta de prática de atividades esta aliada à transição nutricional. A urbanização e a industrialização criaram um ambiente com reduzida prática de exercícios físicos, devido à exposição excessiva a televisão, jogos eletrônicos, computadores e serviços de pronta entrega no domicílio.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica onde foram utilizadas as bases de dados MEDLINE, PUBMED, CAPES e SCIELO. Primariamente foi realizada uma busca com o objetivo de identificar as análises existentes sobre a importância da introdução alimentar adequada na redução da obesidade infantil e adulta no futuro, através da revisão de literatura sobre o tema. Além de artigos, foram utilizados como base de dados cadernos de saúde e diretrizes mais atuais para recomendações nutricionais para os pacientes supracitados.

Inicialmente foram incluídos na busca os títulos e os resumos dos artigos para a seleção ampla de prováveis trabalhos de interesse, sendo destacados os resumos (dos artigos que não tinham texto acessível) e os textos completos dos artigos, utilizando-se como palavras chave os termos: Alimentação complementar, obesidade, aleitamento, BLW, tipos de introdução alimentar.

Foram utilizados como critérios de inclusão os textos que abordavam os conceitos e opiniões sobre o tema introdução alimentar, prevenção de obesidade, tipos de introdução alimentar.

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Geralmente a introdução de alimentos complementares ocorre antes do recomendado, com ofertas de alimentos inadequados para consumo da criança. E, em sua maioria, os cuidadores não recebem orientação nutricional e/ou médica utilizando sua própria história de vida e da família como exemplo para alimentação. Logo, estes hábitos

podem contribuir com o aumento da incidência de crianças com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente a obesidade infantil. Estes hábitos errôneos podem, ainda, comprometer o crescimento e desenvolvimento da criança com doenças infecciosas e carência de vitaminas e minerais essenciais nesta fase (CAETANO, 2012).

Uma revisão sistemática sobre o contato precoce pele a pele entre mães e seus recém-nascidos encontrou efeitos positivos sobre a primeira mamada, amamentação de um a quatro meses pós-parto, duração da amamentação, ingurgitamento mamário e reconhecimento do odor do leite materno pelo bebê [17]. Nenhum efeito negativo foi identificado. O contato precoce entre mãe e recém-nascido, entretanto, parece não receber ainda a devida atenção por parte dos profissionais de saúde responsáveis pela condução da grande maioria dos partos e nascimentos nos dias atuais. (TOMA; TEREZA, 2008).

Já está devidamente comprovada, por estudos científicos, a superioridade do leite materno sobre os leites de outras espécies. São vários os argumentos em favor do aleitamento materno. A amamentação exclusiva nos 6 primeiros meses de vida e associada a introdução alimentar até os dois anos de idade trás para a criança inúmeros fatores protetivos para a criança, sendo alguns deles: diminuição da taxa de mortes infantis, evita diarreias e infecção respiratórias, diminui riscos de alergias, diminui riscos de hipertensão, colesterol alto e diabetes, reduz a obesidade infantil, a criança adquire uma melhor nutrição, melhor desenvolvimento na cavidade bucal (BRASIL, 2015).

A alimentação complementar deve ser iniciada aos 6 meses de idade, e se possível, a criança deve continuar mamando até os 2 anos de idade, intercalando sua nutrição com mamadas e alimentação.A partir dos 6 meses, a criança deve ingerir frutas, legumes, alguns alimentos na forma pastosa, porém sem ser batido no liquidificador ou passar pela peneira, de preferência amassado, com o intuito que a criança conheça diferentes texturas e aos poucos introduzi-los na sua forma normal. A partir de 1 ano de idade, a criança já pode se alimentar com a mesma comida da família, desde que essa comida seja moderada em sal, evitando sempre a ingestão de açúcares, frituras, refrigerantes e gorduras. Evitar esse tipo de alimentos na rotina da criança nessa idade contribui para a criação de bons hábitos no futuro, pois nessa idade, o seu paladar está sendo criado (BRASIL, 2015).

Esses alimentos devem ser livres de contaminação (física, química e biológica), além disso, deve conter as quantidades energéticas e nutricionais adequadas (em macro e

micronutrientes), para idade da criança, iniciando pela consistência de liquido pastoso (WEFFORT, 2011).

Antes do período recomendado para introdução alimentar, o leite materno é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais da criança, sem necessário a ingestão de água, chá ou suco. Além disso, no sexto mês de vida a criança já tem desenvolvidos os reflexos necessários para a deglutição, como o reflexo lingual, manifesta excitação à visão do alimento, sustenta a cabeça, tem-se o início da erupção dos primeiros dentes, facilitando a mastigação e o alimento deve ser oferecido por colher. Neste período a criança desenvolve ainda, o paladar e consequentemente, começa a estabelecer preferências alimentares, processo que a acompanha até a vida adulta (BIRCH, 1997).

Apesar das recomendações para a idade de início da alimentação complementar, estudo realizado por Cavalcante (2012) nas cidades de São Paulo, Curitiba e Recife, demonstrou que a introdução precoce de alimentos complementares ocorreu, em média, por volta dos 4 meses de idade e a progressão para alimentação da família aos 5,5 meses.

Segundo o ministério da saúde, a alimentação complementar para ser realizada de forma adequada, depende da interação e compreensão de toda a família. Quando no aleitamento exclusivo a participação principal é da mãe, na alimentação complementar (mesmo a criança ainda amamentando) é possível a participação maior do pai, dos avós e de outras pessoas da família, visto que, a mãe deixa de ser a única pessoa provedora do alimento da criança. É importante a participação de todos de forma responsável para ensinar e aprender sobre a rotina desta introdução e a criação de hábitos saudáveis na vida da criança (BRASIL, 2015).

O Departamento de Nutrologia da SBP continua enfatizando suas orientações, já anteriormente publicadas, de respeitar o ritmo de desenvolvimento neuropsicomotor de cada lactente. Ressalta-se ainda, que, desde o início da alimentação complementar, é importante que essa seja junto com as refeições em família, incentivando a interação entre os membros da casa. Nesta fase, é de suma importância que os pais sejam orientados a ser o exemplo de hábitos alimentares saudáveis e a munirem-se de paciência, respeitando os limites impostos pela baixa idade, sempre agindo como um facilitador no processo de alimentação, proporcionando um ambiente tranquilo sem a utilização de estratégias coercitivas ou punitivas. Uma frase pode ser o resumo desta orientação: Comer junto e

não dar de comer (SBP, 2017).

Açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos, biscoitos recheados e outros alimentos com grandes quantidades de açúcar, gordura e corantes devem ser evitados especialmente nos primeiros anos de vida (BRASIL, 2002a, 2002b). Já foi demonstrado que o consumo desses tipos de alimentos está associado ao excesso de peso e à obesidade ainda na infância, condições que podem perdurar até a idade adulta, além de provocarem dislipidemias e alteração da pressão arterial (OVERBY et al., 2003; KRANZ et al., 2005; DUBOIS et al., 2007).

A amamentação é primordial para a qualidade de vida do lactente, o profissional nutricionista é responsável pelo incentivo e orientação de uma alimentação adequada em todas as faixas etárias, assim esse profissional configura-se em um importante protagonista na viabilização das recomendações oficias sobre a amamentação (ARAUJO; ALMEIDA, 2007; BARBOSA, 2005).

O suporte do profissional do nutricionista deve acontecer durante todo o processo de pré-natal, durante o parto, depois do nascimento e nos primeiros anos de vida. Educar as mães sobre as vantagens da amamentação exclusiva é fundamental para que ela aprenda o que é melhor para o seu filho, assegurando que seu leite é adequado e perfeito. Informar as mães sobre a prática correta do aleitamento materno, incitar a amamentação exclusiva até os seis meses de idade, indicar às mães a correta técnica para amamentar, orientar as mães a não oferecerem chupetas aos recém-nascidos amamentados, recordar de que muitas substâncias que ela ingere passam para o leite, e posteriormente para o lactente, relatar sobre o desmame e as técnicas corretas da alimentação complementar. Sobretudo orientar sobre práticas de amamentação, mostrar a complexidade desse ato, uma vez que, envolvem vários fatores, principalmente os psicossociais (ARAUJO; ALMEIDA, 2007; BARBOSA, 2005).

Orientar sobre a amamentação é um desafio para o profissional de saúde, uma vez que ele se encontra com uma demanda para a qual não foi preparado, e que exige habilidade e sensibilidade no seu trato, evidenciando-se necessária a capacitação dos profissionais para estar atuando na assistência a amamentação (ARAUJO; ALMEIDA, 2007).

Muitos conceitos e práticas relatadas por muito tempo caíram em desuso, como,

por exemplo, horários certos para as mamadas ao seio, o uso de chás ou água nos primeiros meses de vida, a introdução precoce (antes dos seis meses preconizados) de alimentos complementares e a não valorização do aleitamento materno até o segundo ano de vida (GIUGLIANI; VICTORA, 2000). Aos profissionais de saúde, inclusive o nutricionista cabe repassar os conhecimentos existentes sobre alimentação infantil adequada, visando promover o crescimento e o desenvolvimento essencial da criança (MONTE; GIUGLIANI, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) também se pronuncia a respeito da alimentação complementar, incentivando práticas responsivas para o sucesso na introdução de novos alimentos. Há orientações para que os pais identifiquem e respeitem os sinais de fome e saciedade, incentivem o lactente para que ele seja ativo e interativo durante as refeições, com a atenção voltada totalmente para o momento.

Além das recomendações publicadas oficialmente por comitês profissionais, há outras abordagens de AC sendo difundidas pela internet como, por exemplo, o Baby- Led Weaning (BLW) que significa: o desmame guiado pelo bebê. Conceitualmente a idealizadora, a britânica Gill Rapley, defende a oferta de alimentos complementares em pedaços, tiras ou bastões. Sua abordagem não inclui alimentação com a colher e nenhum método de adaptação de consistência para preparar a refeição do lactente, como amassar, triturar ou desfiar. Segundo Rapley, o BLW não é um método específico, mas uma abordagem que encoraja os pais a confiarem na capacidade nata que o lactente possui de auto alimentar-se (SBP, 2017).

Baby Led Weaning (BLW) é um conceito com base na observação de que os bebês são capazes de se alimentar e escolher o ritmo de introdução de alimentos sólidos em torno de seis meses de idade ao invés de ser alimentado por alguém (Rapley&Murkett, 2008). Várias mudanças no desenvolvimento da criança ocorrem no sistema digestivo e imunológico. Em torno dos seis meses de idade é que passa a ser permitido aos bebês lidar de forma mais eficaz com alimentos sólidos.

ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR NA ATUALIDADE E SUA INFLUÊNCIA SOBRE O ESTADO NUTRICIONAL INFANTIL

Como visto no tópico anterior, a introdução de alimentos na dieta da criança se

inicia a partir dos 6 meses de idade, sendo de extrema importância a atenção na hora de ofertar os alimentos, pois a introdução alimentar aproxima a criança do hábito alimentar que ela irá ter nos anos seguintes, na qual ela vai conhecer cores, texturas e sabores diferentes do leite materno. O sucesso da alimentação complementar depende de muita paciência, colaboração, afeto e suporte por parte de todos da família da criança. A alimentação complementar influência no estado nutricional da criança, e quando ofertado inadequadamente pode resultar em complicações como anemia, excesso de peso e desnutrição (RAMOS, STEIN., 2000).

Um estudo visa a identificar a prevalência de aleitamento materno exclusivo e a época de introdução dos alimentos que compõem a alimentação complementar de crianças menores de dois anos de idade residentes na cidade de Florianópolis (SC) e verificar a associação entre a época de introdução dos grupos de alimentos e as características socioeconômicas maternas.

Um total de 516 crianças participou do estudo, pois os dados de 48 crianças não foram utilizados por falta de consistência. Das crianças avaliadas, 51,4% eram do sexo masculino e 48,6% do feminino, 23,8% tinham menos de seis meses e 76,2% entre seis meses e dois anos de idade. Com relação ao aleitamento materno exclusivo, das 123 crianças com menos de seis meses, 61 (49,6%) recebiam aleitamento materno exclusivo e 62 (50,4%) não estavam mais recebendo leite materno de forma exclusiva. Das 393 crianças na idade entre seis meses a dois anos, 113 (28,7%) haviam recebido aleitamento materno exclusivo até os seis meses, comparadas a 280 (71,3%) que não haviam recebido. Apenas 20,8% das crianças neste estudo de Florianópolis apresenta um padrão alimentar adequado às orientações do Ministério da Saúde. Alguns alimentos oferecidos são considerados especialmente alérgicos, como ovo, oleaginosas, frutas cítricas, peixe e leite de vaca, sendo este último responsável por 20% das alergias alimentares e, por isso, não deve ser introduzido antes dos nove ou 12 meses. (CORRÊA; E; et al. 2009).

A adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo desnutrição e sobrepeso. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostraram que no ano 2000, 155 milhões de crianças apresentavam excesso de peso, sendo 30 a 45 milhões de crianças obesas em todo o mundo (LUCAS, 2005). A população infantil com excesso de peso ou obesidade

não tem responsabilidade diante do estilo de vida que, desde antes do seu nascimento, sua família adota. Esses hábitos são levados para vida da criança e ela é dependente do meio em que é criada, quaisquer que sejam os hábitos alimentares. O tipo de alimentação e desenvolvimento do hábito de praticar atividade física são aspectos influenciados pelos pais (VIUNISKI, 1999; OLIVEIRA et al., 2003). O baixo consumo de frutas, hortaliças e leite, a omissão do café da manhã e o consumo cada vez maior de salgadinhos e bolachas recheadas têm relação com o excesso de peso, juntamente com a redução dos níveis de atividade física (TRICHES; GIUGLIANI, 2005; GUIMARÃES et al., 2006).

Em outro estudo, Cavalcante (2012), metade das mães entrevistadas (179 mães participantes) informaram que já não ofertavam leite materno a seus filhos (com idade entre 4 e 12 meses). Destes que não recebiam o leite materno, parte fazia uso de fórmulas infantis, de forma inadequada (com adição de carboidratos simples), e havia maior prevalência de ingestão do leite de vaca integral, que também possui adição de carboidratos simples. Além disso, observou-se também o consumo excessivo de alimentos industrializados, como: achocolatados, refrigerantes, sucos de caixinha, etc. Nesta população, mediante a ingestão inadequada de alimentos, identificou-se elevada inadequação de micronutrientes com ênfase ao Zinco e ferro.

O baixo consumo de frutas, hortaliças e carnes durante a introdução complementar, seguido do excessivo consumo de leite de vaca e mingau, pode estar relacionado aos baixos níveis de vitaminas (ácido fólico, vitamina C e vitamina A) e minerais: zinco e ferro (GARCIA, 2011).

A introdução alimentar revelou-se precoce, principalmente para guloseimas, a oferta precoce de doces e refrigerantes, assim como a oferta tardia de legumes e frutas contribuem, para uma inadequação alimentar, tendo impacto sobre o aumento da obesidade em nosso país (VICARI, E. C. 2013).

O sobrepeso e obesidade infantil não estão relacionados apenas ao consumo excessivo de alimentos e sim também ao consumo de alimentos com alta densidade energética. Pois, a interrupção precoce da amamentação e a adoção da alimentação láctea artificial eleva o consumo energético infantil em 15% a 20% quando comparado ao consumo energético de crianças em aleitamento materno exclusivo (ARAÚJO, M; F; M; 2006).

Comumente são ofertados aos bebês, menores de seis meses, alimentos do tipo chás e/ou água, frutas e leite não materno, esta prática, pode interferir na eficácia do aleitamento materno, sobre a prevenção dos distúrbios metabólicos na infância. Uma vez que, ao amamentar-se com o LM, o lactente fica exposto aos componentes deste alimento, tais como insulina, tri-iodotironina (T3), tiroxina (T4) e especialmente a leptina (hormônio da saciedade), substancias importantes para regulação e homeostase energética infantil (VICARI, E. C. 2013).

RELAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL NA INFÂNCIA COM A VIDA ADULTA

A obesidade é caracterizada pelo depósito de tecido gorduroso, localizado ou generalizado, ocasionando por desequilíbrio energético continuo. Já o sobrepeso refere-se a uma proporção relativa de peso maior que o recomendável para a altura, associado ou não a distúrbios genéticos ou endócrino metabólicos (COSTA, et al., 2012).

A obesidade infantil é um problema de saúde pública mundial, que está cada vez mais frequente em discussões. Quando estes distúrbios se apresentam durante a infância provoca mais preocupações, pois há maior probabilidade disto se prolongar durante a vida adulta, causando vários outros problemas tanto sócias como de saúde. Tendo em vista estes problemas os mesmos devem ser avaliados e acompanhados pelos profissionais que acompanharem o desenvolvimento da criança (MONDINI et al., 2006).

O consumo exagerado de alimentos calóricos é um dos principais fatores da obesidade infantil, tendo em vista que este exagero provoca a queda da sensação de saciedade e a distensão do estômago. A saciedade está relacionada tanto com estímulos mecânicos quanto fisiológicos, estes estímulos fisiológicos estão relacionados com os hormônios, sendo muito importantes na presença ou inibição da fome, a má alimentação pode provocar a produção inadequada destes hormônios (MONDINI et al., 2006).

Vários fatores influenciam no aumento do peso como, genéticos, fisiológicos e metabólicos, porém mesmo assim o principal fator ainda continua sendo os hábitos alimentares. Estudos comprovam que a obesidade infantil está diretamente relacionada com o oferecimento excessivo de alimentos calóricos pelos pais durante a infância e juventude. As crianças levam estes hábitos consigo durante toda a sua vida, podendo

provocar a rejeição de alimentos saudáveis como frutas e verduras. Por isso torna-se importante a interação da criança com o nutricionista, sendo fundamental que exista entre eles uma relação de confiança. Assim a criança terá mais segurança e aceitação para seguir as dietas sugeridas (RIBEIRO, 2008).

Um fator que influencia estes hábitos alimentares, e consequentemente a obesidade, seria a situação econômica da família, pois muita destas pessoas não tem condições de oferecer uma alimentação com a quantidade e qualidade adequadas às necessidades da criança e/ou adolescente (AQUINO; PHILIPPI, 2002).

A quantidade de alimento ingerido e os hábitos alimentares são, geralmente, influenciados pelo psicológico, muitas vezes funcionando como uma forma da criança, adolescente ou adulto aliviar o medo, o estresse, a ansiedade, até mesmo o sentimento de rejeição por qualquer outra pessoa. Sendo a comida um modo de consolo para estes sentimentos (RIBEIRO, 2008).

Outro fator que tem influenciado a obesidade é a urbanização, pois com a agitação do dia-a-dia, as pessoas alegam ter menos tempo disponível para fazer um exercício físico e/ou fazer uma boa alimentação, optando assim por alimentos industrializados e *fastfoods*, o que gera uma má alimentação (FARIAS; GUERRA JÚNIOR; PETROSKI, 2008).

O avanço da tecnologia também tem elevado a incidência de obesidade entre crianças e adolescentes, pois estes tem deixado de brincar ao ar livre para passar todo o seu tempo em *tablets*, computadores e celulares, deixando assim de praticar exercícios (AQUINO; PHILIPPI, 2002).

Se esta situação e estes hábitos não forem modificados e acompanhados por profissionais capacitados, o número de crianças obesas irá aumentar cada vez mais, levando a uma vida adulta obesa e problemática (RIBEIRO, 2008).

SESSÃO FINAL

De acordo com os achados na literatura, este tópico traz um apanhado do que foi discutido nos tópicos anteriores.

O leite materno é capaz de suprir todas as necessidades nutricionais da criança, porém ao sexto mês é necessário complementar o leite materno com alimentos, como

frutas e verduras. Além disso, no sexto mês de vida a criança já tem desenvolvidos os reflexos necessários para a deglutição, como o reflexo lingual e manifesta excitação à visão do alimento. Para um bom resultado a alimentação complementar necessita da interação e compreensão de toda a família, além disso é importante a participação de todos de forma responsável para ensinar e aprender sobre a alimentação complementar e a criação de hábitos saudáveis na vida da criança. É importante que os pais identifiquem e respeitem os sinais de fome e saciedade, incentivem o lactente para que ele seja ativo e interativo durante as refeições, com a atenção voltada totalmente para o momento. A alimentação complementar influência no estado nutricional da criança, e quando ofertado inadequadamente pode resultar em complicações como anemia, excesso de peso e desnutrição (SIMON; SOUZA, 2009).

A introdução de açúcar na alimentação, nessa fase que a criança está formando seus hábitos, pode levar ao maior consumo desses alimentos. Preparações do tipo leite com achocolatado, mingau, bolacha doce e recheada, que têm sabor agradável, agradam as crianças, levando-as ao consumo em grande quantidade, elevando assim o valor calórico total da dieta e o risco de sobrepeso e obesidade. A influência dos pais é muito importante nessa fase, pois os filhos buscar seguir os mesmos hábitos vistos em casa, o tipo de alimentação e desenvolvimento do hábito de praticar atividade física são geralmente aspectos influenciados pelos pais (OLIVEIRA, CERQUEIRA, SOUZA, 2003).

Apesar de a obesidade existir há muitos anos, apenas nas últimas décadas tem se tornado epidêmica, sendo que a primeira evidência da influência dos determinantes ambientais do distúrbio aconteceu após o estudo publicado em 1965, realizado com 1.660 indivíduos adultos, estando, portanto, o incremento na sua prevalência, em ambos adultos e crianças, devido preponderantemente às influências do microambiente familiar e do microambiente social, cultural, educativo e socioeconômico. O Brasil já não é um país de crianças desnutridas, pelo contrário a obesidade infantil está se tornando um problema grave e preocupante. Com o crescimento da renda, os brasileiros passaram a consumir mais. A obesidade infantil é um problema de saúde pública mundial, que está cada vez mais frequente em discussões, o consumo exagerado de alimentos calóricos é um dos principais fatores da obesidade infantil, tendo em vista que este exagero provoca a queda da sensação de saciedade. Vários fatores influenciam no aumento do peso como,

genéticos, fisiológicos e metabólicos, porém mesmo assim o principal fator ainda continua sendo os hábitos alimentares, que por muitas vezes começa de um jeito irregular na vida da criança, tendo como consequência uma vida adulta com maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas (MELLO, LUFT, MEYER, 2004).

Os pais exercem uma forte influência sobre a ingestão de alimentos pelas crianças. Entretanto, quanto mais os pais insistem no consumo de certos alimentos, menor a probabilidade de que elas os consumam. Da mesma forma, a restrição por parte dos pais pode ter efeito deletério. Na primeira infância, recomenda-se que os pais forneçam as crianças refeições e lanches saudáveis, balanceados, com nutrientes adequados e que permitam as crianças escolher a qualidade e a quantidade que elas desejam comer desses alimentos saudáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vários estudos realizados tanto em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, como em países desenvolvidos, demonstram que a introdução precoce de alimentos complementares aumenta as chances da obesidade, desta forma, tendo a obesidade infantil como consequência de uma menor ingestão dos fatores de proteção existentes no leite materno, além de os alimentos complementares serem uma importante fonte de contaminação das crianças.

Sob o ponto de vista nutricional, a introdução precoce dos alimentos pode ser desvantajosa, pois estes, além de substituírem parte do leite materno, mesmo quando a frequência da amamentação é mantida, muitas vezes são na sua forma nutricional inferior ao leite materno, por exemplo, no caso de alimentos muito diluídos. Uma menor duração da amamentação exclusiva não protege o crescimento da criança tão bem quanto a amamentação exclusiva por seis meses e não melhora o crescimento da criança.

A influência dos pais é muito importante nessa fase, pois os filhos buscam seguir os mesmos hábitos vistos em casa, hoje o tempo é corrido, muitas vezes não há tempo de preparar os alimentos e então optam por alimentos mais práticos, comprados na rua. Em sua maioria são *fast-foods* e industrializados congelados. Esses hábitos irregulares são muitas vezes passados para os filhos, assim, criando uma influência entre as crianças.

O papel do nutricionista nesse aspecto tem como prioridade modificar essa realidade de má alimentação na infância, assim minimizando os números de crianças obesas, conscientizando a importância de buscar alimentos saudáveis e adequados quantitativamente e qualitativamente, para o crescimento e desenvolvimento da criança. Ter conhecimento e praticar hábitos saudáveis faz toda diferença, pois a adaptação a esta rotina desde a infância previne doenças futuras, aumenta a expectativa de vida e evita obesidade e todas as doenças que podem ser acometidas junto com ela, na vida adulta.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência**. Revista de Nutrição**, São Paulo, v.20, n.4, p. 431-438, 2007.

ARAÚJO; Márcio. Et al. O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil: um aspecto para a investigação de enfermagem.**Acta Paul Enferm**, Fortaleza - CE. Out, 2006.

BARBOSA, C. C. **O papel do Nutricionista no estímulo ao Aleitamento Materno.** Disponívelem:<http://www.aleiamento.com/a_artigos.asp?id=1&id_artigo=1078&id_subcategoria=1>. Acessado em março de 2009.

BRASIL, Ministério Da Saúde**, Caderno de atenção básica, nº23**, 2ª edição. Saúde da criança. Aleitamento materno e alimentação complementar, Brasília, 2015.

CAETANO; Michelle. et al. Alimentação Complementar: Práticas Inadequadas em Lactentes.**Revista Soc Ped,** São Paulo, 2012.

CORRÊA; Elizabeth, et al. Alimentação Complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Rev Paul pediatr,** Florianópolis - SC, 2009.

DIAS, P. A. C. M, FREIRE, S. M. L, FRANCESCHINI, C. C. S. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos, **Revista de Nutrição**, Campinas, v.23, n.3, p. 475-486, 2010.

DUBOIS, L. et al. Regular Sugar-Sweetened Beverage Consumption between Meals Increases Risk of Overweight among Preschool-Aged Children. **Journal of American Dietetic Association**, [S.l.], v. 107, p. 924-934, 2007.

FREITAS, S. S. A, COELHO, C. S, RIBEIRO, L. R. Obesidade infantil: Influência de hábitos alimentares inadequados, **Saúde e Amb. Rev.,** Duque de Caxias, v.4, n.2, p.9-14, 2009.

GARCIA; Mariana. Et al. Alimentação Complementar e o Estado Nutricional de Crianças Menores de dois anos Atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre Amazônia Ocidental Brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.27 no. 2, Fevereiro, 2011.

GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. Alimentação complementar. **Jornal de Pediatria**, Rio, v. 76, n. Supl. 3, p. 253–262, 2000.

KRANZ, S. et al. Adverse effect of high added sugar consumption on dietary intake in American Preschoolers**. Journal of Pediatrics**, [S.l.], v. 146, p. 105-11, 2005.

MONTE,G. M. C, GIUGLIANI, J. R. E. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno, **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v.80, n.5(supl), 2004.

MONTE, C. M. G.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno.**Jornal de Pediatria**, Rio, v. 80, n. 5, p. 131–141, 2004.

OVERBY, N. C. et al. High intake of added sugar among Norwegian children and adolescents. **Public Health Nutrition,** [S.l.], v. 7, n. 2, p. 285-93, 2003.

RAMOS, M, STEIN, M, L. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil,

Jornal de pediatria, v. 76, supl.3, 2000.

RAPLEY, G., & MURKETT, T. (2008). **Baby-led weaning. Helping your baby love good food.** London, England: Vermillion

SIMON; Viviane; et al. Aleitamento Materno, Alimentação Complementar, Sobrepeso e Obesidade em pré-escolares. **Revista Saúde Pública**, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, **Guia prático de atualização**, nº 3. Departamento científico de nutrologia. A alimentação complementar e o método BLW (Baby-led Weaning), 2017.

TOMA, S. Tereza; REA, F. Marina. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências**. Cad. Saúde Pública [online].** 2008, vol.24São Paulo, 2008.

VICARI; Elizandra. Aleitamento materno, a introdução da alimentação complementar e sua relação com a obesidade infantil. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo v.7, n 40, p. 72-83, jul/ago. 2013.

CAPÍTULO IV

A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SUAS PRINCIPAIS CONDIÇÕES DE SAÚDE

Luiza Vilela Barreira[10]; Ana Júlia Peres de Carvalho[11]; Sarah Zaghi Borges Reis[12]; Larissa Yano Souza Martins[13]; Nathalia Espírito Santo Campos[14]; Pedro Daibert de Navarro[15].

DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-04

RESUMO:
A população em situação de rua possui em comum a extrema pobreza, inexistência de moradia convencional regular e vínculos familiares interrompidos e fragilizados. Apresenta maior risco de adoecimento para diversas doenças e encontra-se com frequência à margem da rede assistencial de saúde vigente. A escassez de dados oficiais que quantifique essa população intensifica ainda mais a vulnerabilidade desse grupo e dificulta a implementação de ações mais robustas que objetivam um maior cuidado e assistência à saúde desses indivíduos. O objetivo deste estudo é identificar características sociodemográficas da população em situação de rua com ênfase nas principais condições de saúde. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. O aumento significativo dessa população nos últimos anos e a exposição a diversos determinantes sociais da doença reforçam a imprescindibilidade do fomento e implantação de políticas públicas para a promoção de maior acolhimento dessa população e o enfrentamento dos problemas expostos. As condições de saúde identificadas evidenciam a importância de uma rede de cuidado mais ampla, organizada e efetiva.
PALAVRAS-CHAVE: Pessoas em Situação de Rua. Sistema Único de Saúde. Tuberculose. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Consultório de Rua.

INTRODUÇÃO

A população em situação de rua (PSR) no Brasil aumentou muito nos últimos anos, entretanto, a escassez de dados oficiais no país a respeito dessa população, piora ainda mais a vulnerabilidade desse grupo pela incapacidade de implementar ações

10 Graduanda em Medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5855049335091977. E-mail: luizabarreira4@gmail.com
11 Discente do curso de medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5855049335091977. E-mail: anaperescarvalho@gmail.com
12 Graduanda em Medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6173476337333918. E-mail: sarahzaghi@gmail.com
13 Graduanda em Medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6692817633595479. E-mail: larissayano@yahoo.com.br
14 Graduanda em medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais pelo ProUni. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5260981323223206. E-mail: nathaliacampos098@gmail.com
15 Professor do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4838540265430639 . E-mail: pedronavarromg@gmail.com

condizentes com a realidade e reforça a preocupação em relação à saúde desses indivíduos. Em 2015, havia aproximadamente 101.854 pessoas vivendo em situação de rua no país segundo estimativa do Instituto de Pesquisa Avançada (Ipea) (NATALINO, 2016).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua, criada em 2009, classifica esse grupo de indivíduos como heterogêneo, tendo em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular. Utilizam logradouros públicos (praças, jardins, canteiros, marquises, viadutos) e áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas, carcaças de veículos) como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como das unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O perfil socioeconômico encontrado pelo Censo realizado pelo governo federal em 2007, referente a 71 municípios brasileiros, sugere que a PSR em 2007 era predominantemente masculina (82%), 53% com idade entre 25 e 44 anos, 69% afrodescendentes autodeclarados, e cerca de 52,6% da população recebia entre R$ 20,00 e R$ 80,00 semanais. Com relação à formação escolar, 95% dos entrevistados não estudava, porém cerca de 74% dos entrevistados sabiam ler e escrever, 17,1% não sabiam escrever e 8,3% apenas assinavam o próprio nome (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a morar na rua incluem problemas de alcoolismo e/ou drogas ilícitas (35,5%); desemprego (29,8%); e, desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%). A respeito dos vínculos familiares, 51,9% dos entrevistados possuíam algum parente residente na cidade onde se encontravam, porém 38,9% não mantinham contato com esses familiares e 14,5% mantinham contato em períodos espaçados (de dois em dois meses até um ano); 39,2% consideram como bom ou muito bom o relacionamento que mantinha com os parentes que viviam na mesma cidade, enquanto 29,3% consideravam esse relacionamento ruim ou péssimo. No entanto, novos estudos são necessários devido às constantes mudanças sobre as quais a PSR está sujeita e pela ausência de dados governamentais oficiais (BRASIL, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Cerca de 70,9% da PSR eram trabalhadores que exerciam alguma atividade

remunerada, sendo essas: catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Apenas 15,7% das pessoas pediam dinheiro como principal meio de sobrevivência, o que é importante para desmistificar o estigma de que a essa população é composta por "mendigos" e "pedintes" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Entre os entrevistados, 24,8% não possuíam documentos de identificação, o que representa um obstáculo na obtenção de empregos formais, acesso a serviços e programas governamentais e exercício da cidadania. Além disso, 88,5% da PSR não recebia qualquer benefício governamental. O Censo também identificou as principais discriminações sofridas, sendo elas, como o impedimento em entrar em estabelecimentos comerciais, shoppings, transporte coletivo, bancos, órgão públicos, em receber atendimento na rede de saúde e a obtenção de documentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

79,6% da PSR fazia ao menos uma refeição por dia, sendo que 27,4% desses compravam comida com seu próprio dinheiro, porém, cerca de 19% dos entrevistados não conseguiam se alimentar todos o dias. Dentre as principais condições de saúde que afetam a PSR, pode-se citar problemas nos pés, infestações, tuberculose (TB), infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), gravidez de alto risco, doenças crônicas, uso de álcool e/ou drogas ilícitas e problemas relacionados à saúde bucal. Cerca de 29,7% da população apresentava algum problema de saúde, sendo hipertensão arterial sistêmica a mais prevalente (10,1%), doença mental (6,1%), HIV (5,1%) e problemas de visão (4,6%). Cerca de 18,7% dos entrevistados faziam uso de algum medicamento, mas apenas metade desses indivíduos obtinha o medicamento em unidades de saúde. Com relação ao acesso à saúde, 43,8% dos entrevistados procuram hospitais ou unidades de pronto atendimento quando doentes, e 27,4%, os centros de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Devido à situação social a que está submetida a PSR, esses indivíduos são considerados muito vulneráveis em termos de saúde. Além disso, o isolamento social leva a uma maior negligência da saúde desse grupo, por parte do indivíduo e da sociedade. Por isso, muitos projetos estão sendo criados a fim de reintegrar essa população a seus direitos, entre eles, o cuidado em saúde humanizado, igualitário e integral, realizado principalmente pela Rede de Atenção Básica, como os Centros de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Apesar dos dados identificados que possibilitam uma identificação social, econômica e demográfica da população em situação de rua, é importante ressaltar que, tendo em vista a característica migratória dessa população, esse diagnóstico pode não retratar mais a realidade dessa população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), o que é agravado pela falta de dados oficiais e atualizados. Essa situação contribui para que a população em situação de rua seja marginalizada, com intensa exclusão social e invisibilidade (NATALINO, 2016).

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é identificar características sociodemográficas da população em situação de rua com ênfase nas principais condições de saúde. Dessa forma, será possível estabelecer intervenções eficazes e, assim, diminuir a invisibilidade dessa população, garantindo maior exercício de sua cidadania e melhorando a sua qualidade de vida.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados Scielo e Pubmed e em documentos oficiais do Ministério da Saúde, do período de 2009 a 2020, na língua portuguesa. Foram utilizados os descritores Pessoas em Situação de Rua, Sistema Único de Saúde, Tuberculose, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Consultório de Rua.

DISCUSSÃO

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA POPULAÇÃO DE RUA

Em 2012, o Ministério da Saúde reorganizou o programa de atenção à saúde da PSR no Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de ampliar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde a essa população em vulnerabilidade social. A atenção básica foi eleita como espaço prioritário para o cuidado e a criação de vínculo na rede de atenção à saúde, para facilitar a inserção efetiva dos indivíduos em situação de rua no SUS, sendo a porta de entrada prioritária na Atenção Básica (AB) as equipes do Consultório na Rua (eCR) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A eCR, criada pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, pretende

ampliar o acesso da PSR aos serviços de saúde. Desse modo, há oferta de atenção integral à saúde para esse grupo em condições de vulnerabilidade e com os vínculos sociais e familiares fragilizados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A eCR é formada por equipes multiprofissionais como médico, enfermeiro, psicólogo, dentista, que desenvolvem ações integrais para as demandas dessa população. Elas devem realizar atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolver ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde do território, mais próximo de onde estão grande parte da população em situação de rua. Assim, pretendem ser um local disponível às demandas médicas como acesso a vacinas, medicamentos e ponto de tratamento para as doenças mais prevalentes, como a tuberculose (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A responsabilidade pela atenção à saúde da PSR, como de qualquer outro cidadão brasileiro, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, mesmo que ele não seja componente de uma equipe de Consultório na Rua. Desta maneira, mesmo os municípios ou áreas em que não haja eCR, todos os cidadãos devem ter acesso à Atenção Básica. É importante destacar, ainda, que o cuidado em saúde da população em situação de rua deverá incluir os profissionais de Saúde Bucal e os Nasf do território onde essas pessoas estão concentradas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

PRINCIPAIS DESAFIOS ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE

A PSR é marcada por privações e sofrimentos físicos e emocionais que aumentam os riscos à saúde desse grupo. O adoecimento costuma ser mais precoce e severo, em comparação com a população em geral, além de apresentarem dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Associado a isso, a própria dinâmica da vida nas ruas dificulta a adesão ao tratamento, visto que há certa negligência, por parte desses indivíduos, às próprias condições de saúde, já que precisam se preocupar, prioritariamente, com outras questões, como segurança e alimentação (BRASIL, 2016).

Embora existam programas de atenção básica voltados para a população de rua, dados do censo de 2013 demonstram que 38,3% dos moradores de rua utilizam os centros de saúde, 14,2% usam os consultórios de rua e 12,5% os Centros de Referência em Saúde Mental (Cersam). Tais números exemplificam o fato de que a perda de seguimento e a

dificuldade de adesão ao tratamento são importantes fatores agravantes para as condições de saúde dessa população (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2013).

Embora a PSR seja composta majoritariamente por homens, a vulnerabilidade social imposta por essa condição é ainda mais grave para mulheres, devido às circunstâncias relacionadas à sua condição de gênero, como violências físicas, psicológicas, abuso sexual, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada e/ou indesejada. Sendo assim, a promoção e a prevenção de condições adequadas de saúde na população de rua do sexo feminino é um desafio ainda maior do que com relação ao sexo masculino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Dentre as condições de saúde mais prevalentes para essa população, é importante citar a tuberculose, doença infectocontagiosa cuja propagação ocorre pelo ar e que representa uma grande preocupação para a saúde pública no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde, em 2015 foram notificados 63.189 casos novos no Brasil, sendo a maior parte em grandes centros urbanos e aglomerados populacionais, principalmente entre os indivíduos mais vulneráveis, como as pessoas em situação de rua. Alguns estudos demonstraram que a sua prevalência nessa população é cerca de 70 vezes maior que na população geral, além de ter desfechos piores e maior incidência de abandono no tratamento. A administração dos medicamentos durante o tratamento da tuberculose é diária e prolongada, sendo necessária a adesão do paciente, o que representa uma dificuldade no manejo da doença em PSR. Além disso, demanda maior cuidado e apoio profissional considerando as características sociais desta população. Todos esse fatores contribuem para a alta prevalência da doença em PSR, o que demanda maior suporte oferecido pelo serviço de saúde para alcançar maior adesão e sucesso no tratamento. (BRASIL, 2016).

Além das doenças respiratórias, a PSR representa um grupo de risco para as ISTs devido a diversos fatores como relações sexuais desprotegidas e uso de drogas injetáveis. Segundo o censo de 2007 da cidade de Belo Horizonte, 5,1% dessa população apresentava HIV/AIDS. Já no censo de 2013 foi constatado uma porcentagem de 5,7% da prevalência de ISTs, sendo 4,7% de hepatites (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2013).

CONCLUSÃO

Os desafios no processo de cuidado são fortemente influenciados pela situação de vulnerabilidade na qual se encontra o paciente. Tratando-se de um paciente vulnerável, as dificuldades na abordagem, comunicação e tratamento de forma geral muitas vezes podem demandar estratégias específicas para as ações de saúde.

O aumento significativo dessa população nos últimos anos e a exposição a diversos determinantes sociais da doença reforçam a imprescindibilidade do fomento e implantação de políticas públicas para a promoção de maior acolhimento dessa população e o enfrentamento dos problemas expostos. As condições de saúde identificadas evidenciam a importância de uma rede de cuidado mais ampla, organizada e efetiva.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto Presidencial nº 7.053**, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, 24 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde:** adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 48 p.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. 3º **Censo da População em Situação de Rua e análise qualitativa da situação dessa população em Belo Horizonte**. MDS, 2013.

NATALINO, Marco Antonio Carvalho. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil.** 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção primária à saúde. **Consultório na rua.** Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/consultoriorua/. Acesso em: 06 out 2020.

CAPÍTULO V

A RELAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM A ESCOLHA DO PARTO E POSSÍVEIS INTERVENÇÕES: REVISÃO DE LITERATURA

Thawan da Luz Matias[16]; Alana Ribeiro de Araújo[17]; Maria Luiza Almeida dos Santos[18]; Valeska Cabral da Cruz[19]; Lívia Oliveira Bezerra[20].

DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-05

RESUMO:
Introdução: Organização Mundial de Saúde (OMS) realiza recomendações para propiciar assistência integral a mãe e bebê, incluindo intervenções não cirúrgicas para a redução das cesáreas desnecessárias, como a abordagem educativa no pré-natal. O fisioterapeuta obstétrico pode trabalhar no preparo para o parto contribuindo para um ambiente susceptível ao parto vaginal e humanizado, com consequente redução das intervenções cirúrgicas eletivas. Objetivo: Realizar uma revisão sistemática sobre a relação que a educação em saúde possui com a escolha das gestantes quanto a cesárea eletiva ou parto normal, além de observar as intervenções realizadas durante o trabalho de parto. Metodologia: Trata-se de uma revisão sistemática de literatura, nas bases de dados da LILACS, SciELO e PubMed, com objetivo de encontrar artigos que abordem o tema educação em saúde para gestantes nos últimos 5 anos (2015 a 2020), utilizando os descritores "Educação em Saúde", "Educação Pré-natal", "Cesárea" e "Saúde Materno-infantil". Resultados: Foram encontrados 974 artigos nas bases de dados consultadas, após a aplicação dos critérios de inclusão e leitura 14 estudos foram selecionados para compor a revisão. Conclusão: Os estudos demonstraram que a educação em saúde proporciona a redução do medo do parto, ansiedade e depressão durante a gravidez, além de oportunizar conhecimento sobre cuidados pré-natais, parto normal e amamentação, podendo propiciar uma boa experiência durante o trabalho de parto.
PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde. Cesárea. Pré-natal.

INTRODUÇÃO

A fisioterapia tem se mostrado em constante desenvolvimento, principalmente em relação as suas especialidades e ampliação do serviço prestado aos pacientes. Dentre as

16 Graduando em Fisioterapia pela Universidade Potiguar - Laureate International Universities. Lattes: http://lattes.cnpq.br/2574226435754163. E-mail: thawan_matias23@hotmail.com
17 Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Potiguar - Laureate International Universities. http://lattes.cnpq.br/2449224389888670. E-mail: alanaaribeiro15@gmail.com
18 Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Potiguar - Laureate International Universities. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4237286566728316. E-mail: malualmeeida@gmail.com
19 Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Potiguar - Laureate International Universities. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1773535249527576. E-mail: valeska_cabral@outlook.com
20 Mestre em Fisioterapia: avaliação e intervenção em fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7282155175981140. E-mail: livia.bezerra@unp.br

especialidades, a Fisioterapia em Saúde da Mulher ganha seu destaque ao promover a paciente um tratamento das disfunções do assolho pélvico (AP) e da mama, além de prevenir e avaliar essas disfunções. Essa área também abrange o atendimento a gestantes, parturientes e puérperas, no caso a fisioterapia obstétrica, com preparo para o parto e auxílio no pós-parto (BARACHO, 2018).

A fisioterapia obstétrica ainda é pouco difundida entre as mulheres, apesar dessa especialidade possuir condutas voltadas para esse público, com o objetivo de auxiliar esse período de mudanças físicas e psicológicas da gestação e puerpério. Segundo Baracho (2018), quando a gestante é encaminhada a fisioterapia, tem como objetivo se preparar para o parto, aliviar os sintomas decorrentes da gestação, prevenindo possíveis disfunções musculoesqueléticas e do assoalho pélvico, ou até mesmo saber a atividade física adequada (BARACHO, 2018).

No pré-natal a fisioterapia obstétrica pode trabalhar no preparo para o parto contribuindo para um ambiente susceptível ao parto vaginal e humanizado, com consequente redução das intervenções cirúrgicas desnecessárias. No puerpério poderá realizar intervenções para restaurar o trauma que o AP sofreu ou tratar as disfunções do pós-parto, como incontinência urinária (IU), diástase, ingurgitamento e mastite, entre outros. Esse trabalho fisioterapêutico voltado para um parto respeitoso, possibilita que o binômio mãe-bebê sejam os protagonistas, evitando intervenções desnecessárias, como as cesáreas eletivas (BARACHO, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) realiza recomendações para propiciar assistência integral a mãe e bebê, incluindo intervenções não cirúrgicas para a redução das cesáreas desnecessárias. Entre as recomendações, a OMS sugere que as taxas de parto cesáreo fiquem entre 10% e 15% (WOH, 2018), porém no Brasil esses valores estão em patamares bem superiores ao recomendado. De fato, um estudo realizado no Rio Grande do Sul, em 2015, demostra que o Brasil é um país pioneiro nos altos índices de cesariana, sendo 55,5% dos partos, cesariano (KOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. C, 2017). De acordo com os dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), em 2018, 55,9% dos partos foram cesarianos (BRASIL, 2018). Observando apenas a saúde suplementar essa porcentagem chega a 83% no mesmo ano, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (BRASIL, 2018).

Os dados de partos cesáreos no Brasil disponibilizados pela ANS e DATASUS demonstra valores elevados em cesáreas eletivas, despertando o interesse para confecção da revisão, de modo a enfatizar a fisioterapia obstétrica e a educação em saúde como fator de contribuição para diminuição desses valores.

METODOLOGIA

Este estudo é caracterizado como uma revisão de literatura, realizada por meio de uma seleção de artigos nas bases de dados eletrônicos LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*) e PUBMED.

A pesquisa aconteceu no mês de setembro de 2020, utilizando os descritores em Ciências da Saúde (Decs) em inglês "*Health Education*", "*Pre-natal Education*", *"Cesarean Section"* e "*Maternal and Child Health*". Os descritores *Health education* e *maternal and child health, cesarean section e health education* foram utilizados em conjunto por intermédio do operador booleano "*AND*", enquanto o *prenatal education* foi pesquisado sem associação a outro descritor, sendo *cesarean section e health education* pesquisado apenas na base de dados da Pubmed.

Como critérios de inclusão dos artigos foram utilizados: publicações dos últimos 5 anos (2015 a 2020), estudo quantitativo, transversal, ensaio clínico; e artigos nos idiomas inglês e português. Os critérios adotados para exclusão, foram: arquivos encontrados em mais de uma base de dados ou em pesquisas com descritores diferentes, revisão literária, estudo de corte e estudos que não abordassem a educação em saúde e a cesárea como tema principal.

A definição dos artigos utilizados nessa revisão se deu através da leitura dos títulos, sendo coerentes com o tema de estudo passaram para a próxima etapa, que foi composta pela leitura dos resumos. Após o resumo condizer com o tema, seguiu-se para os critérios de inclusão e exclusão, e em seguida os artigos foram lidos por completo.

RESULTADOS

A pesquisa realizada em setembro de 2020 foi dividida por base de dados e

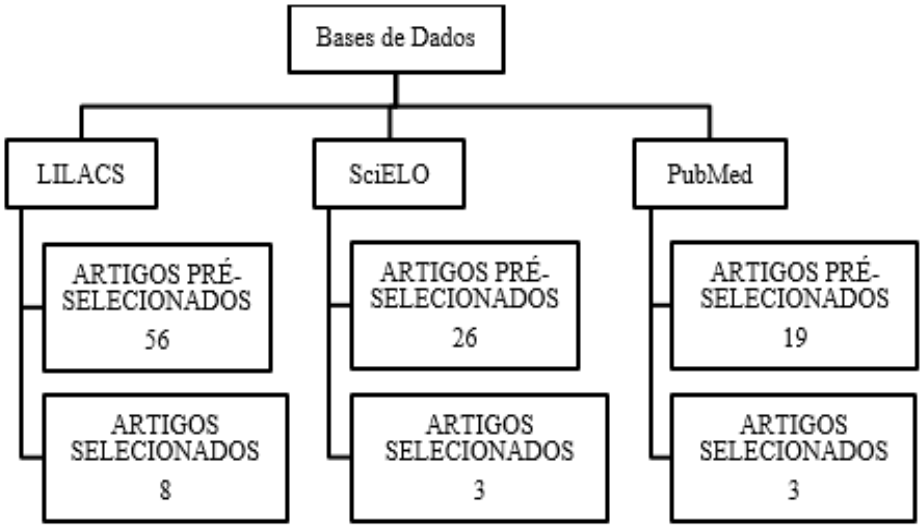
descritores. As bases selecionadas foram Lilacs, Scielo e Pubmed, sendo apresentado na tabela 1 a quantidade de artigos selecionados em cada base.

Na base de dados da Lilacs foram encontrados 2252 artigos, 1548 foram excluídos por não terem sido publicados entre 2015 a 2020, 135 não foram inclusos devido ao idioma não ser português ou inglês, 509 foram retirados pois o título não remetia ao tema de estudo e 45 foram excluídos pois o resumo não focava na temática. Após passar pela leitura completa dos artigos 7 deles não abordavam a educação em saúde e/ou parto como foco do estudo e não puderam ser inclusos.

Já na base de dados da Scielo a busca teve como resultado 885 artigos. Desses 498 foram excluídos por causa do critério de ano de publicação e 90 pelo critério do idioma, 271 não foram incluídos devido ao título não condizer com o foco deste estudo e 23 não passaram no critério de inclusão do resumo ou eram duplicados. Depois da leitura completa dos artigos nenhum deles foram excluídos por divergência do tema da pesquisa.

Por fim, na base da Pubmed a pesquisa apresentou 108 resultados, deles 89 foram excluídos por não se encaixarem na janela de tempo escolhida (2015 a 2020), estarem em um idioma diferente do inglês ou português e o título e resumo não abordarem a educação em saúde. Depois de realizada a leitura na íntegra dos artigos 16 foram excluídos por não focarem no tema da pesquisa e terem outros métodos associados.

Fluxograma 1 - Distribuição dos artigos científicos pré-selecionados e selecionados de acordo com as bases de dados.



DISCUSSÃO

No Brasil a medicalização do parto cresceu de forma considerável, sendo incorporada a opção de escolha da via de parto, onde de forma involuntária a mulher passa a acreditar que um parto não orquestrado por ela e seu bebê é o mais indicado e saudável. As taxas elevadas de cesarianas desnecessárias são resultantes, muitas vezes, da escolha do médico e, ao mesmo tempo, da permissão da mulher, frequentemente por desconhecimento ou déficit de informação (BARACHO, 2018). Além disso, permitir e solicitar tal cirurgia advém de vivências negativas quanto ao trabalho de parto, ou até mesmo do sofrimento de violência obstétrica, transformando o parto em um procedimento desumanizado (COPELLI, F. H. S. *et al*, 2015).

Fatores como o medo da dor, o tempo prolongado do parto, a desinformação, a praticidade da cirurgia, a indicação por parte do médico alegando a segurança do filho, possibilidade de lacerações e o poder de influência que o profissional tem, motivaram a opção pela cesariana (COPELLI, F. H. S. *et al*, 2015; BARACHO, 2018).

No estudo de Nascimento *et al.* (2015), foram destacados os depoimentos das entrevistadas, os quais relatavam fatores que influenciaram a escolha do tipo de parto e a falta de informação durante o pré-natal:

> "Prefiro cesárea ao normal porque tenho medo da dor [...]. Acho horrível sentir dor [...]. Vim preparada pra fazer cesárea. Mentalizei que eu não queria sentir dor [...]. Sinto-me bem, fiz cesárea, era o que eu queria (P2, P5, P14, P21, P22)."
>
> "A decisão de cesárea foi do médico [...]. Esperava não ter complicação no parto. Queria que tivesse sido normal [...]. Pelo bem dela (neném) me submeti à cesárea. Meu marido e minha mãe falaram que, por ela, valia tudo (P1, P2, P3, P6, P11, P17)."
>
> "Todos meus partos foram cesarianas [...]. O médico disse que não tem condições de ter normal [...]. Já sabia como ia acontecer (P2, P5, P25)."
>
> "No pré-natal não tive orientação [...]. O médico não falava quase nada [...]. Nunca explicaram como seria um parto [...]. Questionava o médico porque era minha primeira gestação [...]. Eu não sabia como era. Era inexperiente e ele só falava que eu ia saber só na hora (P11, P18)." (NASCIMENTO et al., 2015).

O parto conduzido pelo médico, na maioria das vezes escolhendo a cesárea como via de parto, destoa das recomendações apresentadas pela OMS, visto que o processo cirúrgico do parto, aumenta as taxas de cesáreas desnecessárias e não permite a atenção integral à mulher e ao bebê. A OMS sugere algumas práticas não clínicas para redução

dessas cesáreas, como as intervenções educativas, tanto para o profissional, quanto para a paciente. Isso torna indispensável compartilhar com a gestante e sua rede de apoio informações sobre a fisiologia do parto, os métodos não farmacológicos para alívio da dor, as vantagens, desvantagens e riscos dos tipos de parto, assim como explanar boas vivências sobre o parto normal (WHO, 2018; COPELLI, F. H. S. *et al*, 2015).

CESÁREA ELETIVA

Os dados coletados na ANS sobre cesárea, em 2018, comprovam a opção por cesáreas eletivas, possibilitando concluir que o fator classe econômica define a escolha do tipo de parto. Na região sudeste do Brasil, a taxa geral de cesárea nos hospitais foi de 53% entre 9.828 mulheres para as quais havia dados disponíveis. Desse valor, 84,8% das 2.259 mulheres atendidas no setor suplementar realizaram a cesariana, no qual seus cuidados maternos eram financiados por esse mesmo sistema. Destoando disso, no sistema público a taxa de cesariana foi relativamente menor, chegando a 43,4% dos partos, em uma quantidade de 7.569 mulheres atendidas nesse sistema (BRASIL, 2018; ALONSO, B. D. *et al*., 2017).

No estudo de Prado *et al.* (2017) a taxa de parto normal ficou em 59,4%, enquanto a cesárea foi realizada em 40,46% dos casos. Quando observado os sistemas de saúde separados, privado e público, a taxa de cesárea chega a 75% e 35%, respectivamente. Isso demonstra a prevalência dos elevados índices de cesariana no sistema de saúde suplementar, destoando das práticas não cirúrgica no sistema público.

De acordo com Silva *et al.* (2019) das primigestas participantes do estudo e que objetivavam uma via de parto, 16,1% preferiram cesárea, delas 20% foi por recomendação médica e 40% por sentir medo da dor e/ou por indicação clínica. Já 83,9% tinha como preferência a via vaginal, principalmente pela rápida recuperação e por ser um parto natural. Tais dados ressaltam que as mulheres conseguem perceber os benefícios do parto normal para elas e seus filhos.

No estudo de Carvalho *et al.* (2019) foram entrevistadas 16 primigestas, delas 9 escolheram a via de parto vaginal e 6 a cesárea. Contudo, apenas 5 das que escolheram o parto normal realmente tiveram a experiência desejada, as outras passaram pela cesárea e apenas 1 das que escolheram o parto cirúrgico não teve seu filho dessa forma. As cesáreas

foram realizadas por volta da 37ª a 38ª semana de gestação, assim contrariando as recomendações literárias e ressaltando a falta de cumprimento do que é estabelecido pela OMS.

No Brasil, os atendimentos obstétricos não seguem um padrão de boas práticas durante o trabalho de parto, seja no sistema público ou privado. Porém, quando observado as indicações de cesárea, eletiva ou não, constatou-se a realização com maior frequência nas mulheres atendidas no sistema suplementar, com maior tempo de escolaridade e alto risco obstétrico (PRADO *et al*., 2017).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA GESTANTES

A oferta de educação em saúde deve ser valorizada e garantida a todas as gestantes, visto que o acesso à informação poderá proporcionar empoderamento e autonomia para a mulher fazer suas escolhas de forma independente. O profissional da saúde pode, através de dinâmicas e conversas, auxiliar a gestante a entender os assuntos não esclarecidos, o protagonismo que ela tem no seu parto, reduzindo apreensões e contribuindo para melhorar a qualidade de vida. Isso porque, em muitos casos, as mulheres não são devidamente orientadas durante o pré-natal sobre como lidar com a dor do parto, como otimizar as contrações e quais são as escolhas que elas podem fazer com apoio dos profissionais da saúde (LIMA *et al*., 2019; BARACHO, 2018).

Na análise de Gonçalves *et al*. (2017), existiu uma diferença quanto ao fornecimento de educação em saúde sobre o parto em relação a quantidade de consultas de pré-natal que as gestantes obtiveram. Aquelas que tiveram mais de seis consultas informaram que não receberam nenhuma orientação para o parto. Já aquelas que tiveram a última consulta por volta de 15 dias antes do parto, receberam mais informações/orientações sobre o parto. No ambulatório do hospital público, no interior de São Paulo, 71% das gestantes presentes relataram não ter participado de nenhuma ação educativa durante o pré-natal (GONÇALVES *et al*., 2017; MAZZETTO *et al, 2020*).

No estudo de Mouta *et al*. (2017), realizado na Casa de Parto do município do Rio de Janeiro, Brasil, de 11 puérperas apenas 1 informou conhecimento prévio do plano de parto, as outras 10 passaram a conhecer quando tiveram seus respectivos acompanhamentos na casa de parto.

Na Sociedade Assistencial Nossa Senhora do Carmo (SANSCA) em Pelotás/RS, por intermédio das falas das participantes, é perceptível o déficit que as gestantes possuem quanto a educação perinatal e o quão importante os grupos de gestantes foram para a obtenção de informações:

> [...] no meu pré-natal eles não me falaram nada, era só o que eu perguntava para elas mesmo[...](M1).
>
> [...] A médica nunca falou sobre isso e eu nunca perguntei também[...] (M4).
>
> [...] Eu não sei muita coisa assim, como tu diz ... Não sei muitas coisas sobre as fases do trabalho de parto [...] (M1).
>
> [...] o grupo para mim foi bastante importante, eu aprendi bastante coisa ali [...] acho bastante importante vocês fazerem o grupo, porque eu não sabia muita coisa [...] (M1).
>
> [...] no grupo eu aprendi sobre as contrações também [...] porque como era meu primeiro filho eu não sabia [...] o grupo que eu fiquei sabendo sobre algumas doenças que podia ter durante a gravidez [...] depois para ensinar como a gente lidava com as crianças, algumas coisas sobre as cólicas eu aprendi ali com vocês também [...] ajudou bastante sobre saber a hora que o bebê está querendo nascer também [...] (M1) (BLANK *et al*., 2019).

De acordo com Shi *et al*. (2015), após as gestantes participarem de um currículo de educação pré-natal, o conhecimento e a consciência da maioria melhoraram em relação a cuidados pré-natais, parto normal e amamentação, capacidade de comunicação com médicos, atitudes em relação ao parto e ao hospital. Além disso, essas gestantes apresentaram uma taxa maior de comparecimento as consultas do pré-natal e melhor recuperação pós-parto.

Analogamente, Hassanzadeh *et al.* (2020) destaca que os benefícios da educação pré-natal incluem a redução do medo do parto, ansiedade e depressão durante a gravidez. Essa redução poderá preparar as primíparas para uma boa experiência de parto influenciando na maneira de vivenciá-lo. Com a parturiente mais calma a cooperação com a equipe obstétrica se torna melhor, o que proporciona um parto mais fácil e eficiente. Dessa forma, a educação perinatal demonstra sua importância, além de ser uma técnica de baixo custo e simples aplicação (KACPERCZYK-BARTNIK *et al*., 2019).

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

No estudo realizado no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) em

Acarape/CE, gestantes foram apresentadas a alguns temas de educação em saúde, sendo os temas divididos por encontros, totalizando oito encontros. A cada encontro era avaliado, de forma indireta o conhecimento das gestantes acerca de cada tema. No tema "mudanças anatômicas e fisiológicas ocorridas na gestação", as gestantes explicaram viver tais mudanças, porém acerca do conhecimento sobre os métodos para aliviar os sintomas ou evitá-los elas não possuíam conhecimento prévio (LIMA *et al*., 2019). Tal constatação demonstra o quanto o profissional fisioterapeuta pode intervir, auxiliando as gestantes, uma vez que sua formação contempla o funcionamento biomecânico e musculoesquelético das estruturas corporais, compreendendo a fisiologia e as mudanças anatômicas.

A falta de conhecimento em relação ao assolho pélvico e os exercícios durante a gravidez evidenciam a importância de a fisioterapia realizar ações educativas para gestantes, seja na rede pública ou privada, destacando as informações sobre o assoalho pélvico e as atividades desenvolvidas para a gestação e puerpério. Baracho (2018) descreve atividades que podem ser realizadas com a gestante e seu acompanhante, no intuito de promover esclarecimento das dúvidas e até mesmo entender sobre os assuntos ainda desconhecidos. Entre as dinâmicas sugeridas está a distribuição de fichas com explicações das etapas do trabalho de parto e com atitudes que o casal deve assumir frente aos sinais de que o parto está se aproximando.

CONCLUSÃO

De acordo com os estudos abordados fica perceptível a fragilidade que a educação em saúde é emanada, mas também é possível perceber que mesmo com os déficits de propagação ela possui seus inúmeros benefícios e existem profissionais que batalham pela popularidade e prática dessa educação.

A educação em saúde proporciona a redução do medo do parto, ansiedade e depressão durante a gravidez, além de oportunizar conhecimento sobre cuidados pré-natais, parto normal e amamentação. Esse método é uma técnica de baixo custo e simples aplicação, mas com ganhos consideráveis, principalmente para as primíparas, pois poderá propiciar uma boa experiência durante o trabalho de parto.

Ao profissional fisioterapeuta, cabe a preparação das gestantes no pré-natal,

abordando temas pertinentes a fisiologia do parto e as mudanças anatômicas durante a gestação. A utilização da educação em saúde durante a gestação deve ser estimulada aos profissionais, visto que a técnica garante benefícios para o binômio mãe-bebê.

REFERÊNCIAS

ALONSO, B. D. *et al*. **Caesarean birth rates in public and privately funded hospitals: a cross-sectional study.** Rev Saude Publica. 2017; 51:101.

BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

BLANK, E. B. *et al*. **Práticas educativas para (re)significar o parto e o nascimento no olhar de puérperas.** Salusvita, Bauru, v. 38, n. 3, p. 581-595, 2019.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Nascidos Vivos - Brasil**. 2018. Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def. Acesso em: 22 mai. 2020.

BRASIL. Ministérios Da Saúde**. Taxas De Partos Cesáreos Por Operadora De Plano De Saúde**. 2018. Fonte: O Sistema de Informações de Produtos da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude. Acesso em: 22 mai. 2020.

CARVALHO, E. R. *et al*. **Expectativa e experiência do processo parturitivo em mulheres atendidas em unidade básica de saúde.** Saúde e Pesquisa, Maringá, v. 12, n. 3, p. 545-554, 21 out. 2019.

COPELLI, F. H. S. *et al*. **Fatores Determinantes Para A Preferência Da Mulher Pela Cesariana. Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 336-343, jun. 2015.

GONÇALVES, M. F. *et al*. **Pré-natal:** preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do brasil. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 38, n. 3, p. 1-8, 12 mar. 2017.

HASSANZADEH, Robab *et al*. **Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes.** Bmc Women's Health, v. 20, n. 1, p. 1-8, 14 ago. 2020.

KACPERCZYK-BARTNIK, J. *et al***. Association between antenatal classes attendance and perceived fear and pain during labour.** Taiwanese Journal Of Obstetrics And Gynecology, v. 58, n. 4, p. 492-496, jul. 2019.

KOTTWITZ, F.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. C**. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações.** Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 1-8, nov. 2017.

LIMA, V. K. S. *et al*. **Educação em saúde para gestantes:** a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal. Revista Fundamental Care Online, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 968-975, set 2019.

MAZZETTO, F. M. C. *et al*. **Sala De Espera:** educação em saúde em um ambulatório de gestação de alto risco. Saúde e Pesquisa, Maringá, v. 1, n. 13, p. 93-104, mar. 2020.

MOUTA R. J. O. *et al*. **Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino.** Revista Baiana Enfermagem. 2017;31(4).

NASCIMENTO, R.R.P *et al*. **Escolha do tipo de parto:** Fatores relatados por puérperas. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2015; 36 (esp): 119-26.

PRADO, D. S. *et al*. **Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil.** Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 63, n. 12, p. 1039-1048, dez. 2017.

SHI, Yuhui *et al*. **The effect of prenatal education curriculum on mother's prenatal examination utilization, delivery mode and recovery status: a cross-sectional survey in china.** Environmental Health And Preventive Medicine, v. 20, n. 6, p. 397-403, 23 jul. 2015.

SILVA, M. M. J.; SILVA, S. C. B.; MELO, G. A. **Autonomia da gestante na escolha do tipo de parto**. Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo, [S.L.], v. 21, n. 2, 26 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION**. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections**. Geneva: WHO, 2018.

CAPÍTULO VI

A UTILIZAÇÃO DE PRÓTESES 3D EM AMPUTAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR E SUA RELEVÂNCIA PARA TERAPIA DE MÃO

Girllene Ramalho de Deus[21]; Jaqueline dos Anjos Silva[22];
Lorena Pinheiro da Conceição Costa[23]; Jorge Lopes Rodrigues Júnior[24].
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-06

RESUMO:
O presente trabalho teve como objetivo interligar a utilização da tecnologia 3D na produção de próteses e a sua relevância para a Terapia de Mão em amputações de membro superior, para isso realizou-se um breve levantamento histórico a cerca dos temas em destaque. Os resultados de nossa pesquisa evidenciaram a importância desse tipo de tecnologia para a grande área de abrangência da saúde, no entanto, há pouca publicação científica no que concerne esse assunto à Terapia de Mão no Brasil. Dessa forma, o presente artigo apresenta-se como possível norteador para futuras pesquisas nesse campo de atuação de profissionais da reabilitação do membro superior.
PALAVRAS-CHAVE: Prótese 3D. Terapia de mão. Amputação parcial de mão.

INTRODUÇÃO

Segundo Ferrigno (2008) “As relações entre o homem e os objetos e entre os próprios homens estabelecem-se pelas mãos”. A partir dessa afirmação, compreendemos a importância desse membro para o pleno desenvolvimento das relações e formação do sujeito no meio em que vive.

Historicamente a mão do ser humano foi uma aquisição extremamente importante, uma vez que possibilitou o manejo de instrumentos, favorecendo sua própria defesa e modificação do meio ambiente para melhor sobreviverem.

A funcionalidade da mão é tão complexa que Pardini (2006) relata que até hoje

21Terapeuta Ocupacional formada pela Universidade do Estado do Pará. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0824081066151228. E-mail: rgirllene@yahoo.com.br
22 Terapeuta Ocupacional formada pela Universidade do Estado do Pará. E-mail:jaquelineanjos0212@gmail.com
23Terapeuta Ocupacional formada pela Universidade do Estado do Pará. Lattes: http://lattes.cnpq.br/2624624174131452. E-mail: lorenapinheiro24@hotmail.com
24 Docente do curso de Pós-Graduação em Terapia da mão e Reabilitação de Membro Superior da Faculdade Ciência e Conhecimento. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9719591895028261. E-mail: Jorgeto_004@yahoo.com.br

não sabemos ao certo toda a extensão de posições possíveis para articulações de dedos e punho, "(...) É a articulação mais sofisticada e completa, se comparando a mão ou patas de outros animais" (SCHOLTEN; ALVIM; CAVALCANTE et al, 2018).

As estruturas da mão são organizadas de maneira que possam suprir todas as necessidades funcionais, principalmente para funções de pinça e preensão (PARDINI, 2006). Por isso, consideramos necessária uma breve apresentação dos aspectos funcionais e biomecânicos da mão, nesse sentido destacamos, segundo Ferrigno (2008):

- Terminologia das regiões da mão: Região volar ou palmar, Região Dorsal;
- Posição de repouso e posição preensora da mão: condira-se a posição da mão durante imobilização e durante posicionamentos dinâmicos;
- Arcos da mão: formada pelas estruturas ósseas e equilíbrio muscular que permitem movimentos de apreensão de objetos;
- Pregas de flexão da mão: Sinais de enrugamento da pele que indicam os movimentos das articulações, o que permitem liberar ou bloquear determinadas articulações;
- Conceito de obliquidade: Com a mão fechada, observa-se o ângulo formado entre as cabeças dos metacarpianos em relação aos ossos do carpo. Com a mão aberta podemos identificar o lado radial por ser mais alto e mais longo em relação ao lado ulnar;
- Proeminências ósseas: Estruturas extremamente importantes de serem observadas, pois podem levar a lesões por pressões quando há uso de dispositivos. Áreas de destaque: dorso das articulações metacarpofalangeanas, base do primeiro metacarpiano, processos estiloides do Rádio e da Ulna, osso pisiforme, epicôndilos laterial e medial do Úmero.
- Alinhamento do III Metacarpiano com os ossos do antebraço: Durante confecção de dispositivos de tecnologia assistiva, como órteses, esse alinhamento permite a observação de desvios ulnar e radial;
- Alinhamento dos dedos: A mão, quando em posição fechada, deve permanecer com os dedos alinhados em direção ao osso escafoide. Esse alinhamento não ocorre quando há fraturas de metacarpianos;
- Efeito Tenodese: conceitua-se como a ação sinérgica dos músculos flexores e extensores do punho, o que permite flexão ou extensão completa dos dedos;
- Distribuição sensorial Cutânea dos nervos periféricos da mão: Temos como principais aferentes sensoriais para membros superiores os nervos radial, ulnar e mediano.

As diferentes atividades de vida diária só são possíveis graças ao conjunto de

movimentos harmônicos e independentes de dedos em oposição ao polegar e aspectos biomecânicos da mão, para tanto são necessários os requisitos mínimos supracitados. Só assim podemos apreender, segurar, manter, soltar, manusear, levar a mão aos objetos ou segurá-los e deslocá-los em todas as direções.

É possível perceber a importância desta parte de nosso corpo no dia a dia devido as diversas possibilidades de atividades que a mão pode executar e pelo fato de que qualquer comprometimento nela pode causar ao indivíduo diversos problemas psicológicos. Para Lopes e Almeida (2013) esses problemas são devidos á própria limitação funcional que algumas doenças causam ou pela deformação estética, em casos de amputação.

Quando se fala das deformidade que o corpo sofre, temos de ter em mente que a imagem corporal para a sociedade tem grande importância, transformando a ausência de um defeito físico ou de uma deformidade como padrão de beleza, o que repercute como discriminação para indivíduos que têm algum tipo de deficiência física, como os amputados (ROSA, SOUSA, BAPTISTA, 2013).

Em muitos casos dependendo do trauma sofrido pelo paciente, fatores agravantes como lesões osteoarticulares, lesões do sistema nervoso periféricos e lesões vasculares condições onde tornam-se impossíveis reparação vascular ou a aquisição (restauração) da função manual ou parte dela, a conduta cirúrgica, mas indicada torna-se a amputação (PARDINI, 2006).

A amputação parcial de mão é a mais comum dentre as amputações de mão, tendo como causador principal acidentes relacionados ao trabalho), refere Alvial (2018). Ainda segundo o mesmo, autor, dependendo do nível, que ocorreu esta amputação, pode acontecer do individuo apresentar uma diminuição ou limitação na execução de atividades do trabalho ou de sua vida diária. Quando isto acontece, torna-se necessário, se possível, a utilização de uma prótese, que segundo o Ministério da saúde [MS] (2014) é um dispositivo ortopédico que tem como função substituir um membro amputado ou com má formação.

Define-se as amputações de mão a partir do nível de desarticulação ou nível em que uma parte do corpo foi cortada, sendo assim, temos:

- Amputação de dedo/polegar
- Amputação parcial da mão
- Amputação carpal/transcarpal
- Desarticulação de punho

Pode-se definir ainda as amputações de mão a partir da relação e envolvimento de estruturas:

1. Dedos: amputação única ou múltipla de dedos;
2. Polegar;
3. Uma combinação de dedos e polegar: a hemiamputação radial ou ulnar ou a amputação metacarpal acarretam uma mão em mitene
4. Toda a mão

Em relação a amputação de um dedo é realizada a nível de raio do dedo indicador e a através da articulação IFP do dedo mínimo.

Sobre a mão radial refere-se a perda de quatro dedos. A amputação mão ulnar significa a perda dos três dedos radiais. E por fim a mão em mitene é sobre a perda de todos os dedos.

MÉTODOLOGIA

Trata-se de uma Pesquisa bibliográfica na qual se busca os resultados em material já publicado como, por exemplo, livros, periódicos, fotos, artigos em meio eletrônicos.

Inicialmente, realizamos ampla busca na literatura, pesquisando de publicações dos últimos 5 anos, em bases de dados eletrônicos buscando reunir o maior numero de informações a cerca do tema, utilizando como descritores: “próteses 3D”, “amputação” e “Terapia da Mão”. As plataformas de busca utilizados para nossa pesquisa foram BVS/Bireme, Scielo, Medline-PubMed, Lilacs e Google Acadêmico, durante os meses de janeiro a maio de 2019. Utilizamos também como fonte de nossa pesquisa materiais impressos como Anais de congressos, livros e revistas científicas.

Empregamos como critérios de inclusão dos materiais para análise a relação com

o tema, tendo sido selecionados Estudos de Caso, Estudo de Campo, Revisões Bibliográficas e Estudos de levantamento histórico.

DISCUSSÃO

HISTÓRICO DAS PRÓTESES

Quando se fala sobre o uso das próteses e seu surgimento, várias teorias e marcos histórico são encontrados, percorrendo da mais simples prótese com objetivo estético até o material mais sofisticado e funcional dos dias atuais.

Norton (2007) cita que os pioneiros em utilizar as próteses foram os egípcios, que com material bem rústico, utilizavam fibra para sua construção. No entanto, a prótese apresentava-se com um sentido de complemento de algum membro, e não como função.

Alguns autores já datam o surgimento destes membros artificiais em ilustrações e registros históricos muito antigos, como desenhos em vasos e mosaicos. Para Putti *et al.* (2005 apud LOPES, ALMEIDA, 2013, p.14) a utilização de uma prótese foi relatada em um documento registrado por Herodes, o qual referia sobre um soldado que, para se livrar da morte em 484 a.C., cortou seu próprio pé para se livrar das correntes e escapar.

Ainda segundo o mesmo autor, sempre foi mais comum as próteses de membros inferiores do que as dos membros superiores. Estas tiveram seus primeiros registros em meados do século XV e XVI, como refere Norton (2007) no ano de 1500, quando o mercenário de nome Gotz Von Berlichingen, o qual perdeu seu braço direito em uma batalha, utilizava um par de mãos de ferro tecnologicamente avançadas. Neste caso podemos observar o inicio da utilização das próteses com objetivo funcional, uma vez que esta prótese apresentava grande quantidade de graus de liberdade, como mecanismos de movimentação dos dedos que permitiam segurar objetos.

Porém, com o aparecimento das guerras Civil, I e II guerra mundial, o numero de amputados teve um aumento considerável, onde segundo Lopes e Almeida (2013) foram registradas cerca de 300.000 amputações na Europa. a partir de então, houve um aumento das pesquisas e a importância da discussão de tecnologia e desenvolvimento de próteses, o que proporcionou formação de ortopédicos e protéticos (NORTON, 2007).

É possível observar, ao decorrer dessa história das próteses, tudo o que foi

desenvolvido de dispositivos necessários para garantir e proporcionar ao ser humano amputado o máximo de função para que ele retornasse as atividades que já desenvolvia (Norton, 2007).

TECNOLOGIA 3D APLICADA À SAÚDE

O conhecimento a cerca da tecnologia 3D é existente há mais de três décadas, no entanto, a sua aplicação na área da saúde só foi possível após alcançar níveis de exigência e perfeição adequados, o que ocorreu recentemente (ZADPOOR; MALDA, 2016).

Diversos autores apontam inúmeras possibilidades da utilização da impressora 3D na saúde como, por exemplo, no desenvolvimento de próteses e órteses projetadas para uso individual, no planejamento de cirurgias, impressões de células tronco embrionárias, impressão de vasos sanguíneos e tecidos cardíacos, impressão de pele, impressão de cartilagens e ossos, impressão de órgãos internos, além de pesquisa oncológica e estudos sobre o câncer através da impressão 3D (RODRIGUES JR., 2018).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, existem cerca de um bilhão de pessoas com deficiência no mundo e a expectativa de vida dessa população tem aumentado, principalmente em função do desenvolvimento tecnológico. No sentido de manter ou ofertar uma maior qualidade de vida, também se espera que cresça a demanda de órteses, próteses, adaptações e demais dispositivos de auxilio (BAUERMEISTER; ZURIARRAIN; NEWMAN, 2016).

A partir dessa perspectiva a utilização de equipamentos, dispositivos e equipamentos em 3d mostra-se possível e acessível, pelo seu nível alcançado de adequação para os fins propostos bem como seu baixo custo quando comparado a outras tecnologias ofertadas (AZEVEDO et al., 2018).

PRÓTESES EM 3D NA TERAPIA DE MÃO

Científica e Historicamente, ao serem descritos a criação e processos de produção das próteses parciais de mão em 3D, destaca-se o Pesquisador Richard Van As.

Richard Van As, profissional de carpintaria, perdeu 4 dedos da mão em um

acidente de marcenaria no ano de 2011, e devido este fato começou a pesquisar próteses. Durante suas pesquisas, Van As encontrou quase nada disponível para utilizar na substituição de seus dedos perdidos, e quando encontrava os valores eram inacessíveis. Assim em sua garagem consequentemente resolveu criar (desenvolver) seus próprios dedos com ajuda de uma impressora 3D resultando no modelo Robofinger (JELFS, 2019).

Após a postagem on-line de seu invento, Van As foi abordado por outras pessoas com diferenças nos membros superiores, o que consequentemente deu início a criação da Robohand e mais recentemente da Roboarm, sendo esta uma organização sem fins lucrativos Sul Africana objetivando o trabalho de confecção de dispositivos de mudança de vida, já contando em seu histórico um público de aproximadamente 200 pessoas atendidas (JELFS, 2019).

Através de contribuições de renomados pesquisadores como o citado anteriormente, a Terapia de Mão no Brasil, enquanto especialidade no vasto campo da reabilitação, pôde utilizar esses conhecimentos como embasamento no desenvolvimento de técnicas e recursos para diferentes patologias atendidas.

Em nível nacional destacamos a década de 70 como sendo o período de introdução da Terapia de mão no Brasil. Após viagens realizadas pelo mundo, alguns cirurgiões de mão, tomaram conhecimento a cerca da especialidade reabilitativa em Terapia de mão, e trouxeram este conhecimento para o nosso País. Ao longo dos anos essa especialidade ganhou grande relevância no cenário nacional tendo atualmente profissionais como Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta engajados em Pós-graduações em Reabilitação da Mão dando um atendimento global, com melhores resultados funcionais para o paciente (FERRIGNO, 2008).

Ferrigno (2008) conceitua a Terapia da Mão como sendo o tratamento baseado na avaliação e na aplicação de técnicas para prevenir a disfunção, restabelecer a função ou impedir a evolução de doenças que culminem com incapacidade de usar adequadamente o membro superior nas atividades do dia a dia.

Xavier (2018) faz um apanhado das pesquisas realizadas no Brasil com próteses de membro superior e impressora 3D, e mostra que a iniciativa da utilização da impressora 3D para próteses de membro superior vem crescendo lentamente, mas que há grandes pesquisas envolvendo diversas universidades e grupos de pesquisa, onde há propostas

com próteses de baixo custo em impressora 3D e algumas com acionamento biônico.

Para Rodrigues Jr. (2018) o uso da impressora 3D para a confecção de dispositivos para pacientes com disfunções físicas é algo transformador, uma vez possibilita melhor adequação individual e refinamento ao excluir o uso de alguns materiais, que possam causar incômodos ou intercorrências ao permitir melhor ajuste, sem sobreposições ou costuras, além da melhora da estética do produto e do menor custo em relação às adaptações já existentes no mercado, nesse sentido, apresenta-se como alternativa em crescente potencial no âmbito da terapia de Mão.

Ferrigno (2008) afirma que ao longo dos anos novos recursos foram e ainda estão sendo incorporados ao trabalho do terapeuta de mão, nesse sentido podemos compreender o uso das próteses e demais dispositivos, produzidos a partir da tecnologia de impressão 3D, como fazendo parte desses novos recursos, o que é afirmado por Xavier em sua tese de mestrado (2016, p. 52) "Recentemente a impressora 3D passou a ser uma realidade tecnológica importante. Recebeu atenção especial do mercado, tem aplicabilidades diversas e a cada ano apresenta novos potenciais de aplicação".

De Natale (2006) destaca que a variedade dos componentes utilizados para a fabricação das próteses é diversa e se encaixa de acordo com o tipo de amputação, condições socioeconômicas de cada paciente, permitindo assim, soluções individualizadas. Dessa forma, compreende-se que ao ofertar possibilidades ao sujeito na aquisição de componentes produzidos a partir de material de qualidade, como aqueles utilizados na prototipagem 3D, com baixo custo, e boa aceitação na área médica, possibilita-se melhor acesso a esses dispositivos, além de uma modelagem mais adequada para cada individuo.

Segundo Rodrigues Jr (2018) a enorme popularização da impressora 3D se dá principalmente em consequência de projetos extremamente customizáveis, uma vez que dependem das medidas e condições de cada indivíduo, levando à uma melhora na adaptação às órteses e próteses, que influenciará na reabilitação do paciente, maior bem-estar e qualidade de vida. Essa reflexão direciona os caminhos percorridos pelos terapeutas de mão para a escolha mais acessível dos materiais a serem utilizados para a confecção desses dispositivos, de maneira específica o autor refere a atuação do Terapeuta Ocupacional com especialização nesta área de atuação, ressaltando que este profissional

terá como ênfase de suas intervenções o treino funcional de seus pacientes.

Reafirmando a ideia de De Natale e Rodrigues Jr, Azevedo et al. (2018) descreve que a preocupação com a saúde do paciente leva a procura por melhorias nos processos de atendimento que vão desde consultas até os resultados esperados para cada procedimento aplicado. Afirma ainda que, o uso da tecnologia 3D possui impacto positivo na área de reconstrução de membros, citando a Instituição Sul Africana, Robohand, como destaque na produção desse tipo de dispositivo.

Logo, conclui-se que as técnicas de prototipagem 3D, já podem ser consideradas uma realidade no âmbito da Terapia de Mão, sendo utilizada largamente por profissionais da área, sejam eles médicos cirurgiões, Terapeutas Ocupacionais ou Fisioterapeutas especialistas neste campo da reabilitação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer dessa jornada que foi a construção deste artigo, observou-se o quanto a utilização de técnicas em 3d vem sendo crescente no âmbito da terapia de mão no Brasil, no entanto, ainda com pouca publicação científica, e esse se mostrou nosso maior desafio no momento em que iniciamos nossas pesquisas.

Durante o percurso na realização deste trabalho até o presente desfecho, muito ouvimos falar a respeito das facilidades proporcionadas pelo uso da tecnologia 3D, bem como sua relevância econômica em consequência de seu baixo custo, o que favorece seu uso para a área da saúde, em especial para Terapia de mão. Apesar disso, materiais bibliográficos foram mais facilmente encontrados quando associamos à pesquisa temas relacionados ao campo das engenharias, principalmente elétrica e mecânica.

Nesse sentido, compreendemos que o presente trabalho possa ser impulsionador para que novas publicações no campo da terapia de mão sejam produzidas, inclusive a respeito de experiências exitosas, além de proporcionar à estudiosos dessa área uma nova fonte de pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALVIAL, P**.** BRAVO, G. BUSTOS, M. MORENO, G. ALFARO, R. CANCINO, R. ZAGAL, J.C. (2018, Março 2). Quantitative functional evaluation of a 3D – printed silicone –embedded prosthesis of partial and amputation: a case report. ***Journal of hand therapy, volume*** (31), 129 – 136.

AZEVEDO, L.G.C., BAÍA JR, L.O.S., OLIVEIRA, M. S., AMORIM, N. D. M., COUTINHO, K.D., NAGEM, D.A.P., NETO, C.L.B.G., HÉKIS, H.R., & VALENTIM,R.A.M (2018). ***Órteses e Próteses Aplicadas à Tecnoligia 3D na Saúde*:** uma revisão sistemática. Natal: SEDIS-UFRN.

BAUERMEISTER, A.J., ZURIARRAIN, A., & NEWMAN, M. I. Three-Dimensional Printing in Plastic and Reconstructive Surgery: a systematical review. **Annals** of Plastic Surgery, v. 77, n.5, p.569-576, nov 2016. Disponível em: < http:// https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26678104>

DE NATALE, V.H.C (2006). Próteses: reabilitação do amputado de Membro Superior. In P.P. Freitas (Ed.) ***Reabilitação da mão***. São Paulo: Atheneu.

FERRIGNO, I.S.V. (2007). ***Terapia da mão***. São Paulo: Santos Editora.

JELFS, Brad (2019). Robohand Australia. Disponível em: <https://www.indiegogo.com/projects/robohand-australia#/>

LOPES, J.A.L. ALMEIDA, L.L.C. (2013). ***Metodologia para concepção de prótese ativa de mão utilizando impressora 3d***. Trabalho de monografia. Universidade de Brasilia. Brasilia, DF, Brasil.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2014). ***Técnico em órteses e próteses*** [livro-text]. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho na Saúde.

MORRIN- Boscheinen, J. Davey, V. Conolly, W.B. (2002). **A mão:** bases da terapia. 2 ed. São Paulo: Manole.

NORTON, Kim M. (2007). **A Brief History of prosthetics.** *Issue 7. Vol* (17)

Pardini Jr, A.G. (2006). Anatomia Funcional. In P.P. Freitas (Ed.) ***Reabilitação da mão***. São Paulo: Atheneu

RODRIGUES JR. Cruz, L.M.S. Sarmanho, A.P.S. (2018) **Impressora 3D no desenvolvimento de pesquisas com próteses.** Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional, vol.2, pg.398-413.

ROSA, J. SOUSA, J. BAPTISTA, R. (2013, fevereiro). Modelling of a prosthetic hand featuring individual grip on each one of the five fingers. ***Português Congress on Biomecahnics***, Espinho, Portugual,6.

SCHOLTEN, S. W. A. ALVIM, J. P. N. CAVALCANTE, R. S. C. A, CARDOSO. SOARESE, A. B. LAMOUNIER Jr, E. (2018, janeiro). A Manufatura De Próteses De Membros Superiores De Baixo Custo Através De Técnicas De Modelagem E Impressão 3d. ***Anais*** *do V Congresso Brasileiro de Eletromiografia e Cinesiologia e X Simpósio de Engenharia Biomédico*, Uberlandia, MG, Brasil, 633.

XAVIER, R.T. ***Implementação de uma prótese ativa para membro superior de baixo***

custo. [Dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Engenharia. Ilha Solteira; 2016. Disponível em: http://hdl.handle.net/11449/144525 .

ZADPOOR, Amir A.; MALDA, Jos. Additive Manufacturing of Biomaterials, Tissues, and Organs. **Annal** of Biomedical Engineering, v. 45, n.1, p. 1-11, 87. 2016. Springer Nature. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10439-016-1719-y>

CAPÍTULO VII

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O PAPEL DO PSICÓLOGO

Pâmella da Silva Aranda[25]; Aldenor Batista da Silva Junior[26];

Graziela Cristina Jara[27].

DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-07

RESUMO:
Sendo a violência obstétrica todos os atos desrespeitosos e práticas contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante o pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento, a qual pode ser acometida por profissionais de saúde, abordasse essa como uma problemática presente em hospitais e maternidades e um potente contexto de atuação do psicólogo. Este artigo é oriundo de artigos científicos levantados na base de dados da Scielo e foram selecionados de acordo com a temática abordada no trabalho por meio do uso dos descritores, preferenciando por artigos que discutissem a prática do psicólogo neste contexto. Apresentar brevemente os resultados a respeito de como o psicólogo pode contribuir para o trabalho frente a violência obstétrica. Observa-se ainda a falta de produção a respeito da temática, muito embora seja um tema que vem sendo repercutido recentemente, destaca-se segundo as pesquisas que uma hipótese pela escassez de literatura é que as mulheres ainda sentem medo e repressão em falar do assunto, muitas não querem se pronunciar a respeito da temática ou até mesmo relatar os episódios que vivenciaram, ou até mesmo muitas vezes não possuem consciência de que foi vítima de uma violência.
PALAVRAS-CHAVE: Violência Obstétrica. Psicologia Hospitalar. Psicologia da gravidez. Atuação do Psicólogo.

INTRODUÇÃO

Para a elaboração desse artigo buscou-se como objetivo inicial realizar uma revisão bibliográfica dos estudos sobre violência obstétrica, visto que, é um tema de discussão bastante atual, para tanto, o intuito é que esse texto possa colaborar para que as pesquisas a respeito dessa temática se expandam, pois, trata-se de um assunto

25 Graduanda de Psicologia na Universidade Católica Dom Bosco. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3104-5741. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6227264330968691. E-mail: pamellaaranda-@hotmail.com
26 Doutorando em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Orcid: https://orcid.org/0000-0003-1719-3382. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9205576019075477. E-mail: aldenorbsjpsi@gmail.com
27Mestre em Educação pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Lattes: http://lattes.cnpq.br/3839206750885163. Orcid: http://orcid.org/0000-002-8023-9921. E-mail: grazijarasantos@gmail.com

extremamente relevante. A insuficiência de discussões sobre a mesma, sobretudo no campo da Psicologia, esse aspecto da violência de gênero quase nunca é trazido para discussões acadêmicas e em ambientes de atuação do/a psicólogo/a. Será abordado o conceito de violência obstétrica, por meio da revisão de estudos, alguns marcos a respeito da prática dessa temática, e como o psicólogo poderia auxiliar nesse contexto, visto que, embora obtenham poucas produções a respeito da temática, é viável destacar a importância da presença do papel da psicologia nesses casos.

Este artigo se respaldou na metodologia da abordagem qualitativa de pesquisa e percorreu os caminhos da investigação bibliográfica. A pesquisa bibliográfica pressupõe um conjunto ordenado de procedimentos de busca de soluções, com foco no objeto de estudo, assim, não pode ser aleatório, pois, esse tipo de pesquisa exige vigilância epistemológica, de observação e atenção na escolha e desdobramento dos procedimentos metodológicos (LIMA; MIOTO, 2007).

Para o tratamento de dados foi utilizado o método Bardin (2004), por meio da análise de conteúdo, que compreende três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, utilizando a inferência e a interpretação.

Na pré-análise, se traduz como a primeira fase da organização e sistematização, ou seja, seleção do material e leitura flutuante. A leitura flutuante inicia-se na busca de publicações através do banco de dados do portal *Scientific Electronic Library Online* - SCIELO no qual trata-se de uma biblioteca eletrônica que contém artigos completos de revistas científicas brasileiras de áreas diversas (BARDIN, 2004).

Esta plataforma foi elegível pois integra um projeto da FAPESP — Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo — em associação com a BIREME — the Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information e do portal PePSIC, que se refere à um portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), é uma fonte da Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia da União Latino-Americana de Entidades de Psicologia (BVS-Psi ULAPSI) e fruto da parceria entre Fórum de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira (FENPB), Biblioteca Dante Moreira Leite do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP) e do Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde – BIREME. Desta forma, para a seleção do material foram utilizados como descritores os termos “violência”, “obstétrica” “e

"mulher" nos meses de agosto e setembro.

Preliminarmente foram pré-selecionados os artigos, cujos títulos continham termos: Violência contra mulher e Violência obstétrica. Por fim, foram realizadas as leituras dos resumos com objetivo de selecionar os artigos diretamente relacionados ao tema da pesquisa, ou seja, violência obstétrica contra mulher.

Para elaboração deste texto foram selecionados artigos que abordam temas relacionados a violência obstétrica contra a mulher. Para tanto, serão analisados os trabalhos de Zanardo et al (2017), Diniz et al (2015), Sena e Tesser (2017) e Portela e Silva (2017). O texto está distribuído em três tópicos no quais destacam respectivamente a definição da violência obstétrica segundo a literatura, em seguida será exposto as formas como esse tipo de violência se revela e por fim trazer algumas discussões em como a atuação do/a profissional de Psicologia pode adentrar nesse campo afim de contribuir no suporte às mulheres vítimas desse tipo de violência, mas sobretudo, na prevenção da mesma.

A HISTÓRIA DA MULHER NA SOCIEDADE E ALGUMAS DEFINIÇÕES DO CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A sociedade atual é construída com base em um modelo patriarcal que se perpetua ao longo dos anos, embora esse modelo esteja em declínio nos dias de hoje, o homem ainda é visto em uma sociedade desigual como aquele que tem força e a inteligência, por esse motivo, desde a décadas atrás, ele é considerado superior às mulheres. A muito tempo atrás (e muitas vezes também nos dias de hoje) as mulheres eram/são destinadas somente a procriar e a obedecer, eram/são tidas como frágeis e deveria/deve ser um exemplo da moral e dos bons costumes (PORTELA; SILVA, 2017).

Portela e Silva (2017, p. 4) pontuam que,

> O que era/é considerado como uma dádiva, a maternidade, por ser uma coisa própria da mulher, permitiu que elas fossem um pouco mais valorizadas enquanto figura materna e feminina, no entanto, sem qualquer tipo de autonomia. É importante nos questionarmos, portanto, até que ponto o fato da mulher ocidental – vale enfatizar – poder gerar um bebê a valorizou? Uma vez que essa mulher, por muito tempo gerou crianças mais no sentido de dar continuidade a um nome, a uma herança, de satisfazer os desejos do homem – dono dos negócios, da casa e do

> corpo da sua mulher –. E o desejo dessa mulher de querer gerar ou não filhos, era/é levado em consideração? E no momento do parto, o que prevalecia e prevalece até hoje são as vontades da parturiente? Vale refletir sobre as (des) construções sociais e também históricas do lugar e papel da mulher na sociedade para entendermos qual a posição que ela deve assumir hoje e a sociedade também em resposta ao seu clamor por direitos.

Ao longo de sua história, a mulher tem lutado para sair de um mundo de submissão ao sexo masculino, recentemente iniciaram-se os movimentos feministas, nos quais começaram por volta da década de 1960, o objetivo principal era/é a igualdade de direitos civis, políticos e de educação, que até então eram privilegio dos homens. Por volta de 1980, esse movimento ressurge na década de 1980 e encontra-se até os dias atuais, o que estava em foco não era mais os estudos sobre homem e mulher e sim as/ relações de gênero (PORTELA; SILVA, 2017) que segundo Louro (apud SILVA, 2007, p. 03), a principal proposta concentra-se na análise das diferenças, da alteridade, da diversidade e da produção discursiva da subjetividade. Com isso, desloca-se o campo do estudo sobre as mulheres e sobre os sexos para o estudo das relações de gênero.

Embora tenha se passado muitos anos, hoje esses movimentos de diferenças ainda permanecem, pois se antes a mulher era dominada pelo marido, agora ela está sendo ‘’dominada’’ pelas regras que a sociedade lhe impõe, hoje ela tem que assumir vários papéis como trabalhar, ser dona de casa, mãe e ainda deve seguir os padrões da moda, até para conseguir um emprego ela tem que se vestir do jeito que a empresa determina, embora em tese a mulher hoje não seja mais obrigada, no sentido literal da palavra, a obedecer a tudo que lhe é imposto (PORTELA; SILVA, 2017).

Foi durante todo esse processo histórico que a mulher veio conquistando seu espaço na sociedade, Portela e Silva (2017, p. 05) frisam que,

> o direito da mulher como ser humano deve estar acima de qualquer coisa, para que o mundo progrida e avance dentro dos princípios de equidade, de perseverança e de amor; e certamente a participação que a mulher tem dado ao longo dos anos para a construção de uma sociedade mais justa, de um mundo melhor e mais equilibrado, no qual se desenha um novo papel para a mulher moderna e consequentemente, para toda a sociedade.

Para tanto, evidencia-se diversos conflitos interligados a questão de gênero, o vemos como violência hoje, uma vez que a mulher tem mais voz e empoderamento sobre seu próprio corpo, antes era visto como uma intervenção solidária e necessária, portanto

passava longe de ser vista como violência (PORTELA; SILVA, 2017).

Entende-se o parto e o nascimento como eventos singulares que devem ser cuidados de maneira abrangente, esse momento é aqui considerado como um processo fisiológico, psicológico e sociocultural. Contudo, Portela e Silva (2017, p. 4) frisam que "em nossa cultura, na maioria das vezes a vivência desse evento não é prazerosa para as mulheres que dão à luz, as mulheres vêm sendo vítimas de diversas formas de violência", sendo o conceito de violência para a Organização Mundial da Saúde/OMS a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Nesse sentido, destaca-se a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher (ZANARDO et al, 2017).

Para iniciar, é viável destacar como caminha o presente cenário das cirurgias obstétricas no Brasil, considerando que a violência obstétrica ganhou visibilidade na segunda década do século XXI, sendo tema de numerosos estudos, mostras artísticas, documentários, entre outros, para tanto, nos estudos de Zanardo et al (2017) é exequível destacar algumas informações divulgadas pelo Ministério da Saúde (2015), na qual divulga que a taxa de operação cesariana chega a 56% na população geral, números que variam entre o atendimento nos sistemas público e privado de saúde, apresentando uma ocorrência de aproximadamente 40% e 85%, respectivamente. Essa situação é considerada alarmante visto que, a recomendação da Organização Mundial da Saúde – OMS (World Health Organization, 1996a) é de uma taxa de cesáreas que varia entre 10 a 15%, esse crescente número de cesáreas no Brasil indica uma grande urgência em discussões sobre o assunto, principalmente da ocorrência de cirurgias cesáreas desnecessárias.

Zanardo et al (2017, p. 2) enfatizam que a violência obstétrica são procedimentos considerados desnecessários, ou seja, "aquelas operações que ocorrem quando não há situação que coloque em risco a saúde da gestante ou do bebê e, portanto, exigiriam intervenção através de procedimento". Até o final do século XVIII, o parto era um ritual das mulheres, realizado nas casas das famílias com o acompanhamento de parteiras (ZANARDO et al, 2017). No final do século XIX, iniciasse um processo de mudança, na qual deixa de ser da esfera do feminino e passa a ser compreendido como uma prática da medicina (ZANARDO et al, 2017), nesse contexto, a mulher deixa de ser protagonista,

cabendo ao médico a condução do processo das parteiras (ZANARDO et al, 2017).

E quando se fala em violência obstétrica, o tema vai muito mais além, estamos falando também de intervenções obstétricas desnecessárias, vivências de parto dolorosas, com ofensas, humilhação e expressão de preconceitos em relação à saúde e à sexualidade da mulher. Essa realidade é cotidiana e cruel e revela uma grave violação dos direitos humanos e direitos das mulheres (MUNIZ; BARBOSA, 2012).

Essa violência é vista como a invasão do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, nos estudos de Diniz et al (2015, p. 379) ele aponta que essas violências

> são atitudes a que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Para tanto, entende-se que não é apenas na relação sexual que a violência aparece, é viável pontuar que também há esse tipo de violência na relação médico e paciente, na negligência na assistência, discriminação social, violência verbal e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada). Sena (2017, p. 211) destaca que também há outros causadores como “o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários frente às evidências científicas, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas que pode ser considerado como práticas violentas”. Para tanto, é viável pontuar que o ideal seria como hipóteses, a criação de uma lei nacional para efetivamente discriminar quais são os atos ou omissões consideradas como violência obstétrica, bem como, punir os responsáveis, além de promover ações, objetivando disseminar o conhecimento principalmente para as gestantes e parturientes, à respeito da violência obstétrica, para evitar que as mulheres sofram durante o parto, sem sequer saber que foram vítimas da violência.

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SEUS MAIS VARIADOS CONTEXTOS

As mulheres sofrem, principalmente durante o parto, violência obstétrica. Contudo, mesmo após sofrerem a violência verbal, física ou psicológica, muitas delas sequer têm o conhecimento de que tais ações dos médicos e de sua equipe se configuram

como tal, ou seja, durante muitos anos mulheres foram vítimas de situações que lhes causaram dores e traumas permanentes e os responsáveis ficaram sem qualquer espécie de punição.

Venezuela (2007) alerta que a violência obstétrica pode ser definida como qualquer

> conduta, ato ou omissão realizados por profissionais de saúde, tanto em instituição pública, quanto privada que, direta ou indiretamente, leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres. Expressa-se em tratamento desumano, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e capacidade para decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida. Também se expressa pela negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional), violência física (incluindo a não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), abuso sexual e violência psicológica.

Compreende-se por violência obstétrica todos os atos desrespeitosos e práticas contra a mulher grávida e sua família em serviços de saúde durante o pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento, a qual pode ser acometida por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis. (PORTELA; SILVA, 2017).

Existem alguns momentos mais comuns nas quais esse tipo de violência pode ocorrer, sendo eles: antes do parto conhecido também como o “pré-natal” na qual a gestantes obtém informações insuficientes a respeito do andamento de sua gestação ou até mesmo falsas indicações para cirurgia cesariana (PORTELA; SILVA, 2017).

Existem vários tipos de violência obstétrica, Portela e Silva (2017, p. 5) salientam a violência institucional como “ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam ações ou serviços, de natureza pública ou privada”. Em seus estudos elas apontam como exemplos o impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.

Através dos estudos de Guimarães, Jonas e Amaral (2018) é possível obter mais proximidade com a realidade de acordo com uma pesquisa realizada pelos pesquisadores com 56 mulheres que obtiveram seus partos entre os anos de 2010 a 2013, em 14

maternidades públicas das oito regiões de saúde do Estado do Tocantins, nos estudos eles destacam algumas falas dessas puérperas nas quais podem esclarecer com mais precisão como é de fato essa violência.

Guimarães, Jonas e Amaral (2018, p. 4) revelam que

> a percepção das mulheres sobre violência institucional no parto está relacionada à falta de qualidade na assistência, destacando-se a ausência de vínculo e comunicação entre profissionais e pacientes, seus familiares e outros profissionais, problemas nos diagnósticos médicos, falta de acolhimento e resolutividade.

Ressalta-se a necessidade de estudar as possibilidades de alteração nos procedimentos adotados nas maternidades e hospitais brasileiros, de forma que as estatísticas demonstrem uma redução nas intervenções médicas, cirúrgicas ou não, desnecessárias no momento do parto, e sobretudo intervenções de profissionais da psicologia, visto que, essa ciência pode contribuir não só com a vítima mas acima de tudo com toda a equipe do hospital.

Os autores destacam alguns trechos marcantes nas falas dessas mulheres. "[...] o médico deixou a desejar [...] eu não consegui tirar dúvidas com ele [...]. Não levantava a cabeça pra olhar pra gente [...] tinha uma má vontade de me responder, de atender" (P21, 27a, R03).

Os autores pontuam que as entrevistadas identificaram os bons e maus profissionais pela relação que estes estabeleceram com suas pacientes assim como é descrito na fala seguinte (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018). "[...] se não fosse a doutora Y, que é muito boa [...] porque tem uns médicos brutos [...] que, quando a mulher sabe que está no plantão, até chora, de tão triste que fica "(P36, 35a, R04).

Guimarães, Jonas e Amaral (2018, p. 10) também descrevem, que a não identificação dos profissionais foi algo marcante, conforme esta declaração: "[...] o médico nem mesmo falou o nome dele, me tratou super mal" (23a, R02). A falta de empatia dos serviços realizados na maternidade é apontada diversas vezes: "A gestação em si foi bem tranquila. Agora, se tu me perguntar em relação ao atendimento lá no hospital [...] deixou a desejar [...]" (34a, R04). (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018, p. 35).

Guimarães, Jonas e Amaral (2018, p. 35) destacam que o não seguimento da lei

do acompanhante de livre escolha surgiu em muitos relatos: “Eu senti falta do acompanhante [...] porque minha mãe ou minha irmã seria uma segurança para mim” (34a, R04). A restrição de acompanhante de livre escolha, no cenário do parto, ainda é vista como um desafio às maternidades, em uma última fala é possível perceber a necessidade da intervenção da acompanhante, durante o processo de parto, lutando por uma assistência melhor, também foi destaque nas falas: “[...] ele não olhou o ultrassom [...] não olhou nada [...] simplesmente falou que ia tirar o bebê [...] se eu tivesse sozinha [...] ele teria feito [...]” (18a, R01). (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2018, p. 05).

Durante o parto existem algumas ações que podem ser consideradas uma violência obstétrica, sendo outra delas a violência física, traduzida por ações que ocorram sobre o corpo da mulher causando dor ou dano físico (de grau leve a intenso), são exemplos: privação de alimentos, manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, sem esclarecimento de riscos ou qualquer outra ação que não obtenha o consentimento da mulher (PORTELA; SILVA, 2017).

Guimarães, Jonas e Amaral (2018, p. 6) argumentam que “a violência física também está relacionada ao descumprimento de boas práticas, como a não utilização de métodos de alívio à dor, a utilização de ocitocina de forma indiscriminada, episiotomias de rotinas e kristeller”. Pode-se dizer que essa violência está associada a negligência, marcada pelos sentimentos de vergonha, constrangimento e dor, Guimarães, Jonas e Amaral, (2018, p. 6) revelam um trecho da fala de uma entrevistada que traduz muito bem essa questão.

> [...] o médico falava que eu não sabia fazer a força correta [...]. Gritava que desse jeito não era possível. Ele forçou na barriga e lá embaixo. Colocou mais remédio no soro e nada. Mandou a estagiária empurrar a minha barriga e nada [...]. Aí a neném nasceu, mas sem chorar. Ele me cortou um bocado também [...] pra costurar, eu passei mal, desmaiei de dor [...] foram grandes os cortes. Sentia muita dor, fiquei uns dez dias sem poder sentar [...] ficou uma cicatriz muito grande, sinto muita dor nas relações com o meu marido (P40, 23a, R06).

Outra violência que a literatura aponta é a violência psicológica, na qual se destaca por toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, insegurança, são exemplos: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, ofensas, e entre outras ações que causem dados psíquicos. Essa violência pode advim tanto pelo médico, enfermeira ou até mesmo pelo companheiro

da mulher, sendo seu namorado ou marido (PORTELA; SILVA, 2017). Nos estudos de Guimarães, Jonas e Amaral (2018, p. 36) é possível obter alguns trechos das falas das entrevistadas dos pesquisadores, é possível observar também que a falta de comunicação e ética reforça a violência verbal e psicológica, como se observa no relato abaixo:

> [...] senti mal e fui para o Regional, me consultaram e pediram um ultrassom, quando a médica estava fazendo o ultrassom, calada [...], resolvi falar pra ela assim: 'Olha, eu já tive uma perda antes, tá acontecendo alguma coisa com o meu filho?' Ela me respondeu assim: 'Minha filha, eu não posso te falar nada'. Aí eu perguntei de novo. Ela se irritou e disse: 'Minha filha, seu filho morreu e pronto!' (35a, R04).

Os autores destacam que as falas dessas mulheres retratam muito bem o cenário da violência verbal, psicológica e à negligência, uma outra mulher destacou a forma como o médico a tratou no momento do parto: "Não chora que na hora que você estava lá você não lembrou da dor" (p37, 35a, R06).

A violência sexual, também é vista como uma violência física, sendo toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo, sendo exemplos dessa violência a episiotomia, assédio, exames de toques invasivos, constantes ou agressivos, cesariana sem consentimento informado (PORTELA; SILVA, 2017). Guimarães, Jonas e Amaral (2018, p. 03) destacam um trecho que revela muito bem essa questão.

> Me senti muito desrespeitada quando tive meu filho, me deixavam pelada, sem necessidade; toda hora, vinha uma pessoa diferente pra me tocar, sabe, assim, sem falar nada [...] Não tinha necessidade de me deixarem exposta daquele jeito, sabe, era o meu corpo, minha dignidade (24a, R01).

Andrade e Aggio (2014), salientam que a violência obstétrica ainda é pouco reconhecida como um ato violento, visto que, no momento que ela ocorre, as mulheres estão vivenciando emoções marcantes, fazendo com que muitas vezes, venham a se calar, os autores destacam a importância de abordar os direitos da mulher nesse momentos, para orienta-las durante a gestação, parto e pós-parto, especialmente nas consultas de pré-natais, para que seja possível haver a oportunidade de abordar os variados assuntos e, instrumentaliza-la para à tomada de decisões no que se refere ao seu corpo e a sua parturição, e que ela possa argumentar e denunciar situações de desrespeito. A violência obstétrica é difusa e contempla, além das relações interpessoais, outras relações e várias

faces da violência institucional.

O PAPEL DA PSICOLOGIA FRENTE A ESSA VIOLÊNCIA

A questão da violência obstétrica é um fenômeno multifacetado, várias questões são pensadas quando se trata desse conceito, questões de gênero, direito da mulher, cultura, papéis sociais e entre outras questões. A fase da gestação da mulher e principalmente o parto representa na vida das mulheres um marco que repercute nos planos sociais, pessoais e físicos (PORTELA; SILVA, 2017).

Portela e Silva (2017) apontam que essa é uma problemática recente nas discussões acadêmicas, sobretudo no âmbito da psicologia, na qual a bibliografia e literatura ainda são escassas. A psicologia é uma área que se constitui como uma ciência que estuda a subjetividade humana, podendo contribuir na desconstrução de um suposto imaginário sobre o corpo e sobre a categorização do que é ser mulher na contemporaneidade, tendo em vista aspectos de classe, raça, regionalidade, escolaridade, e muitas outras determinantes concretas.

O parto de maneira geral repercute nos planos de uma mulher, Kitzinger (1987) destaca que o parto é uma experiência demasiadamente importante na vida, na subjetividade e singularidade de uma mulher, uma experiência que ficará marcada na lembrança da mulher por muitos anos, revivendo as sensações e emoções daquele momento do parto e da gestação em geral.

Finalizo assim com a fala de Guimarães, Jonas e Amaral (2018, p. 8), pois os pesquisadores alertam que

> É imprescindível o compromisso de gestores, profissionais de saúde, instituições formadoras e outros atores na ampliação desse debate e na busca de soluções para a promoção dos direitos humanos das mulheres, além da necessidade de empoderamento das mulheres e suas famílias, no intuito de desnaturalizar a violência obstétrica, onde o termo sorte deixe de ser atribuído a um atendimento adequado.

É nesse sentido que entra a atuação do psicólogo quando Portela e Silva (2017, p. 7) destacam que a Psicologia como uma ciência e profissão, “deve legitimar esse tipo de sofrimento, dar visibilidade e construir análises que desconstruam esse discurso tanto no ambiente hospitalar como no ambiente médico, usando como método de análise uma

perspectiva interdisciplinar e transdisciplinar". E a atuação da (o) profissional psicóloga (o) nas áreas de atenção básica, hospitalar, comunitária, educacional e jurídica são portas de entrada para desconstrução desse discurso de violência por um discurso de respeito e aceitação do desejo da mulher (PORTELA; SILVA, 2017). É preciso que as instituições reconheçam o trabalho da psicologia nesses contextos, principalmente nesse momento tão importante na vida de uma mulher. Os psicólogos também precisam ocupar seu espaço e mostrar o quanto sua atuação seria eficaz nesse âmbito.

CONSIDERAÇÕES

Passar por um processo de gestação respeitosamente no nosso pais, infelizmente se tornou um ato de resistência, o que faz muitas vezes as mulheres passarem por esse processo de violência e nem se darem conta e a escassez de informações a respeito do assunto e com isso carregarem marcas físicas e psicológicas consigo pelo resto de suas vidas. O que se observa é que o processo de trabalho de parto ainda é centralizado na figura do médico e não da mulher que dá à luz. Este estudou buscou compreender e desvendar o cenário do trabalho de parto e contribuir para o fortalecimento das mulheres e trabalhadores/as da saúde para superar essas relações desiguais e violentas, promovendo, dessa forma, a saúde mental das mulheres e sua autonomia e pontuando acima de tudo que é preciso resgatar a humanidade do atendimento, nos âmbitos públicos e privados com todos os profissionais que atuam diretamente nessa fase da vida da mulher.

O que se destaca é a falta de produção a respeito da temática, muito embora seja um tema que vem sendo repercutido recentemente, destaca-se segundo as pesquisas que uma hipótese pela escassez de literatura é que as mulheres ainda sentem medo e repressão em falar do assunto, muitas não querem se pronunciar a respeito da temática ou até mesmo relatar os episódios que vivenciaram, ou até mesmo muitas vezes não possuem consciência de que foi vítima de uma violência. Ainda que o tema tenha sido tratado recente nas pesquisas ainda sim é preciso que as políticas públicas e os direitos das mulheres sejam reconhecidos, profissionais da saúde tratem essas mulheres com humanidade, e que haja profissionais da área da psicologia em hospitais para acompanhar as gestantes, para que assim, elas se sintam confortáveis e seguras de falar do assunto sem que se sintam oprimidas.

REFERÊNCIAS

DINIZ, Simone Grilo et al. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção**. J. Hum. **Growth Dev. [online]**. 2015, vol.25, n.3, pp. 377-384.

GUIMARAES, Liana Barcelar Evangelista; JONAS, Eline; AMARAL, Leila Rute Oliveira Gurgel do. **Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins**. **Rev. Estud. Fem**. Florianópolis, v. 26, n. 1, e 43278, 2018.

MUNIZ, B. & BARBOSA, R. (2012). **Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? [Resumo].** In Memorias Convención Internacional de Salud Pública, Cuba Salud 2012. **Habana: Ministerio de Salud Pública de Cuba.**

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. (2014). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: Autor.

SENA, Ligia Moreiras e TESSER, Charles Dalcanale. **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. 2017, v. 21, n. 60, pp. 209-220.

SILVA, Tânia Maria G. da. Trajetória da historiografia das mulheres no Brasil. Politeia: **Hist. e Soc.**, Vitória da Conquista, v. 8, n. 1, p. 223-231, 2008. Disponível em: <http://periodicos.uesb.br/index.php/politeia/article/viewFile/276/311>

PORTELA, A. R. P; SILVA, N.E. **A Psicologia Dialogando com a Violência Obstétrica e o Direito da Mulher: uma revisão bibliográfica**. 2017. pp. 1-8. **(Apresentação de Trabalho/Comunicação).**

VENEZUELA. La Asamblea Nacional. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a uma Vida Libre de Violência. Venezuela: **La Asamblea Nacional**, 2007.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicol. Soc**. Belo Horizonte, v. 29, e155043, 2017.

CAPÍTULO VIII

AÇÕES DE ENFERMAGEM EM MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA

Marcos Antonio Silva Batista[28]; Rosane Cristina Mendes Gonçalves[29].

DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-08

RESUMO:
A Biossegurança são ações de suma importância para prevenção e cuidado na saúde do trabalhador, sobretudo o de enfermagem, pois este é o que está mais constante com o paciente. Diante disso objetivou-se estudar as ações de enfermagem sobre medidas de biossegurança através de uma revisão de literatura. Utilizou-se uma revisão de literatura, com busca de periódicos e artigos científicos foi através nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Como fonte de pesquisa foram utilizados publicações científicas em idioma português. Conclui-se que profissionais devem conhecer todas as fontes de risco e adotar medidas de segurança, para diminuir os riscos e agravos à saúde, por meio de vigilância constante e adoção de medidas preventivas e de precaução-padrão, que são universais, e capacitação permanente da equipe.
PALAVRAS-CHAVE: Biossegurança. Enfermagem. Trabalhador.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma profissão executada em diferentes níveis de atenção, territórios e áreas, o que implica em locais com estruturas físicas e características diversas. Sendo assim, expõem todos os seus profissionais à uma série de situações, atividades e fatores de risco, potenciais para a incidência de acidentes de trabalho e/ou doenças profissionais (OLIVEIRA et al., 2008).

Valle et al (2008) conceituam biossegurança como “o conjunto de ações voltadas para prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, riscos que podem comprometer a saúde, o meio ambiente ou a qualidade do trabalho desenvolvido”.

28 Graduação em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras de São Luís (MA) (2013). Enfermeiro da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) lotado no Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins (HDT-UFT). Lattes: http://lattes.cnpq.br/7924111463464336. E-mail: marcos_batista@hotmail.com
29 Especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal do Tocantins. Enfermeira assistencialista no Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins HDT-UFT/Ebserh em Araguaína-TO. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9281499833954455. E-mail: rosanecristinamg@hotmail.com

Segundo Valle et al (2008) a biossegurança suscita reflexões por parte dos profissionais, especialmente dos que trabalham nas áreas críticas dos hospitais, uma vez que estão mais suscetíveis a contrair doenças advindas de acidentes de trabalho, através de procedimentos que envolvem riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e psicossociais.

A equipe de enfermagem atua em atividades clínicas, cirúrgicas e ambulatoriais, portanto estão todo tempo em contato direto com o paciente. Diante disso, com a preocupação com as doenças infectocontagiosas, como a hepatite B, AIDS, tuberculose e sífilis, entre outras, iniciou-se entre estes profissionais, a busca de mais informações, na tentativa de reduzir os riscos de contaminação cruzada (COSTA; COSTA, 2010).

Para o Ministério do Trabalho (BRASIL, 2005), a NR-32 Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde é a mais importante para os profissionais de saúde, pois busca estabelecer medidas que visam à proteção e a segurança dos profissionais de saúde que atuam em estabelecimentos que prestam este tipo de serviço à população. Aponta as responsabilidades do empregador e os direitos do trabalhador com relação à segurança e saúde.

Algumas NRs estão envolvidas no controle das condições de risco para a saúde e melhoria dos ambientes de trabalho, visando: identificação dos riscos presentes no trabalho; caracterização da exposição e quantificação; discussão e definição das alternativas de eliminação; implementação e avaliação de medidas a serem adotadas (PEREIRA, 2006).

Entre as mudanças ocorridas nos últimos anos e acompanhadas pelo Controle das Infecções Hospitalares, podemos citar: a introdução do uso de equipamento de proteção individual (EPI) na assistência aos pacientes, independente do diagnóstico presumível ou estado de infecção; a simplificação das medidas de isolamento, que passaram a duas categorias: precauções padrão e precauções por rota de transmissão (aérea, gotícula e contato) bem como o estímulo à imunização dos profissionais contra hepatite, tétano e outras infecções, dependendo dos riscos institucionais (SCHEIDT et al., 2006).

Nesse sentido, é de suma importância a biossegurança no trabalho dos profissionais de enfermagem, pois seus procedimentos são fundamentais como instrumento de proteção da vida, em qualquer que seja o ambiente de trabalho. Portanto,

existe a necessidade destes profissionais terem um maior conhecimento das normas de biossegurança nas suas atividades laborativas, pois poderão agir com mais segurança, prevenindo riscos e promovendo qualidade no seu trabalho (CORREA; DONATO, 2007).

Hoje em dia, torna-se um desafio transformar Biossegurança em ações diante dos procedimentos realizados, a sua complexidade e a própria dinâmica do serviço; neste contexto, um diagnóstico de riscos é considerado de importância significativa para a construção de um profissional que consiga, a partir do conhecimento, exercer sua atividade na íntegra (OLIVEIRA et al., 2010).

Portanto, justifica-se a realização desta pesquisa em estudar as ações de enfermagem sobre medidas de biossegurança através de uma revisão de literatura. Espera-se que este acervo possa contribuir na mudança de comportamento e adoção de práticas assistenciais com medidas de biossegurança por parte da equipe de enfermagem, visando a proteção individual e diminuindo os índices de infecção hospitalar.

METODOLOGIA

No presente estudo utilizou-se uma revisão de literatura a qual tem a finalidade de reunir e sintetizar resultado de pesquisa sobre biossegurança na enfermagem, de maneira sistemática e ordenada, sendo um instrumento para o aprofundamento do conhecimento a respeito do tema investigado, permitindo uma síntese de múltiplos estudos publicados e conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo.

Para operacionalizar essa revisão, foram utilizadas as seguintes etapas: estabelecimento do objetivo da revisão, critérios para a seleção da amostra, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados, apresentação e discussão dos resultados.

A busca de periódicos e artigos científicos foi através nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Scientific Electronic Library Online (SciELO). O principal critério utilizado para a escolha os artigos que estavam disponíveis gratuitamente na base de dados entre os anos de 2006 a 2012, os disponíveis para leitura na íntegra, acessíveis em português e os que melhor se adequavam à temática estudada.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Entre os trabalhadores da área da saúde, os profissionais de enfermagem são a categoria que está mais propicia a acontecimento de riscos variados, pois permanecem por mais tempo e em contato direto com os pacientes, em virtude da rotina profissional, onde os mesmos estão expostos a riscos ocupacionais (OLIVEIRA et al., 2008).

O serviço da equipe de enfermagem é executado em diversos locais, mas é a rede hospitalar que abriga o maior número destes profissionais. O ambiente hospitalar apresenta uma série de situações, atividades e fatores potenciais de risco aos profissionais, os quais podem produzir alterações leves, moderadas ou graves e podem gerar acidentes de trabalho e/ou doenças profissionais nos indivíduos a eles expostos (MULLER et al., 2010).

Ribeiro e Shimizu (2007) ressaltam os profissionais de enfermagem são expostos a elementos químicos utilizados como instrumentos de trabalho, medicamentos, soluções, desinfetantes, desincrostantes ou esterilizantes, antissépticos, quimioterápicos, gases analgésicos, ácidos para tratamento dermatológicos, do contato com materiais de borracha (látex) e a fumaça do cigarro. À falta do uso dos EPIs é um grande problema, pois expõe este trabalhador a riscos, além do ambiente pouco ventilado, não-treinamento para proceder à limpeza, à desinfecção e à esterilização ou mal empregar as precauções-padrão.

Durante muito tempo, a adoção das medidas de biossegurança nas atividades profissionais tem sido um desafio para a equipe de enfermagem. Todos trabalhadores aceitam teoricamente as regras de biossegurança, porém, a prática nem sempre é realizada (ALVES et al,. 2009).

Gallas e Fontana (2010) afirmam que o trabalho em condições inseguras, seja por não aderir às cautelas necessárias, seja por sobrecarga horária, seja por condições físicas insalubres, pode fragilizar o trabalhador e este adoecer.

Nesse contexto, Correa e Donato (2007) ressaltam que na prática assistencial, os profissionais deixam de dar importância à adoção destas medidas de biossegurança na assistência prestada, o que favorece o risco de adquirir alguma doença ocupacional ou de sofrer um acidente de trabalho.

Silva e Mastroeni (2009) ressaltam também a importância de incentivo à educação em biossegurança por parte das instituições públicas e privadas, de editais provenientes de instituições de fomento que possibilitem a capacitação dos profissionais das diversas áreas do conhecimento, entre outras.

É de extrema importância a implementação da biossegurança no trabalho dos profissionais de enfermagem, pois seus procedimentos são fundamentais como instrumento de proteção da vida, em qualquer que seja o local de trabalho. Portanto, existe a necessidade destes profissionais terem um maior conhecimento das normas de biossegurança nas suas atividades laborativas, pois poderão agir com mais segurança, prevenindo riscos e promovendo qualidade no seu trabalho. Assim, é fundamental a conscientização e educação permanente dos profissionais proporcionando-lhes condições para um trabalho seguro, bem como a oportunidade para reflexões, discussões críticas, atualização e adoção de medidas preventivas corretas (PORTO et al., 2011).

Segundo Parisoto et al. (2007) é de suma importância as ações de biossegurança nas atividades laborais dos profissionais de enfermagem, pois corresponde à adoção de normas e procedimentos seguros (e adequados) à manutenção da saúde dos pacientes, dos profissionais e dos visitantes.

Moreira e Fófano (2010) destacam que uma das ações de biossegurança pelo profissional de enfermagem seria o uso de EPI, que é uma ação ética e barata que mostra eficácia na redução dos casos de acidentes de trabalho. Utilizado frequentemente e corretamente, protege também os pacientes de possíveis contaminações. Os EPI(s) devem ser aceitos e usados pelos trabalhadores em suas rotinas diárias de serviço, para um atendimento melhor e mais seguro.

Tasrhetto (2007) cita a lavagem de mãos como um hábito importante na biossegurança, entretanto sua prática é um desafio para a equipe de controle de infecção de centros de saúde, porém existe o despreparo do profissional recém-formado em enfermagem, com relação às medidas preventivas de infecção hospitalar, ocasionando problemas toda a equipe e a ele próprio, além de causar complicações patológicas aos pacientes.

Ainda é um desafio transformar Biossegurança em procedimentos diários e habituais na dinâmica do serviço do profissional de enfermagem; neste contexto, um

diagnóstico de risco é considerado de importância significativa para a construção de um profissional que consiga, a partir do conhecimento, exercer sua atividade na íntegra (CARRARO et al., 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a introdução das medidas de Biossegurança contribui, não só para a proteção e redução dos riscos de infecção, mas também, para a melhoria da qualidade de vida e saúde dos pacientes que utilizam os serviços de enfermagem.

Diante do exposto, profissionais devem conhecer todas as fontes de risco e adotar medidas de segurança, para diminuir os riscos e agravos à saúde, por meio de vigilância constante e adoção de medidas preventivas e de precaução-padrão, que são universais, e capacitação permanente da equipe. Portanto, o protocolo de Biossegurança deve ser seguido, não só para proteção do paciente como do próprio profissional e sua equipe.

REFERÊNCIAS

ALVES, S.S.M; PASSOS, J.P; TOCANTINS, F.R. **Acidente com perfuro cortantes em trabalhadores de enfermagem: uma questão de segurança.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jul/set; 17(3):373-7.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005**. Aprova a norma regulamentadora nº 32 (Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2005.

CARRARO, T.E; GELBCKE, F.L.; SEBOLD, L.F.; KEMPFER,S.S.; ZAPELINI,M.C; WATERKEMPER,R. **A biossegurança e segurança do paciente na visão de acadêmicos de enfermagem.** Rev Gaúcha Enferm.;33(3):14-19, 2012.

CORREA, Chistina Feitoza ; DONATO, Marilurde . **Biossegurança em uma unidade de terapia intensiva: a percepção da equipe de enfermagem.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, June 2007.

COSTA, Marco Antonio Ferreira da; COSTA, Maria de Fátima Barrozo da. **Educação em biossegurança: contribuições pedagógicas para a formação profissional em saúde**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, June 2010.

GALLAS, Samanta Rauber; FONTANA, Rosane Teresinha. **Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador.** Rev. bras. enferm., Brasília , v. 63, n. 5, Oct. 2010.

MOREIRA, Guilherme Uba; FÓFANO, Gisele Aparecida. **Uso de equipamentos de proteção individual pela enfermagem: instituindo a segurança no trabalho.** FacRedendor, 2010.

MULLER, L. R; TADIELO, B.Z; UMAN, J et al. **Riscos ocupacionais dos trabalhadores de enfermagem: uma revisão bibliográfica**, 2010.

OLIVEIRA, B. C. de; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. **Estudo sobre ocorrências de acidentes de trabalho com material biológico em profissionais de enfermagem de um hospital.** Cogitare enferm; 13(2):194-205, Abr-Jun, 2008

PARISOTO, L. C. T.; PARISOTO, G. B.; FERNANDES, A. C. M.; SANTANA, F. L.; TESSER, H. M.; PASCHOALINI, K. M. **Autopercepção da equipe de enfermagem quanto ao conhecimento das precauções universais (na Unidade de Centro Cirúrgico e CME), frente às doenças infecciosas e suas vias de transmissão.** Rev. OMNIA SAÚDE, v. 4, n. 2, 1-74, Julho/Dezembro de 2007.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PORTO, A. R.; JONER, L. R.; THOFEHRN, M. B.; NOGUEZ, P. T.; CECAGNO, D.; AMESTOY, S. C. **Biossegurança na Enfermagem: visando a promoção do ambiente de trabalho saudável.** Anais do 3º seminário internacional sobre o trabalho na enfermagem, ABEN, 2011.

RIBEIRO, Emílio José Gonçalves; SHIMIZU, Helena Eri. **Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem.** Rev. bras. enferm., Brasília , v. 60, n. 5, Oct. 2007.

SCHEIDT, K. L. S.; ROSA, L. R. S.; LIMA, E. de F. A. **As ações de biossegurança implementadas pelas comissões de controle de infecções hospitalares.** Rev. Enferm. UERJ; 14(3):372-377, jul.-set. 2006.

SILVA, Aline Daiane Ruthes Iarenhuk da; MASTROENI, Marco Fabio. **Biossegurança: o conhecimento dos formandos da área da saúde.** Ver. Baiana saúde pública; 33(4), out.-dez. 2008.

TARCHETTO, B.R. **Nível de conhecimento dos acadêmicos de enfermagem acerca da lavagem das mãos**. Monografia (Graduação). Centro Universitário FEEVALE. Novo Hamburgo, 2007.

VALLE, A. R. M. da; FEITOSA, M. B.; ARAUJO, V. M. D.; MOURA, M. E. B.; SANTOS, Ana M. R. dos; MONTEIRO, C. F. de S. **Representações sociais da biossegurança por profissionais de enfermagem de um serviço de emergência.** Esc. Anna Nery Ver. Enferm; 12(2):304-309, jun. 2008.

CAPÍTULO IX

ADESÃO ÀS PRÁTICAS DE ATIVIDADES FÍSICAS POR IDOSOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS NO MUNICÍPIO DE JI-PARANÁ

Morganna Karolayne Simplício[30]; Shirley Gomes Martins da Silva[31];
Rariene da Silva Leal Villa Nova[32].
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-09

RESUMO:
A população cresce mundialmente e a falta de atividade física aumenta a morbidade em idosos, estudos demonstram que a adoção ao estilo de vida ativo propicia diversos benefícios à vida do idoso, principalmente no tocante à independência funcional. Objetivo: identificar a adesão à prática de atividades físicas entre os idosos residentes no município de Ji-Paraná (Rondônia) com idade igual ou superior a 65 anos. Metodologia: Este é um estudo transversal de abordagem quantitativa e finalidade analítica, a pesquisa teve como amostragem 393 idosos de diferentes bairros do município. Os resultados revelam que 71% dos idosos (311) não praticam atividade física, enquanto que 21% (88) realizam algum tipo de atividade física. Conclusão: a atividade física é de grande importância na promoção da saúde do idoso, porém, através da pesquisa realizada observa-se que o número de idosos praticantes de atividades físicas são pouco.
PALAVRAS-CHAVE: Benefícios. Exercícios Físicos. Envelhecimento.

INTRODUÇÃO

Em 2005 a Organização Mundial da Saúde indicou o crescimento mundial do número de pessoas com 60 anos ou mais, sendo este de forma rápida e maior do que a de qualquer outra faixa etária. A estimativa é de que até o ano de 2050 existam dois bilhões dessas pessoas, das quais 80% serão residentes em países em desenvolvimento (OMS, 2005; UNITED NATIONS, 2017).

Além disso, a Organização das Nações Unidas declarou que o percentual de

30 Acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário São Lucas de JiParaná. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1814245414900696. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4198-917X.
E-mail: morganna_se@hotmail.com
31 Acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário São Lucas de JiParaná. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0869-2051. E-mail: shirley_jipa@hotmail.com
32 Professora orientadora. Enfermeira formada pelo Ulbra Universidade Luterana do Brasil UNLB/UlBRA. Pós-Graduação em metodologia do ensino-Senac. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Lucas. Especialista metodologia do ensino. E-mail: rariene.nova@saolucas.edu.br

pessoas de 60 anos ou mais duplicará mundialmente entre os anos de 2000 e 2050, passando de 10% para 21%, enquanto o percentual correspondente às crianças será reduzido a um terço e passará de 30% para 21% (ONU, 2003).

Este cenário torna relevante a busca por estratégias para que a população da terceira idade envelheça da maneira mais saudável possível, e uma destas estratégias é o incentivo às práticas de atividades físicas, pois se trata de um recurso barato e muito eficaz. Diversos estudos demonstram a importância da atividade física na população idosa e que os benefícios são muitos. Desta forma, a adesão a um estilo de vida ativo proporciona melhoras à saúde, uma vez que é um importante elemento para a melhoria da qualidade de vida e da independência funcional do idoso (TAVARES, et al, 2018).

De acordo com Borges & Moreira (2009) ainda que a prática regular de exercício físico se inicie em uma fase tardia da vida, os seus adeptos conquistam uma melhor qualidade de vida e recuperam ou mantêm sua autonomia funcional. Neste contexto, nota-se que a adoção ao estilo de vida ativo propicia diversos benefícios à vida do idoso, principalmente no tocante à independência funcional (TAVARES, et al, 2018).

Tendo em vista o quão relevante são os benefícios da prática de atividade física associada à saúde e ao bem-estar, nota-se que os menores níveis de prática de atividade física estão diretamente relacionados à elevada incidência de cardiopatias, diabetes, hipertensão, obesidade, osteoporose, que se tornam mais prevalentes com o avanço da idade e acarretam a redução na qualidade de vida e na longevidade (RODRIGUES, 2015).

Apesar de tantos benefícios proporcionados pela prática de exercícios físicos, muitos idosos não o praticam e de acordo com o Ministério da Saúde, a inatividade física é algo prevalente entre os idosos, uma vez que o estilo de vida moderno propicia a aplicação do tempo livre em atividades sedentárias, como por exemplo, assistir televisão. Assim, verifica-se que é necessário o incentivo para que a maioria da população idosa desempenhe atividades físicas (BRASIL, 2007; UNITED NATIONS, 2017).

É relevante que o idoso incorpore a atividade física em seu cotidiano, pois assim, acrescentará aspectos favoráveis para a manutenção e prevenção da saúde física, mental, emocional e social.

A orientação e a motivação para as atividades físicas precisam ser reforçadas pelos profissionais de saúde que lidam diretamente e indiretamente com o idoso. A

enfermagem, em sua formação generalista, abrange conhecimentos acrescidos daqueles relacionados ao processo do envelhecimento e atua na prevenção da não complicação de doenças inevitáveis, individualizando o cuidado a partir do princípio de que cada idoso vai apresentar um grau diferente de dependência, diferindo assim a maneira da assistência (BARBOSA, 2012; LIMA, 2018).

Diante do exposto percebe-se que o profissional de enfermagem tem papel fundamental como educador, pois este profissional pode planejar intervenções para orientar e incentivar melhor sobre a adesão dessa prática na vida do idoso, tendo em vista que tal prática é importante tanto para a saúde quanto para a independência (TAVARES, et al, 2018).

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo identificar a adesão à prática de atividade física entre os idosos com idade igual ou superior a 65 anos, no município de Ji-Paraná, Rondônia, e demonstrar os benefícios que essa prática pode trazer na terceira idade.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é oriunda de um estudo transversal, com abordagem quantitativa e finalidade analítica, para a qual foram entrevistados 393 idosos. A coleta de dados foi realizada no município de Ji- Paraná, Estado de Rondônia no período de novembro a dezembro de 2018. A coleta ocorreu por meio de visitas às residências dos idosos e após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Este estudo faz parte de um projeto de mestrado avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa conforme preconizado nas normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob CAAE 0043711.8.6.0000.5297 e número do parecer 3.001.114, aprovado normativo em 12 de dezembro de 2012, resolução do Conselho Nacional e Saúde n° 466/12.

Foram considerados aptos para participar da pesquisa os idosos de ambos os sexos, com idade superior ou igual a 65 anos e residentes há pelo menos um ano no município de Ji- Paraná. Foram considerados inaptos os idosos que apresentaram déficit das funções cognitivas (comunicação, audição e fala), uma vez que isto impossibilita a troca de

informações com o entrevistador. Também foram considerados inaptos os idosos com pontuação igual ou inferior a nove no Mini Exame do Estado Mental, desenvolvido por Foinstein, Foinsten e Mchugh (1975), na ausência de cuidador/familiar responsável que pudesse auxiliar durante a aplicação do instrumento, respondendo aos questionamentos propostos. Foram realizados vários questionários, dentre os quais, o questionário de atividade física habitual, escolhido para o presente trabalho.

No questionário de atividade física habitual cada domínio foi dividido de acordo com a intensidade, sendo esta leve, moderada ou vigorosa, dependendo do esforço percebido e também relatado pelo entrevistado.

O escore total, a pontuação especifica por domínio e sub-escores específicas por intensidade, tempo e proporção. As atividades físicas realizadas nestes quatro primeiros contextos foram divididas em relação à intensidade, como vigorosa, moderada ou leve, tendo o entrevistado relatado à duração e a frequência semanal das atividades em cada intensidade.

As atividades e os exercícios considerados como vigorosos são aqueles que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar muito mais forte que o normal, como por exemplo, cortar a grama, subir as escadas, levantar e transportar objetos pesados. Já os exercícios físicos considerados vigorosos são a corrida, a natação, a musculação e os esportes em geral.

As atividades moderadas são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais forte que o normal. São exemplos de atividades moderadas a caminhada, o transporte de pequenos objetos, a lavagem de roupas com as mãos, o varrer ou limpar o chão e no domínio exercício físico as atividades como o ciclismo, a hidroginástica, a ginástica para a Terceira Idade e a dança. As atividades leves são caracterizadas como aquelas em que o esforço físico é normal e não há alteração da respiração habitual. Estas não foram consideradas para os cálculos dos resultados do questionário (BENEDETTI, MAZO, BARROS, 2004).

Os dados coletados foram descritos, resumidos e tabulados por meio do programa Microsoft Office Excel 2016 e analisados por estatísticas descritiva simples e inferencial que possibilitou chegar à conclusão da característica da população a partir de informações contidas nos dados da amostra. As variáveis quantitativas foram analisadas por médias e

dependentes da distribuição dos dados. As variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS

Após a aplicação do questionário e a análise dos dados verificou-se que dos 393 idosos participantes do estudo, 79% (311) não são adeptos à prática de atividades físicas, enquanto 21% (88) praticam alguma atividade física e que 46% dos idosos pertencem ao sexo masculino (181) e 54% (212) ao sexo feminino (tabela 1).

Tabela 1. Comparação entre as variáveis socioeconômicas e demográficas dos idosos que praticam e não praticam atividades físicas, do município de Ji-Paraná, Rondônia, Brasil, 2020. (N=393)

VARIÁVEIS	Com atividade física		Sem atividade física		TOTAL	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
SEXO						
Masculino	38	20,99	143	79,01	181	46,06
Feminino	44	20,75	168	79,25	212	53,94
IDADE						
65 – 80	72	21,75	259	78,25	331	84,22
81 – 100	10	16,13	52	83,87	62	15,78
RAÇA						
Branca	44	20,37	172	79,63	216	54,96
Não branca	38	21,47	139	78,53	177	45,04
ESCOLARIDADE						
Ensino fundamental completo	72	19,94	289	80,06	361	91,86
Pós-graduado	10	31,25	22	68,75	32	8,14
RENDA PESSOAL						
Até 1 salários mínimo	52	20,88	197	79,12	249	63,36
Mais De 1 Salários Mínimo	30	20,83	114	79,17	144	36,64
FONTE DE RENDA						
Aposentadoria	73	19,95	293	80,05	366	93,13
Outra Fonte	9	33,33	18	66,67	27	6,87
ESTADO CIVIL						
Casado	43	18,14	194	81,86	237	60,31
Não Casado	39	25,00	117	75,00	156	39,69
FAMILIARES NA CASA						

Presente	63	19,57	259	80,43	322	81,93
Ausente	19	24,36	59	75,64	78	19,85
MORADIA						
Própria	76	20,82	289	79,18	365	92,88
Não Própria	6	21,43	22	78,57	28	7,12

Fonte: dados no estudo/pesquisa

Entre os idosos do sexo masculino 21% (38) praticam atividades físicas, enquanto 79% (143) não o fazem, totalizando 46% (181) do sexo masculino, em relação ao sexo feminino 21% (44) são adeptos à prática de atividades físicas e 168 (79,25%) não praticam atividade física, apresentando um resultado final de 54% (212) do sexo feminino.

Na faixa etária de 65 a 80 anos foram entrevistados 331 idosos (84% do total amostrado). Destes, 22% (72) se declararam como praticantes de atividades físicas, enquanto 78% (259) afirmaram que não o fazem. Já para a faixa etária de 81 a 100 anos foram entrevistados 62 idosos (16% do total amostrado) e 16% (10) disseram praticar atividades físicas, enquanto 84% (52) relataram não praticarem exercícios físicos.

Em relação à raça os idosos foram separados em dois grupos, sendo estes os que se autodeclararam brancos e os que se autodeclaram não brancos. Destes, 20% (44) dos que praticam exercícios físicos se autodeclaram brancos, e 80% (172) dos que não praticam atividades físicas se autodeclararam brancos, totalizando 55% (216) de idosos que se autodeclararam brancos. O percentual de idosos que se autodeclararam não brancos foi de 22% (38) entre os que praticam atividades físicas e 78% (139) entre os que não praticam atividades físicas, totalizando 45% (177) de idosos que se autodeclararam não brancos.

Quanto à escolaridade os idosos foram classificados como formados no ensino fundamental completo e formados com pós-graduação. Os idosos com ensino fundamental completo e que praticam atividades físicas totalizaram 20% (72) dos entrevistados. Os idosos com ensino fundamental completo e que não praticam atividades físicas totalizaram 80% (289), totalizando 92% (361) de idosos com o ensino fundamental completo. Já os idosos com pós-graduação e que praticam atividades físicas perfazem 31% (10), sendo estes graduados. Em contrapartida, os que não praticam atividades físicas totalizaram 69% (22).

No tocante à renda pessoal, os idosos foram agrupados entre os que possuem renda pessoal de até um salário mínimo, e os que possuem renda pessoal de mais de um salário mínimo. Os idosos que praticam atividades físicas e que têm renda pessoal de até um salário mínimo totalizaram 21% (52) e os que não praticam atividades físicas 79% (197), sendo o resultado de 249 (63,36%) idosos com renda pessoal de até um salário mínimo, os que praticam atividade física e tem renda pessoal mais que um salario mínimo foi 30 (20,83%) idosos, e os que não praticam exercícios físicos foi 114 (79,17%) idosos, gerando um resultado final de 144 (36,64%) idosos que tem renda pessoal com mais de 1 salário mínimo.

Com relação à fonte de renda os idosos foram pesquisados em dois grupos, sendo estes os que têm como fonte de renda a aposentadoria e os que têm outras fontes de renda. Os idosos que praticam atividades físicas e tem como fonte de renda a aposentadoria foram 20% (73) e os que não praticam atividade física foram 80% (293), acarretando um total de 93% (366) idosos que tem como fonte de renda a aposentadoria. Já os idosos que tem outras fontes de renda apresentaram os seguintes resultados: os que praticam atividades físicas são 33% (9), e os que não praticam atividades físicas são 67% (18), totalizando 7% (27) de idosos com outras fontes de renda.

No que diz respeito ao estado civil, os idosos foram pesquisados em dois grupos, sendo estes o grupo dos casados e o grupo dos não casados. Os idosos que praticam atividades físicas e que são casados representam 18% (43) e os que não praticam atividades físicas e são casados representam 82% (194), totalizando 60% (237) dos idosos casados. Os idosos não casados que praticam atividades físicas representam 25% (39) e os que não praticam exercícios físicos e não são casados 75% (117). Desta forma, totalizam 40% (156) idosos não casados.

Em relação aos familiares que convivem na mesma casa, os idosos foram divididos em dois grupos, sendo estes o grupo dos que têm os familiares presentes e os que têm os familiares ausentes. Dos idosos que praticam atividades físicas 20% (63) convivem com os familiares na mesma residência, enquanto dos idosos que não praticam atividades físicas 80% (259) têm os familiares presentes, acarretando um total de 82% (322) de idosos convivendo com os respectivos familiares. Sobre os idosos com familiares ausentes, dentre os que praticam atividades físicas 25% (19) não tem familiares em casa,

enquanto dos que não praticam atividades físicas 75% (59) possuem familiares ausente na casa, totalizando 20% (78) dos idosos com os familiares ausentes na mesma casa.

No que diz respeito à moradia, os idosos foram separados em dois grupos, sendo o grupo dos que têm moradia própria e o dos que não têm moradia própria. Dos idosos que praticam atividades físicas 21% (76) possuem moradia própria, e dentre os idosos que não praticam atividades físicas 79% (289) possuem moradia própria, totalizando 93% (365) de idosos com moradia própria. Dentre os idosos que não têm moradia própria, 22% (6) dos que praticam atividades físicas não possuem moradia própria e dos que não praticam atividades físicas, 78% (22) declararam não possuírem moradia própria, totalizando 7% (28) dos idosos sem casa própria.

DISCUSSÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo que ocorre através das alterações e que surge ao longo da vida. É determinado pela diminuição da capacidade adaptativa do individuo ao ambiente e leva o idoso à reduzir a sua capacidade funcional e comprometendo a eficiência de suas respostas frente às demandas físicas do cotidiano (SILVA, 2014; RODRIGUES, 2015).

Através do presente estudo pôde-se observar que, ainda que a prática de atividades físicas acarrete benefícios à saúde do idoso, muitos ainda seguem com um estilo de vida sedentário. Dos 393 idosos entrevistados, apenas 21% (88) são adeptos à prática de atividades físicas, enquanto 79% (311) não realiza nenhuma atividade física, o que acarreta sérios problemas, uma vez que tais atividades são importantes para a saúde do idoso.

O envelhecimento biológico possui características que se manifestam no organismo e contribuem para a perda da massa muscular, da força da musculatura esquelética, na diminuição da elastina da pele, na diminuição das capacidades físicas, na redução do equilíbrio e pode levar à modificações psicológicas (SILVA, 2014).

A pesquisa também demonstrou que o número de praticantes de atividades físicas foi maior no sexo feminino, no qual 21% (44) das idosas praticam atividades físicas. Dentre o sexo masculino este número foi de 21% (38) de idosos praticantes de exercícios.

A diferença entre os dois grupos não é relevante se analisarmos a amostragem, pois a quantidade de idosos do sexo feminino foi superior à masculina.

A inatividade física atinge grande parte da população idosa nas capitais brasileiras, visto que cerca de 50% das mulheres e 65,4% dos homens acima dos 65 anos encontram-se inativos fisicamente (BRASIL, 2007).

A qualidade de vida dos idosos é representada em seus parâmetros socioambientais (moradia, segurança, assistência médica, lazer e educação) e pelos parâmetros individuais (estilo de vida, hábitos alimentares, controle do estresse, atividade física habitual, relacionamento com os familiares), uma vez que todas estas questões influenciam na qualidade de vida e incentivam a busca por mudanças.

A inatividade física é uma questão de saúde pública e deve ser abordada de forma social e não apenas individual, pois resulta em um baixo nível de prática de atividades físicas. Markus Nahas, et al. (2013, p. 47) afirma que a inatividade física é o quarto fator de risco para a mortalidade em todo o planeta e que, em geral, 6% das mortes em todo o mundo são atribuídas à inatividade física. A hipertensão representa a primeira causa entre as mortes e se destaca com 13%, em seguida têm-se o tabagismo com 9% e a hiperglicemia com 6%. Neste contexto, a inatividade física é a principal causa dentre os diagnósticos de câncer de cólon e de mama, perfazendo um total que varia de 21 a 25 casos.

Markus Nahas, et al. (2013, p. 47) reforça que a prática de atividade física regular promove a saúde e que pessoas fisicamente ativas têm menores chances de serem acometidas por doenças arteriais coronarianas, hipertensão, derrame, diabetes, câncer de cólon e mama e depressão. Além disso, apresenta menor risco de sofrer quedas e fraturas no quadril, bem como maior probabilidade em manter um peso corporal adequado. Foi visto que a inatividade física é um fator de risco em cerca de 6% das mortes em todo o planeta.

Corazza, (2009) classifica o sedentarismo na terceira idade em duas dimensões. A primeira diz respeito aos sedentários, que são àqueles idosos que não praticam atividades físicas e envelhecem de forma acelerada e estressante, muitas vezes com depressão, problemas motores devido ao enrijecimento das articulações, fadiga, fraqueza, auto piedade, ações e reações negativas e alterações sociais.

A segunda dimensão é a dos idosos ativos, ou seja, aqueles idosos que realizam alguma atividade física, como por exemplo, as caminhadas e o trabalho de força. Estas atividades acarretam bem estar físico, melhor domínio corporal, ampliação da mobilidade, melhor respiração, autoconfiança, ações e reações positivas, cura contra a depressão, bem como a redução da ansiedade, tensão e melhor trabalho cardíaco.

Um estudo descreve a importância do estímulo às atividades físicas regulares após os 50 anos, mesmo que entre os indivíduos sedentários. A manutenção da prática de atividade física regular ou a mudança para um estilo de vida ativo é de grande valia para a longevidade (SILVA, 2012).

Desta forma verificou-se que fatores como a alimentação e a atividade física estão relacionados com a qualidade de vida e o bem-estar. Outros fatores como o sedentarismo, a ingestão de álcool, o fumo e uma alimentação rica em gordura e pobre em nutrientes contribuem para uma saúde deteriorada, assim, a prática de atividades físicas é um caminho para uma vida com saúde em equilíbrio (COELHO & ALEUDINÉLIA, 2013).

A atividade física é importante para a saúde dos idosos e é necessário que exista o incentivo para que esta seja adquirida pela maioria dessa população. Os idosos necessitam ainda de um local apropriado e seguro para a realização das atividades e, desta forma, alcançarão uma saúde com mais qualidade e sem os riscos de assaltos ou, de serem vítimas de acidentes. Não basta apenas o incentivo para que os idosos adquiram o hábito de praticar exercícios físicos. É indispensável que as condições sejam adequadas para que os idosos pratiquem atividades físicas em locais com suporte e segurança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O governo e a sociedade devem desenvolver formas alternativas de caráter preventivo para trabalhar as doenças relacionadas ao envelhecimento. A prática de atividades físicas é satisfatória e a adoção de um estilo de vida ativa é fundamental para a promoção da saúde e qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. O bem-estar da atividade física deve ser estimulado não somente no idoso, mas também no adulto, como uma forma de prevenção e controles das doenças crônicas não transmissíveis, uma vez que estas são as mais frequentes na terceira idade.

Muito se discute sobre as vantagens da atividade física, porém, parte considerável da população idosa é inativa ou o seu nível de atividade é pouco para obter resultados satisfatórios para a saúde. O sedentarismo se tornou um grave problema à saúde pública mundial, sobretudo dentre a população idosa. De acordo com Borges e Moreira (2009), mesmo quando a prática regular de exercícios físicos for iniciada em uma fase tardia da vida, seus adeptos conquistam melhor qualidade de vida e recuperam ou mantêm sua autonomia funcional.

Mesmo a população idosa não tendo acesso à participação de grupos de atividades devido a vários fatores como a situação financeira ou o interesse pessoal, uma alternativa é fazer com que os mesmos desempenhem suas atividades diárias, como varrer a casa, caminhar, cuidar de sua higiene pessoal, entre outras, além de continuarem fazendo as atividades instrumentais da vida diária, como por exemplo, a utilização de transporte público, a administração do uso de seus medicamentos e de dinheiro, bem como a lavagem de roupas, etc. Tais atividades também são recursos para minimizar os efeitos degenerativos do envelhecimento e minimizar o sedentarismo nesta população (BRASIL, 2006; SILVA et al, 2012).

REFERÊNCIAS

BARBOSA, R.M.S.P. Resenha do livro "A**tividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**", de Markus Vinicius Nahas. Rev. Bras. Ciênc. Esporte, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 513-518, 2012.

BRASIL. Ministério Da Saúde, **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 1**.ª edição 1.ª reimpressão, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19, Brasília - DF 2007.

BRASIL. Ministério De Estado Da Saúde. Conselho Nacional De Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, 19 out, 2006.

BENEDETTI, T; MAZO, G.; BARROS, M. **Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas:** validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. Rev Brasileira Ciência e Movimento, v.12. n.1, 2004.

BORGES, M.R,D.; MOREIRA, A.K. **Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários**. Motriz rev. educ. fís. (Impr.), v. 15, n. 3, p. 562-573, jul-set. 2009.

COELHO, M.K.P; ALEUDINÉLIA, F.M.M.C. **Nível de atividade física na população idosa e seus benefícios:** uma revisão integrativa. Revista de Políticas Públicas, Sobral, V.12, n.1, p. 71-77, jan./jun, 2013.

CORAZZA, Maria Alice. **Terceira idade & atividade física**; colaboração Francisco Luciano Pontes Junior. 3 ed. São Paulo: Phorte, 2009.

CÔRTES G.G.; SILVA V.F.; **Manutenção da força muscular e da autonomia, em mulheres idosas, conquistadas em trabalho prévio de adaptação neural**. Fit e Perform J., v.4, n.2, p.107-16, 2005.

Folstein M.F,; Folstein S.E,; McHugh P.R. **Mini-mental state:** a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatric Res; v.12, n.3, p. 189-98, 1975.

LIMA, C.M.F. **Envelhecimento E Saúde Coletiva**: Estudo Longitudinal Da Saúde Dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.52, supl. 2, 2s, 2018.

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida:** conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo/ Midiograf, 6.ed., Londrina, P. 282, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. P**lano de ação internacional sobre o envelhecimento,** 2002; tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Juíza M.B. de Mendonça e Vitória Gois. – Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2003.

RODRIGUES, J.G**. Caracterização de idosos residentes no Paranoá, Distrito Federal em relação aos dados sociodemográficos, epidemiológicos e estado funcional e mental.** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

RODRIGUES, J.C.C; ROSSO, R.K; GONÇALES, E; ZARPELLON, G.M. **Motivos de adesão e permanência em um programa de atividade física para idosos.** EFDeportes.com, Revista digital. Buenos Aires. Año 16, n. 159, 2011.

SILVA, A.A.N. **Barreiras e benefícios encontrados pelos idosos na prática de atividades físicas em Buritis MG.** Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) Universidade de Brasília – Polo Buritis MG, 2014.

SILVA, M.F; et al. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. **Rev. Bras**. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.635-642, 2012.

TAVARES, R.E.; et al . Envelhecimento Saudável Na Perspectiva De Idosos: Uma Revisão Integrativa. **Rev. Bras**. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 878-889, Dec, 2017.

UNITED NATIONS. **World Population Prospects:** Key Findings And Advance Tables. The 2017 revision. New York: United Nations; 2017.

CAPÍTULO X

ANÁLISE DAS INTERVENÇÕES MEDICAMENTOSAS, MINIMAMENTE INVASIVAS E CIRÚRGICAS REFERENTE À HIPERPLASIA PROSÁTICA BENIGNA

Pedro Henrique Sales Almeida[33]; Paulo Eduardo Novelini[34]; Miguel Pereira Goulart Neto[35]; Isadora Medrado Goulart[36]; Matheus Alves de Souza[37]; Alisson Beraldo[38].

DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-10

RESUMO:
A Hiperplasia Prostática Benigna é uma patologia desenvolvida pela ocorrência de hiperplasia das células epiteliais e estromais. No princípio, essas células começam a se proliferar na área periuretral. Em decorrência do envelhecimento, verifica-se o crescimento de múltiplos nódulos hiperplásicos pequenos, os quais coalescem e comprimem o tecido normal externamente contra a cápsula prostática verdadeira, criando uma cápsula cirúrgica que delimita o adenoma em expansão. O objetivo do presente trabalho é efetuar uma revisão bibliográfica atual e analisar as intervenções medicamentosas, minimamente invasivas e cirúrgicas referente à hiperplasia prostática benigna. O estudo de revisão foi realizado em forma de pesquisa nos sites científicos SCIELO, PUBMED, LILACS e periódicos, com busca de artigos e informações. Utilizou-se, na busca dos artigos, as palavras chaves: hiperplasia prostática benigna, prostatismo, doenças da próstata, cirurgia e saúde pública. O manejo de pacientes com hiperplasia prostática benigna é realizado através do acompanhamento dos pacientes com sintomas leves por meio da monitorização, sem adição de terapia medicamentosa. Em seguida, os pacientes passam por tratamentos medicamentosos, o qual pode ser exercido por uma variedade de classes medicamentosas, como antagonistas α-adrenérgicos, inibidores da 5-αredutase, antimuscarínicos, fitoterápicos, inibidores da fosfodiesterase e neurotoxinas intraprostáticas. Além disso, os tratamentos a partir de procedimentos minimamente invasivos estão disponíveis aos pacientes que se adequarem a esta opção. Por fim, se a doença continuar progredindo e não houver redução dos sinais e sintomas, o tratamento cirúrgico deve ser desenvolvido a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente. O êxito no tratamento em caráter farmacológico ou não farmacológico, invasivo ou menos invasivo, dependem das condições de cada paciente. A escolha deve ser

33 Discente do curso de Medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. E-mail: pedroxalmeida1@hotmail.com
34 Discente do curso de Medicina da Universidade Brasil, Fernandopolis, São Paulo. E-mail: peduardo9lini@gmail.com
35 Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. Lattes: http://lattes.cnpq.br/2601681751846603. E-mail: netogoulart.estudos@gmail.com
36 Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. E-mail: isadoragoulart.est@gmail.com
37 Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. E-mail: alves.math@outlook.com.br
38 Discente do curso de Medicina da Universidade Brasil, Fernandopolis, São Paulo. E-mail: alissonberaldo@hotmail.com

efetuada a partir de diversas informações obtidas por meio da anamnese, a qual precisa da análise do histórico de vida do paciente, levando em consideração o risco e beneficio de cada tratamento citado.
PALAVRAS-CHAVES: Hiperplasia Prostática Benigna. Prostatismo. Doenças da Próstata. Cirurgia. Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A próstata é a maior glândula acessória do sistema reprodutor masculino. De acordo com sua posição anatômica, situa-se na cavidade pélvica, sendo que sua parte superior, a base da próstata, é contígua ao colo da bexiga; inferiormente, o ápice se une ao diafragma urogenital. A próstata de um homem jovem pesa cerca de 20 gramas. Ao decorrer do processo de envelhecimento fisiológico, o tamanho e o peso aumentam, acarretando alterações anatômicas. Dessa forma, o acompanhamento médico é essencial para identificar processos patológicos subsequentes, como no caso da Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) (ALCARDE., 2016) (DÂNGELO; FATTINI., 2001).

A Hiperplasia Prostática Benigna é uma patologia desenvolvida pela ocorrência de hiperplasia das células epiteliais e estromais. No princípio, essas células começam a se proliferar na área periuretral. Em decorrência do envelhecimento, verifica-se o crescimento de múltiplos nódulos hiperplásicos pequenos, os quais coalescem e comprimem o tecido normal externamente contra a cápsula prostática verdadeira, criando uma cápsula cirúrgica que delimita o adenoma em expansão (SOUZA., 2016).

Essa moléstia tem incidência de 10 % nos homens em uma faixa etária dos 30 e 50 anos, já na faixa etária dos 80 a 90 anos, esta incidência aumenta para 90%. Após os 80 anos, esta patologia é considerada normal e universal, sendo expressa na grande maioria dos casos devido ao processo de envelhecimento. Há evidências científicas que os aspectos como envelhecimento, raça, obesidade, tabagismo, cirrose hepática, vasectomia, atividade sexual e o consumo aumentado de calorias por ácidos graxos e proteínas são considerados fatores de risco para a ocorrência de Hiperplasia Prostática Benigna (GONCALVES., 2008) (PIRAJÁ., 2012).

De acordo com a morbidade da HPB, percebe-se que os sinais e sintomas advêm das vias urinárias inferiores. Os três principais aspectos que determinam o quadro clínico

dos pacientes com HPB são: sintomatologia, crescimento prostático e obstrução infravesical. Sua relação é variável de um paciente para outro. Alguns homens experimentam sintomas do trato urinário inferior, mesmo na ausência de crescimento prostático. Da mesma forma, pacientes com significativo aumento do volume prostático podem ser assintomáticos ou apresentar sintomatologia leve, sem impacto em sua qualidade de vida (BRESSAN., 2015).

Os sintomas se dividem em obstrutivos e irritativos. Em relação aos sintomas obstrutivos, pode citar: hesitação, esforço ao urinar, sensação de esvaziamento incompleto, intermitência, jato urinário fraco e gotejamento pós-miccional que surgem em consequência da obstrução mecânica do colo vesical. Já os sintomas irritativos, expressam-se em polaciúria, nictúria, urgência e incontinência de urgência e são causados por contrações não inibidas do detrusor. Desse modo, há pequena relação entre a intensidade dos sintomas e o tamanho da próstata. Além disso, de acordo com o grau de obstrução e instabilidade do detrusor é indicativo de uma fisiopatologia mais complexa (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA., 2006).

O prognóstico referente aos sintomas das vias urinárias inferiores relacionados à HPB evoluem lentamente ao longo do tempo, apesar das variações de experiência de um paciente para outro. Não existe nenhuma estratégia efetiva de prevenção de HPB (BARBOSA., 2014) (LIMA., 2016).

A evolução das manifestações clínicas dos pacientes com HPB costumam ser oscilantes, intercalando em períodos de melhoras e pioras. Essa história natural dos quadros pode ocasionar sintomas obstrutivos ou irritativos. Além disso, há casos em pode haver a ocorrência de complicações, como: retenção urinária, infecção urinária, insuficiência renal, falência do detrusor, litíase vesical, hematúria. Dessa forma, o médico deve se atentar a esses fatores, estabelecendo a melhor terapêutica (CUNNINGHAM., 2015) (COUET et al., 2015).

O diagnóstico da HPB pode ser realizado baseando-se em uma avaliação dos sintomas através do Escore Internacional de Sintomas Prostáticos, conhecido pela sigla IPSS (do inglês, International Prostate Symptom Score), elaborado pela American Urological Association. O crescimento da frequência de diagnósticos pode ser

relacionado com o aumento da expectativa de vida populacional e uma maior tendência dos pacientes a procurar aconselhamento médico ainda nos estágios iniciais da doença (CRIPPA., 2009) (AVERBECK et al., 2010).

OBJETIVO

Efetuar uma revisão bibliográfica atual e analisar as intervenções medicamentosas, minimamente invasivas e cirúrgicas referente à hiperplasia prostática benigna.

METODOLOGIA

O estudo de revisão foi realizado em forma de pesquisa nos sites científicos, como: SCIELO, PUBMED, LILACS e periódicos, com busca de artigos e informações. Utilizou-se, na busca dos artigos, as palavras chaves: hiperplasia prostática benigna, prostatismo, doenças da próstata, cirurgia e saúde pública.

DESENVOLVIMENTO

O manejo de pacientes com hiperplasia prostática benigna é realizado por meio da observação (watchful waiting), terapia medicamentosa, terapias minimamente invasivas e tratamento cirúrgico. De início, deve realizar o acompanhamento dos pacientes com sintomas leves por meio da monitorização, sem adição de terapia medicamentosa. Em seguida, os pacientes passam por tratamentos medicamentosos, o qual pode ser exercido por uma variedade de classes medicamentosa, como antagonistas α-adrenérgicos, inibidores da 5-αredutase, antimuscarínicos, fitoterápicos, inibidores da fosfodiesterase e neurotoxinas intraprostáticas. Além disso, os tratamentos a partir de procedimentos minimamente invasivos estão dispostos aos pacientes que se adequarem a esta opção. Por fim, se a doença continuar progredindo e não houver redução dos sinais e sintomas, o tratamento cirúrgico deve ser desenvolvido a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente (ROEHRBORN., 2001) (CHAPPLE et al., 2011).

A técnica de watchful waiting é uma estratégia de tratamento para indivíduos com

sintomas leves relacionados à HPB. Nesta opção, o paciente recebe monitorização médica, sem qualquer intervenção terapêutica. Durante esse processo, existem possibilidades de evolução dos sintomas, porém o esperado é a estabilização do caso (BIOLO., 2015).

Além de atuar em sintomas leves, essa estratégia de monitorização pode ser opção para indivíduos com sintomas moderados ou graves, sem complicações. Neste caso, é muito importante uma avaliação constante, pois os sintomas podem evoluir, gerando desconfortos aos portadores da patologia. Desta forma, alguns pacientes podem tolerar uma conduta observadora, mesmo com escores de sintomas elevados, esses fatos são reduzidos a partir de orientações comportamentais como a redução da ingesta de líquidos à noite, exercícios para treinamento vesical, redução de álcool, café e cigarros (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA., 2006).

O tratamento medicamentoso por meio da utilização de α-bloqueadores no manejo da HPB se baseia no fato de que o aumento do tônus da musculatura lisa prostática, mediada por receptores α-1-adrenérgicos, torna-se um dos fatores geradores do processo obstrutivo nos portadores da doença. Os mecanismos de ação dos medicamentos estão relacionados à promoção da apoptose nas células da musculatura lisa da próstata. Os antagonistas dos receptores α-1-adrenérgicos comercialmente disponíveis são: Terazosina, Alfuzosina, Doxazosina, Tansulozina. O manejo por meio da utilização de α-bloqueadores no tratamento sintomático de pacientes com HPB reduziu as indicações para o tratamento cirúrgico, possibilitando a diminuição de processos invasivos e garantindo a efetividade no controle sintomático destes pacientes (MOLINO., 2019).

A Finasterida é um inibidor da 5-α-redutase do tipo 2. O objetivo de sua utilização é de garantir a redução dos níveis séricos e intraprostáticos da di-hidrotestosterona. Com a inserção deste tratamento, a diminuição dos valores do PSA experimentados por estes pacientes é esperada em cerca de 50% do valor basal. A utilização deste medicamento reduz os riscos de episódios de retenção urinária aguda ou de cirurgia em pacientes com HPB. As desvantagens desta conduta são: riscos de disfunção sexual e necessidade de uso da medicação diariamente e por um longo período. Desse modo, vale a pena ressaltar que os resultados na diminuição dos sintomas são inferiores aos α-bloqueadores, sendo a sua

utilização inapropriada em pacientes que não apresentem aumento significativo da próstata ((TACINO., 2015).

O tratamento fitoterápico da HPB é realizado de forma natural e não apresenta efeitos colaterais adversos, fato que o torna um diferencial das drogas sintéticas. Apesar desse ponto positivo, este tratamento necessita de estudos multicêntricos para avaliar sua real eficácia. Dessa forma, não se pode colocar este grupo de medicamentos ao mesmo nível de importância dos alfa-bloqueadores e da finasterida (MORGIA et al., 2015).

A termoterapia transuretral com micro-ondas (TUMT) é um tipo de terapia minimamente invasiva. A finalidade deste procedimento reside na termo-ablação do tecido prostático obstruído, eleva a temperatura intraprostática a 45 - 70 graus centígrados, causando necrose de coagulação e subsequente cavitação no interior do parênquima prostático. Fato que acarreta a destruição de neuroreceptores α-adrenérgicos e a diminuição do tônus muscular liso capsular. Em análise, estes métodos são mais efetivos do que a terapia medicamentosa, porém menos eficazes em comparação com a ressecção trans-uretral da próstata (HOFFMAN et al., 2012).

Em relação à ablação prostática através de agulha trans-uretral (TUNA), sabe-se que este método utiliza radiofreqüência intersticial, com agulhas guiadas através da uretra, com controle cistoscópico e colocadas nos lobos laterais, causando necrose de coagulação. A temperatura no tecido obstrutivo atinge cerca de 80 a 100 graus centígrados, com a formação de cavidade com cerca de 1 cm. Este fato permite que as coalescem, criando cavitações no parênquima prostático. Assim, para uma maior eficácia do procedimento, o paciente ideal é aquele que apresenta uma próstata menor que 60 gramas, com aumento predominante dos lobos laterais (ABRAMS et al., 2009).

A estratégia de utilização dos dispositivos metálicos ou de poliuretano, como no caso das endopróteses uretrais (stents) é considerada uma alternativa de tratamento. Esses dispositivos são colocados na uretra prostática por via endoscópica, com controle fluoroscópico. Eles são expandidos na uretra, aliviando parcialmente a obstrução. Ao decorrer da semana, os dispositivos são cobertos pelo epitélio uretral normal. Esse mecanismo só pode ser utilizado em casos de retenção urinária associado com co-morbidades graves. Além disso, é necessário que nenhuma proposta terapêutica seja eficaz como tratamento. O uso de stents pode acarretar complicações como incrustações,

infecções, dor crônica e falhas por migração ou re-obstrução (JOHANSEN., 2007).

Ressecção transuretral da próstata (RTUP) é considerada o tratamento padrão-ouro entre as terapias cirúrgicas. De acordo com a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina, no Projeto Diretrizes, essa técnica leva à melhora dos sintomas em torno de 85% após um ano e 75% após três anos, com melhora do fluxo urinário em cerca de 95%, sendo menor do que a obtida por prostatectomia. As contra-indicações para a não realização desta operação remete-se ao volume prostático superior a 80 cm^3, aos cálculos ou divertículos vesicais, à estenose uretral ou à anquilose importante de quadril (PORTES., 2004) (YANG et al., 2001).

O procedimento de eletrovaporização transuretral da próstata (ETUP) ocorre por meio de uma alça de ressecção especial associada com uma corrente de alta frequência, ou seja, de 250 W. A vantagem da técnica empregada é a diminuição das chances de ocorrência de processos de sangramento e a melhora dos sintomas em um pequeno período. Já uma desvantagem desse mecanismo é a impossibilidade de obter fragmentos para exame histopatológico e a chance de desenvolvimento de sintomas irritativos, disúria e retenção urinária são superior em relação ao procedimento RTUP (CONTI., 2019).

Incisão transuretral da próstata (ITUP) é um procedimento cirúrgico endoscópico limitado à próstatas de menor volume, inferior a 30 cm. Esta técnica pode ser realizada em regime ambulatorial, sob anestesia local. As vantagens do procedimento estão explícitas na melhora dos sintomas e do fluxo urinário tanto para curto como para longo prazo. A indicação do procedimento se refere a pacientes jovens com sintomas do trato urinário inferior relacionados à HPB e indivíduos com elevado risco cirúrgico que não suportariam procedimentos mais invasivos (SILVA et al., 2013).

A técnica cirúrgica aberta, ou seja, a prostatectomia aberta consiste na enucleação da porção interna da próstata por via suprapúbica ou retropúbica. A realização dessa alternativa é indicada para os casos em que o volume prostático é superior a 80 - 100 gramas. Esse tratamento só deve ser proposto nas falhas das demais propostas terapêuticas (ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA., 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O êxito no tratamento em caráter farmacológico ou não farmacológico, invasivo ou menos invasivo, dependem das condições de cada paciente. A escolha deve ser efetuada a partir de diversas informações obtidas por meio da anamnese, a qual precisa da análise do histórico de vida do paciente, levando em consideração o risco e beneficio de cada tratamento citado. Em princípio, o médico deve avaliar os sintomas dos portadores da moléstia, inserindo a técnica de observação, a terapia medicamentosa, os tratamentos minimamente invasivos e a cirurgia. Dessa forma, o melhor tipo de tratamento deve ser estabelecido com a finalidade de garantir o sucesso terapêutico, garantindo a qualidade de vida ao paciente.

REFERÊNCIAS

ALCARDE, Lais Fernanda. Estudo de radiomarcação com gálio-68 do inibidor de PSMA baseado em ureia - avaliação comparativa de método automatizado e não automatizado. 2016. **Dissertação** (Mestrado em Tecnologia Nuclear - Aplicações) - Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. doi:10.11606/D.85.2016.tde-30112016-103604.

DÂNGELO, JG; FATTINI, CA. **Anatomia humana básica**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2001. 198p.

SOUZA, Wesley da Silva. **Avaliação epidemiológica dos resultados laboratoriais de PSA realizados para diagnóstico de câncer de próstata de pacientes atendidos em um Hospital Universitário de Minas Gerais.** Universidade Federal de Juiz de Fora, faculdade de farmácia. 2016.

GONCALVES, Ivana Regina; PADOVANI, Carlos; POPIM, Regina Célia. **Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 13, n. 4, p. 1337-1342, ago. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400031&lng=pt&nrm=iso>. https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400031.

BRESSAN, Wagner Sperling Cândido. **Hiperplásia prostática benigna: uma revisão atual e novas abordagens.** Monografia do Curso de Pós Graduação em Farmacologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, Criciúma. 2015, 79 p.

CRIPPA, Alexandre et al**. Como Diagnosticar e Tratar Hiperplasia benigna da próstata,** Moreira Jr Editora, São Paulo – SP, 2009. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4241.

BARBOSA F. K. S. et al. **A enfermagem na prevenção da hiperplasia prostática benigna HPB –uma produção científica,** 2014. I congresso Nacional de ciências da saúde, Cajazeira-PB. Disponível em: http://editorarealize.com.br/revistas/conacis/trabalhos/Modalidade_4datahora_22_03

_2014_13_02_32_idinscrito_1313_a2d41cd7dcaf74680eb932c2c116625a.pdf.

AVERBECK, M.; BLAYA, R.; SEBEN, R. R.; LIMA, N. G.; DENARDIN, D.; FORNARI, A.; RHODEN, E. L. **Diagnóstico e tratamento da hiperplasia benigna da próstata.** Revista AMRIGS, Porto Alegre, v. 54, n. 4, p. 471-477, 2010.

CUNNINGHAM, G. R., KADMON, D. **Transurethral procedures for treating benign prostatic hyperplasia.** Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2015.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Hiperplasia prostática benigna.** São Paulo: AMB; Brasília: CFM, 2006. (Projeto Diretrizes).

TACINO, Rafael Bozzo. Efeitos do uso da finasterida sobre o volume prostático e dosagem sérica do PSA em pacientes jovens. 2015. **Dissertação** (Mestrado em Clínica Cirúrgica) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. doi:10.11606/D.17.2017.tde-02022016-093721.

PORTES AT, BERNARDO LAP, FACCIO JÚNIOR NF. **Ressecção Transuretral da Próstata (RTUP):** Complicações trans-operatórias e pós-operatórias em Hospital Universitário. Arq Ciênc Saúde 2004 out-dez;11(4):199-204.

Morgia G, Russo GI, Voce S, Palmieri F, Gentile M, Giannantoni A et al. **Serenoa repens, lycopene and selenium versus tamsulosin for the treatment of LUTS/BPH**. An Italian multicenter double-blinded randomized study between single or combination therapy (PROCOMB trial). Prostate 2014;74(15):1471-80. PMID: 25154739

Hoffman RM, Monga M, Elliott SP, MacDonald R, Langsjoen J, Tacklind J, Wilt TJ. **Termoterapia por microondas para hiperplasia benigna da próstata.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. Nº: CD004135. DOI: 10.1002 / 14651858.CD004135.pub3.

Wiygul J, Babayan RK. **Watchful waiting in benign prostatic hyperplasia**. Curr Opin Urol. 2009;19(1):3-6.

Yang O, Peters TJ, Donovan JL, Wilt TJ, Abrams P. **Transurethral incision compared with transurethral resection of the prostate for bladder outlet obstruction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.** J Urol 2001;165(5):1526-32.

Roehrborn CG. **Efficacy and safety of once-daily alfuzosin in the treatment of lower urinary tract symptoms and clinical benign prostatic hyperplasia:** a randomized, placebo-controlled trial. Urology. 2001;58(6):953-9.

Chapple CR, Montorsi F, Tammela TL, Wirth M, Koldewijn E, Fernandez Fernandez E. **Silodosin therapy for lower urinary tract symptoms in men with suspected benign prostatic hyperplasia:** results of an international, randomized, double-blind, placebo- and active-controlled clinical trial performed in Europe. Eur Urol. 2011;59(3):342-52.

Couet N; Desroches S; Robitaille H et al.**Avaliações da extensão em que os profissionais de saúde envolvem os pacientes na tomada de decisões:** uma revisão sistemática de estudos usando o instrumento OPÇÃO.Espere saúde. 2015; 18 : 542-561.

Pirajá FCS. **Sobrevida de pacientes com câncer de próstata,** Universidade Federal do

Piauí - UFPI - Teresina (PI) Brasil, 2012. Disponível em: http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2617

Lima CLM, Alves PMC. **Hiperplasia Benigna da Próstata – HPB.** ABC da Saúde Informações Médicas Ltda. Copyright 2001-2016. Disponível em: https://www.abcdasaude.com.br/urologia/hiperplasia-benigna-da-prostata-hbp.

MOLINO, Caroline de Godoi Rezende Costa. **Estudo da prevalência de competições terapêuticas entre idosos com multimorbidades do estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento).** 2018. Tese (Doutorado em Produção e Controle Farmacêuticos) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. doi:10.11606/T.9.2019.tde-13052019-152150.

BIOLO, Karlo Dornelles. Análise do perfil de expressão de fatores de crescimento e sua relação com marcadores de inflamação e angiogênese na etiopatogenia da hiperplasia prostática benigna. 2015. **Tese** (Doutorado em Urologia) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. doi:10.11606/T.5.2015.tde-18062015-141404.

Abrams P, Chapple C, Khoury S, Roehrborn C, de la Rosette J, International Scientific C. **Evaluation and treatment of lower urinary tract symptoms in older men.** The Journal of urology 2009;181:1779-87.

Johansen TE, Istad JA**. Long-term cost analysis of treatment options for benign prostatic hyperplasia in Norway**. Scand J Urol Nephrol 2007;41:124-31.

CONTI, Paulo Sajovic de. Avaliação dos biomarcadores urinários de inflamação e de remodelação tecidual na disfunção vesical em pacientes com hiperplasia prostática benigna. 2018. **Tese** (Doutorado em Urologia) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. doi:10.11606/T.5.2019.tde-16042019-155213.

SILVA JR, João Manoel et al **. Fatores de risco para complicações perioperatórias em cirurgias endoscópicas com irrigação.** Rev. Bras. Anestesiol., Campinas , v. 63, n. 4, p. 327-333, Aug. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003470942013000400004&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Oct. 2020. https://doi.org/10.1016/j.bjan.2012.07.001

CAPÍTULO XI

ANÁLISE DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL DE 2010 A 2017 ACERCA DA AUDITORIA DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Bruna Rodrigues Martins de Jesus[39].

DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-11

RESUMO:
A auditoria de qualidade é essencial para mensurar a qualidade da assistência prestada, onde cabe aos profissionais enfermeiros (as) orientar suas atividades, estimulando a auto-reflexão e a reflexão grupal, norteando a educação continuada. O objetivo deste artigo foi analisar sobre a produção científica acerca da auditoria de enfermagem e sua relevância na qualidade da assistência e com esse estudo avaliar de forma reflexiva o nível de abordagem e aprofundamento sobre a temática durante os anos de 2010 a 2017 além de relacionar com as atividades observadas no período de trainee pela autora. Trata-se de um estudo bibliográfico descritivo, através da revisão de literatura, embasado nos artigos científicos selecionados na base dos dados da SCIELO (Scientific Eletrônico Library), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Protocolos do Ministério da Saúde. Foram encontrados 49 artigos dos quais foram excluídos aqueles que se apresentaram repetidos e os que apesar de possuir os descritores não se enquadravam diretamente no assunto desejável, sendo selecionados após a leitura e análise 10 artigos para aprofundamento e estudo de todo trabalho. Os resultados se explicam por tabela e gráficos sobre a auditoria de enfermagem em distintas regiões e cidades brasileiras, com intuito de investigar se sua prática é uma realidade na avaliação dos periódicos publicados. Foram definidas duas categorias na discussão: O papel da enfermagem na auditoria de acordo a revisão de literatura de 2010 a 2017 e Ações executadas pela enfermagem no processo de auditoria em Home Care, presenciado pela autora como trainee da instituição. Em conclusão destaca-se a necessidade de maior discussão e publicações sobre a temática, com finalidade de proporcionar fontes seguras para pesquisas científicas com respaldo legal e aprimoramento da atuação da (o) enfermeira (o) sobre as atividades que lhe competem sobre na auditoria nos serviços de saúde, assegurando um exercício com autonomia, qualificado, padronizado além de promover a educação em saúde.
PALAVRAS-CHAVE: Auditoria de enfermagem. Enfermagem. Serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

A auditoria consiste na avaliação sistemática e formal de uma atividade para

39 Graduada em enfermagem em 2015 pela Uninassau; Especialista em enfermagem do trabalho e Saúde ocupacional; Enfermagem em Uti; Gestão e auditoria em Serviços de Saúde; Instrumentação cirúrgica, centro cirúrgico e central de material e esterilização. https://orcid.org/0000-0002-7412-5821. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0267805385482389. E-mail: Graduando@outlook.com

determinar se ela está sendo realizada de acordo com os seus objetivos, uma auditoria de qualidade é essencial para mensurar a qualidade da assistência prestada, onde cabe aos profissionais enfermeiros (as) orientar suas atividades, estimulando a reflexão individual e grupal, norteando a educação continuada, uma atividade dedicada à eficácia de serviços, que utiliza como instrumentos o controle e análise de registros, para então atender as demandas sociais, legais e científicas.

O conhecimento sobre a prática das (os) enfermeiras (os) auditoras (os), ainda incipiente no Brasil, poderá contribuir para a otimização dos recursos físicos e materiais disponíveis nos serviços de saúde e para desenvolver as pessoas, melhorando, além do planejamento e a execução técnica do trabalho, a relação custo-benefício para o paciente, o hospital e o comprador de serviços de saúde. A auditoria, se entendida como um processo educativo fornece subsídios para a implantação e gerenciamento de uma assistência de qualidade. (PINTO, MELO, 2010)

A auditoria de enfermagem é uma atividade da área de enfermagem que analisa, controla e autoriza os procedimentos médicos para fins de diagnose e condutas terapêuticas, propostas ou realizadas, respeitando-se a autonomia profissional e preceitos éticos, que ditam as ações e relações humanas e sociais. Consiste na conferência da conta ou procedimento, pelo (a) auditor (a) enfermeiro (a), analisando o documento no sentido de corrigir falhas ou perdas, objetivando a elevação dos padrões técnicos e administrativos, bem como a melhoria das condições hospitalares e um melhor atendimento à população.

De acordo Oliveira et al (2013, p. 152) relata que:

> As atividades desenvolvidas pelo profissional de enfermagem em auditoria foram estabelecidas e aprovadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) por intermédio da resolução nº 266/20017. Tal auditoria deve incluir o estabelecimento de padrões de assistência e a utilização de instrumentos para a sua realização. Com a padronização dos processos da assistência de enfermagem, a avaliação tem como base os padrões desejáveis da prática assistencial, com condições de avaliação dos processos e análise dos resultados alcançados.

A pertinência deste estudo destina-se a análise de periódicos publicados acerca da enfermagem na auditoria, propondo a enfermagem uma reflexão quanto à construção de concepções e de uma sistematização de enfermagem com maior autonomia no âmbito da auditoria. Este trabalho tem como justificativa uma vivência da autora como Trainee em

uma Home care, onde foram identificados muitos dos problemas que dificultam uma auditoria, despertando interesse para o estudo dessa temática. Nesse momento também averiguou que a (o) enfermeira (o) exerce papel de educador (a), na tentativa de favorecer a efetivação de uma assistência correta. Mediante o exposto, a problemática desse trabalho é relatar como o (a) profissional de enfermagem é fundamental no processo de auditoria, contribuindo para melhora da assistência e a qualidade de vida, sendo uma ligação essencial entre profissional, equipe multidisciplinar, instituição e paciente na promoção dos serviços de saúde.

Durante Treinamento remunerado em Home Care no bairro de Itapuã, pude ver de perto a postura e conduta dos (as) enfermeiros (as) da unidade no processo de auditoria e pretendo aprofundar os meus conhecimentos adquiridos na construção do artigo.

Diante disso foi definido como objetivo geral, analisar a produção científica acerca da auditoria de enfermagem durante os anos de 2010 a 2017 e sua relevância na qualidade da assistência.

METODOLOGIA

Este estudo busca traçar a evolução da produção científica da auditoria de enfermagem, por meio de revisão bibliográfica da literatura. É a pesquisa cujos dados e informações foram coletadas em obras já existentes e servem de base para análise e a interpretação dos mesmos, formando um novo trabalho científico. Trata-se de um conjunto de atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar conhecimentos válidos e verdadeiros, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões dos cientistas. Foram selecionados trabalhos que se relacionavam aos periódicos acerca da auditoria de enfermagem, com base em revisões de artigos científicos SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) ou outros portais científicos de acesos livre e repositórios universitários, bem como documentos oficiais que pudessem contribuir para a construção do artigo, selecionados de acordo o tema proposto e a própria Organização Mundial de Saúde (OMS).

As palavras chaves utilizadas foram: auditoria em saúde, enfermagem, serviços de saúde, definida como critérios de inclusão dos periódicos os artigos científicos

publicados de 2010 a 2017 com idiomas em português.

Inicialmente foram selecionados 49 artigos na BVS e Scielo, dos quais foram excluídos aqueles que apesar de possuir os descritores citados acima não se enquadravam diretamente no assunto desejável, sendo eliminados os que se apresentaram repetido durante a busca. Após leitura criteriosa e organização por um objetivo semelhante foram selecionados para aprofundamento e estudo de todo trabalho 10 artigos, a fim de expor as ideias e discussões esperadas na construção do artigo.

Assegurado pela lei 9.610/98, capítulo I, Art. 22 que garante ao autor os direitos morais e patrimoniais sobre a obra que criou, ficando assim esclarecida que qualquer hipótese de plágio será desconsiderada e de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde a presente pesquisa não precisa ser submetida ao comitê de ética, pois não envolve seres humanos e animais.

RESULTADOS

Para melhor análise sobre dos artigos pesquisados possibilitaram identificar se o assunto é questionado e desenvolvido nos serviços de saúde ao longo dos anos de 2010 a 2017. Os artigos selecionados foram organizados na tabela a seguir:

Tabela 1 - Fontes dos artigos, números e tema, Quixeramobim, 2020.

Fonte do Artigo	N	Tema de Artigo
BVS	09	Auditoria em saúde: um novo paradigma na qualidade da assistência de enfermagem
		Auditoria de enfermagem em Centro Cirúrgico.
		Acreditação hospitalar como agente de melhoria da qualidade dos registros de enfermagem em um hospital universitário.
		Gerenciamento de enfermagem em unidade de emergência: dificuldades e desafios
		Enfermagem, auditoria e regulação em saúde: um relato de experiência.

		Auditoria: uma abordagem histórica e atual.
		A importância das anotações de enfermagem nas glosas hospitalares.
		A importância do enfermeiro auditor na qualificação da assistência profissional.
		Auditoria em organizações prestadoras de serviço: uma estratégia de gestão econômica
SCiELO	01	A prática da enfermeira em auditoria em saúde.

Fonte: Elaborada pela autora com base em dados bibliográficos, 2020.

Diante da Tabela 1, é possível verificar o maior quantitativo de publicações de estudos encontrados na BVS, enquanto nas fontes SCiELO, ocorrem em menor quantitativo, mostrando a necessidade de mais estudos e divulgações sobre o assunto.

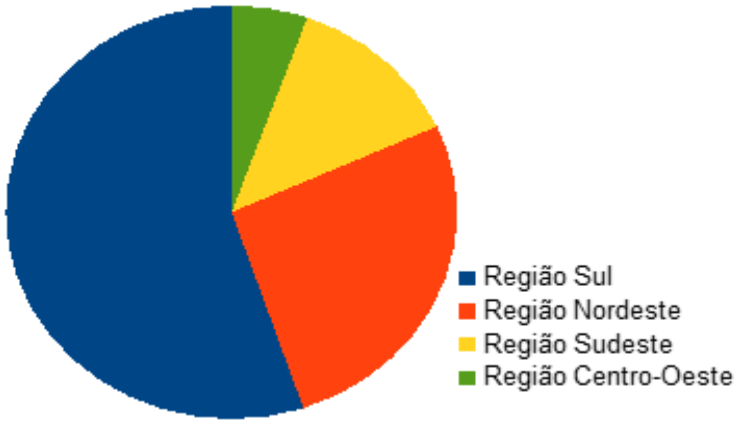
É visto também na Tabela I, uma carência dos periódicos com relação às práticas da auditoria pela enfermagem nos serviços de saúde, o que pode justificar a inoperância e estudo da temática no contexto em conformidades às bibliografias descritas durante o período em pesquisa. Nota-se a necessidade de mais publicações do assunto em questão junto à enfermagem. Averiguou-se que existem poucos estudos voltados para esta temática com base nos descritores utilizados e que mesmo com um baixo quantitativo, não houve publicações de relevância para o objetivo esperado dessa revisão.

A literatura sinaliza que os estudos mais publicados estão sem enfoque na assistência privativa (o) da (o) enfermeira (o). Acredita-se que seja uma consequência da não divulgação do assunto pelos profissionais no meio científico ou pouco interesse pela realização de estudo nessa área. Com a finalidade de detalhamento da pesquisa, foram discriminadas as regiões das cidades de cada artigo publicado, expostas em gráficos com intuito de proporcionar aos leitores uma análise com mais clareza a respeito dos resultados obtidos no rastreamento dos periódicos.

Os resultados foram expostos de acordo com as regiões e o número de artigos selecionados do ano de 2010 a 2017 onde foi realizada e feita a busca das informações que posteriormente será verificada no gráfico onde foram realizadas as principais temáticas abordadas entre eles. As informações contidas na pesquisa foram fundamentadas através de autorias já publicadas, sendo então esclarecido que as ideias

foram formuladas para embasar a publicação do estudo em questão.

Gráfico 1 – Resultados da quantidade de acordo com as regiões do Brasil onde foram selecionados os artigos sobre auditoria de enfermagem, Quixeramobim, 2020.

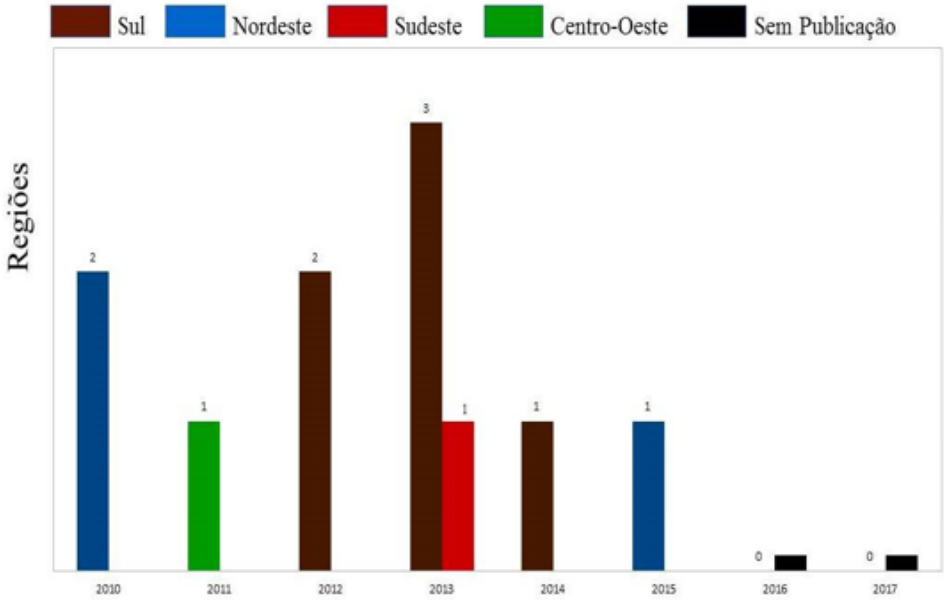


Fonte: Elaboradas pela autora com base em dados bibliográficos, (2020).

Para melhor compreensão pode-se perceber no gráfico 1, que a região Sul é onde indica a maior concentração das publicações somando um total de 10 periódicos dos 49 selecionados para construção do artigo, evidenciando que pode estar associado por apresentar índices sociais acima da média brasileira e das demais regiões em vários aspectos, como a mais alfabetizada, 95,2% da população, e a com menor incidência de pobreza e grandes academias.

O que se justifica pelo quantitativo que é identificado por apresentarem mais divulgações dos estudos com relação às demais regiões e principalmente a região Centro-Oeste por não investir muito em pesquisas científicas dentro do assunto aprofundado. Poucos foram os artigos relacionados ao tema exposto, talvez tenha sido por isso que foi uma das regiões dentro do gráfico com menor índice de pesquisa. Em relação ao quantitativo de regiões que aparecem no gráfico, apresenta-se inferior ao esperado, pois foram constatadas divulgações somente em maior porcentagem na região Sul e Nordeste, pois foram os artigos selecionados que mais aproximaram do tema ao longo dos anos de 2010 a 2017. Nas demais regiões como: Sudeste e Centro-Oeste houve dificuldades de estudos e um déficit de pesquisa.

Gráfico 02 - Descrição da quantidade de publicações em relação a regiões de onde foram selecionados os artigos sobre auditoria de enfermagem, Quixeramobim, 2020.



Fonte: Elaborado com base em dados bibliográficos, 2020.

Com relação ao número de trabalho publicado em 2017, deve-se ao fato que o ano ainda está recente. Espera-se que até o final do ano de 2018 os trabalhos publicados ou em processo de análise do ano anterior aumentem devido à grande necessidade de tomar conhecimento sobre a temática.

Predomina-se um crescimento no ano de 2013, sendo que dobrou o quantitativo de publicações em relação aos demais períodos as quais se mantiveram com iguais níveis de divulgações, com exceção de 2010 e 2012.

Em contrapartida, encontra-se na região Sul uma atenção maior aos assuntos em pesquisa correlacionado à região Nordeste, evidenciando que pode estar associado por ter concentração de grandes capitais, revelando que existe um percentual significativo de força de trabalho, estimulando os profissionais de saúde a abordarem assuntos voltados para esse conhecimento, além de ter um índice comunitário em constante crescimento.

Ainda pode-se observar números insuficientes de artigos publicados por ano, entre 2015 até 2017 com presença de 03 com mesmo nível de publicação e 02 períodos sem publicações, identificando que de fato há um déficit de pesquisa nas demais regiões brasileiras, pois os artigos selecionados que mais se aproximaram do interesse dessa temática foram às situadas nas regiões Sul e Nordeste.

É possível verificar a deficiência de estudos direcionados para outras regiões como, por exemplo, a região Centro-Oeste onde predomina a capital do país e a cidade mais populosa da região, Brasília e Sudeste caracterizada por ser a região mais desenvolvida, populosa e com maior qualidade de vida do país , podendo perceber uma grande carência nas divulgações de novos trabalhos nessa região.

Diante dos resultados nas quais foram identificados uma escassez dos periódicos que abordassem a atuação da auditoria pela enfermagem nos serviços de saúde, busca-se evidenciar com esse estudo a insuficiência de periódicos publicados sobre o assunto em questão, além da falta de estímulo dos profissionais de saúde ao abordarem assuntos voltados para esse conhecimento. Tal questionamento surge com a necessidade de esclarecimento a cerca dessa temática, permitindo um entendimento embasado em estudos científicos, que serão retratados no desdobramento da discussão.

DISCUSSÕES

Atualmente a auditoria de enfermagem adota um papel abundante, porém ainda é um campo pouco explorado para área de estudo científico e de trabalho, as maneiras de se auditar podem variar de instituição para instituição, no controle de gastos, no atendimento do paciente, na modalidade assistida, na utilização de materiais, medicamentos adequados, anotações e controle dos mesmos. Por isso a importância que o profissional de enfermagem faça parte deste ramo de trabalho específico por possuir conhecimento e contato com materiais, medicamentos e procedimentos realizados, analisando-os de forma correta.

A AUDITORIA DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA

A educação em saúde praticada pelo profissional de enfermagem programa projetos e atividades cujo objetivo proporciona igualdade acessa a informação adequada, valorização, desempenho participativo no cuidado, além de construir soluções e sinergias nos diferentes problemas encontrados na equipe sem comprometer as questões da qualidade do atendimento e dos cuidados prestados.

A prática profissional da enfermagem muitas vezes ocorre de forma assistemática, devido à resistência dos profissionais em modificar o seu fazer cotidiano, tecnicista e fragmentado. Nesse contexto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma proposta de metodologia assistencial, que direciona as atividades de toda a equipe de enfermagem, uma vez que os técnicos e auxiliares assumem suas funções a partir da prescrição do enfermeiro. Assim, é importante e necessário que o profissional de enfermagem se preocupe com a qualidade da assistência prestada ao invés de limitar-se predominantemente as demandas do serviço. Enquanto líderes da equipe de enfermagem, os enfermeiros devem envolver e educar suas equipes no intuito de assegurar uma prática assistencial que promova um cuidado integral, fundamentado no conhecimento científico, evitando danos ao paciente e à própria instituição. Para tanto, estudiosos revelam ser indispensável, a padronização do processo de trabalho com protocolos, a capacitação contínua e sistematizada, a reflexão sobre o conteúdo da informação e dos impressos para anotação. (SILVA, 2015, p. 132)

Uma vez que ao revisarem as atividades desenvolvidas, os profissionais alcançarão resultados satisfatórios nos procedimentos futuros, gerando mais interesse na área científica e estabelecendo subsídios técnicos e financeiros. Dessa forma, o profissional enfermeiro (a), que é um (a) educador (a) na sua essência, deve sensibilizar os membros da sua equipe quanto à importância do envolvimento na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por ser responsável pelos resultados obtidos por sua equipe. Assim, cabe ao enfermeiro assistencial, avaliar como estão os registros/anotações de sua equipe, fazendo um planejamento das atividades, visando à educação continuada, realizando treinamento sistematizado e capacitando sua equipe para a valorização das anotações e registros, ao passo que, o enfermeiro auditor realiza uma averiguação mais efetiva das possíveis inconformidades da assistência de enfermagem, gerando um serviço de qualidade e proporcionando bem-estar aos usuários atendidos. Acredita-se que, como atividades complementares, a SAE e a Auditoria de enfermagem consagram a excelência do atendimento em si, melhorando o gerenciamento do cuidado. (SILVA, 2015, p. 133)

AÇÕES EXECUTADAS PELA ENFERMAGEM NO PROCESSO DE AUDITORIA EM HOME CARE PRESENCIADO PELA AUTORA COMO

TRAINEE DA INSTITUIÇÃO

Durante a realização do referido treinamento em Home Care pôde-se acompanhar a ação da enfermagem nas atividades assistenciais, organizacionais e na avaliação. Dentre elas, acompanhar o trabalho do profissional na promoção da educação em saúde. Também foi possível participar das reuniões da equipe multiprofissional, acompanhar a supervisão do trabalho dos (as) técnicos (as) em enfermagem e cuidadores, obter informações sobre as visitas domiciliares, analisar prontuários e suas evoluções de cada assistência prestada, algumas dessas visitas eram em domicílios de idosos com internamento domiciliar 24 horas com suporte de ventilação mecânica com liminar da justiça. Nesse caso, puderam-se observar alguns dos problemas encontrados na avaliação desses prontuários, o que nos mostra o quanto o papel do enfermeiro (a) auditor (a) é fundamental na assistência e na educação em saúde.

Ainda, foi possível constatar durante o treinamento, como ações de educação e assistência por parte da auditagem, ao qual produzem mudanças e benefícios significativos na assistência, ou população assistida que se encontra em situação de fragilidade de saúde e social e que muitas vezes não existe por falta de pessoal qualificado, estrutura prejudicada, material insuficiente, sobrecarga de trabalho, desvio de função e demanda elevada.

Além disso, algumas das atividades que foram possíveis de realizar no período foram acompanhar as consultas de enfermagem, exercer a educação em saúde com palestras aos profissionais técnicos (as) e cuidadores, auxiliar na organização de medicamentos, dietas e materiais distribuídos mensalmente aos pacientes, acompanhar as marcações de consultas eletivas, conhecer o trabalho de toda a equipe multidisciplinar, além de integrar os conhecimentos adquiridos em aulas com a experiência diretamente ligada a atuação profissional no processo de auditoria aos prontuários e impressos descritos todos os procedimentos realizados no mês e apesar de a sistematização dos resultados ter priorizado a instituição, como em muitos casos a unidade deixava de fazer uso de um material adequado visando economia ou utilizava um produto genérico e cobrava ao plano ou seguradoras de saúde pela marca, ficaram evidentes características singulares que repercutem inúmeros desafios na construção de uma assistência qualificada.

Assim, foi possível a união da prática com a teoria, além do conhecimento adquirido durante treinamento, contribuindo para a completa formação profissional conhecendo a realidade em que a (o) enfermeira (o) enfrenta em meio à deficiência no sistema e como contribuem de forma improvisada promovendo à saúde.

Segundo Pereira et al (2010, apud SOUZA, 2012, p. 1098) acredita-se que, por inserir os estudantes de maneira ativa e participativa no contexto social brasileiro, a extensão popular é capaz de formar profissionais que contribuam efetivamente com a construção de um agir humanístico, crítico e democrático, forjando-se aí uma nova perspectiva ética para os futuros profissionais. O projeto contribui para desenvolver e incentivar transformações no processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, na abordagem integral no processo saúde-doença, por meio de metodologias ativas, práticas educativas na rede pública de serviços básicos de saúde, sintonizando a formação profissional com as necessidades da população brasileira e operacionalização do SUS, princípios que constituem diretrizes do Ministério da Saúde para a reorientação da formação profissional em saúde.

Ressalta-se, a importância da integração entre ensino e serviço de saúde pública bem como o envolvimento da área acadêmica nas ações e propostas pela enfermagem nas atividades fundamentais nos serviços de saúde, comunidade e interação multiprofissional.

CONCLUSÃO

Neste contexto o (a) enfermeiro (a) destaca-se por ser o (a) profissional qualificado (a) em assumir o papel de orientador (a) e educador (a) dos profissionais técnicos e multidisciplinares nos serviços de saúde, realizando de forma qualificada a escuta e coleta de informações que define todo atendimento prestado.

O caminho para a autonomia do exercício da enfermagem se fará com o domínio do conhecimento, bem como da prática e a utilização destes para o cuidado da saúde. Por isso, a importância da vivência em determinadas áreas da saúde possibilita fazer reflexões acerca da prática no campo e a contribuição para o aprendizado, pautado em conhecimentos previamente discutidos e socializados em aulas teóricas da graduação e pós graduação. Esta vivência é primordial e extremamente válida para a consolidação dos conhecimentos necessários para um bom desempenho e, portanto, para a formação

profissional.

Além disso, reconhece-se a importância do papel do enfermeiro (a) auditor (a) nos variados serviços de saúde. Dentro desta proposta, considera-se que os objetivos não foram completamente atingidos cientificamente, de forma que esse déficit impulsiona uma busca pelo crescimento acadêmico e pessoal, instigaram a procura pela constante atualização e pela ampliação dos horizontes profissionais. Para tanto, é preciso discutir, analisar e produzir conhecimento sobre esta prática, cuja temática ainda permanece como uma importante lacuna do conhecimento no Brasil.

REFERÊNCIAS

SILVA, Jaira dos Santos. Auditoria em saúde: um novo paradigma na qualidade da assistência de enfermagem. **Rev Enferm UFPI**. 2015 Apr-Jun;4(2):130-4.

MOMURA, Aline Tsuma Gaedke. Acreditação hospitalar como agente de melhoria da qualidade dos registros em um hospital universitário. Porto Alegre. 2014

CECCON, Roger Flores, PAES, Lucilene Gama, SANTOS, Maríndia Borges dos, GRENZEL, Joice Caroline Miron. Enfermagem, auditoria e regulação em saúde: Um relato de experiência. **Rev Min Enferm.** 2013 jul/set; 17(3): 700-704

OLIVEIRA, Driely Reis de Oliveira, JACINTO, Silvia Maria, SIQUEIRA, Cibele Leite. Auditoria de enfermagem em Centro Cirúrgico. **RAS,Vol. 15, N 61** – Out-Dez, 2013

ZAMBIAZI, Bruno Rafael Branco, COSTA, Andrea Monastier. Gerenciamento de enfermagem em unidade de emergência: dificuldades e desafios. **RAS, Vol. 15, N 61** – Out-Dez, 2013

LANA, Letice Dalla;FERRAZA, Cristiane Aspirot do Couto;QUADROS, Juliane do Nascimento de; BIRRER, Jucelaine Arend. Auditoria em organizações prestadoras de serviço: uma estratégia de gestão econômica. **Rev. adm. saúde;** 14(56): 103-108, jul.-set. 2012.

SOUZA, Luiziane Agostine Alves de; DYNIEWICZ, Ana Maria; KALINOWSKI, Luísa Canestro. Auditoria: uma abordagem histórica e atual. **Nursing (Säo Paulo)**; 14(165): 108-114, fev. 2012.

PRADO, Patrícia Rezende do; ASSIS, Walédya Araújo Lopes de Melo. A importância das anotações de enfermagem nas glosas hospitalares **CuidArte, Enferm;** 5(1): 62-68, jan.-jun. 2011.

PINTO, Karina Araújo, MELO, Cristina Maria Meira de. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. **Rev. esc. enferm. USP**. 2010, vol.44, n.3, pp.671-678. ISSN 0080-6234.

PEREIRA, Patrícia Mirapalhete; PORTO, Porto, Adrize Rutz; THOFEHRN, Maira Buss. A importância do enfermeiro auditor na qualificação da assistência profissional. **Rev. enferm. UFPE;** 4(2): 504-509, abr/jun 2010.

CAPÍTULO XII

AS IMPLICAÇÕES DA TELEMEDICINA E MEDICINA ROBÓTICA PARA O FUTURO DA ATIVIDADE MÉDICA

Natália Inácio Beltramini[40]; Isadora Medrado Goulart[41]; Luana Martins Camilo[42]; Laila Passerine Rossato[43]; Mariane Zevoli Stabile[44]; Matheus Alves de Souza[45]. Miguel Pereira Goulart Neto[46].

DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-12

RESUMO:
A telemedicina é uma forma de oferta de serviço de saúde, que por meio de comunicação a distância, busca disseminar de forma universal, integral e igualitária a toda a população, ela pode ser uma saída para a sobrecarga do sistema, cuidando de doenças crônicas, ajudando no atendimento primário e também sendo uma área de atuação interdisciplinar para melhor atender os pacientes.A telemedicina pode ser aplicada como saída para controle dos gastos públicos, ajudando no crescimento de mercado, especialmente em países em desenvolvimento que buscam reformulação do sistema de saúde. A ferramenta utiliza dos códigos de ética da saúde para os atendimentos, e o sigilo e confidencialidades são garantidas. Mesmo com tantos pontos positivos, a legislação, a desigualdade regional de infraestrutura da rede de dados, falta de matéria, recurso e equipamentos forma uma barreira à difusão da telemedicina. A medicina robótica é o indício do futuro da medicina, a busca por especialidades nessa área tem crescido significamente, uma vez que a robótica não é a substituição do profissional, é uma cooperação. Em cirurgias ajuda na precisão, tornando-a mais rápida, segura, com menor risco de infecção e tendo uma recuperação mais rápida. Apesar da grande eficiência, em alguns casos ela não é indicada, sendo preferível cirurgias abertas; o alto custo dessa tecnologia também a torna inviável ao Sistema Único de Saúde, que busca o surgimento de uma tecnologia de baixo custo. Os eventos adversos da medicina robótica conflita com a responsabilidade civil, se tornando uma incógnita, os eventos adversos é de culpa médica ou defeito do produto.

PALAVRAS-CHAVE: Telemedicina. Medicina Robótica. SUS. Tecnologia. Baixo Custo.

40 Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. E-mail: natbeltramini@gmail.com
41 Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. E-mail: isadoragoulart.est@gmail.com
42 Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. E-mail: luanamartins67@gmail.com
43 Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. E-mail: lailarossato@hotmail.com
44 Discente do curso de medicina da Universidade de Marília. E-mail: marianestabile@icloud.com
45 Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. E-mail: alves.math@outlook.com.br
46 Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. Lattes: http://lattes.cnpq.br/2601681751846603. E-mail: netogoulart.estudos@gmail.com

INTRODUÇÃO

O século atual precisou de disponibilidade de saúde de alta qualidade entre toda a população, logo, veio o uso da telemática que é uma ferramenta política e estratégica para a organização da saúde como um todo. Com o passar dos dias recebeu um novo nome e Saúde ou telessaúde, esses termos são utilizados no telediagnóstico, na telecirurgia, no telemonitoramento, no prontuário eletrônico, entre outras situações. E todos os profissionais de saúde que forem exercer a telemedicina precisam passar antes por cursos de aprendizado para poder melhor atender o paciente (REZENDE, *et al*, 2009).

Os médicos precisam seguir códigos de ética onde contém as normas a serem seguidas em todas as situações para proteger a si mesmo e ao direito do paciente. É preciso seguir três regras primordiais, que são: respeito ao sigilo, à confidencialidade e à privacidade das informações, por isso, possuem acesso restrito a cada perfil de cada paciente. Ficando a cargo do CRM que é o Conselho Regional de Medicina realizar a vigilância e avaliar as práticas médicas utilizadas no contexto de telemedicina (CFM. 1996).

É evidente que a telemedicina tem aliviado a pressão dos sistemas de saúde e de uma certa forma, melhorado e facilitado o atendimento aqueles que precisam.

O desenvolvimento da telemedicina abrange de uma certa forma vários setores, principalmente dos países já em desenvolvimento, diminuindo gastos e reformulando o sistema de saúde, mas claramente ela enfrenta e enfrentará muitos desafios. Ela exige uma junção de atividades interdisciplinares, ou seja, todos os profissionais precisam atuar em conjunto para fazer funcionar de maneira efetiva, favorecendo os profissionais e os pacientes, sendo uma importante barreira a ser enfrentada frente aos conflitos de interesses existentes em cada um.

No Brasil, as normas ainda não são suficientes para fazer com que essa ferramenta seja de um todo segura, sendo preciso trabalhar com normas e legislações que regulamentam e a tornem segura e efetiva. Deve-se intercalar setores da saúde, da economia, cada qual com o seu interesse, mas que tenham como alvo a população brasileira, alcançando vários territórios ao mesmo tempo e proporcionando atenção a todos (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

A medicina robótica, por sua vez, também tem surgido como uma possibilidade

de evolução e de facilitação, melhorando a prática médica. Ao contrário do que muitos pensam, o médico atua juntamente com os aparelhos robóticos, sendo de extrema necessidade sua participação assim como é necessário autorizações para essa nova prática, que tende a aumentar. A cirurgia robótica permite diversos benefícios tanto para a facilitação do trabalho do médico, como, principalmente, para o bem-estar e segurança do paciente. Com o avanço nessa medicina moderna, os profissionais também precisam se atualizar e treinar a fim de exercê-la com a máxima eficiência (KFOURI NETO, 2019).

Entre tantos benefícios e avanços, a robótica ainda não possui eficácia em alguns procedimentos cirúrgicos e, portanto, é preciso abrir espaço para a prática habitual. Além disso, a prática robótica ainda é um processo de alto custo, sendo mínima no Sistema Único de Saúde, impedindo que seja amplamente distribuída quando necessária de forma mais eficaz no tratamento. Eventos adversos também se fazem presentes quando se envolve essa tecnologia. São diversos os tipos de acidentes relacionados à robótica e são prevalentes, na grande maioria, em cirurgias específicas.

A partir dessas complicações e, até mesmo, de fatalidades, são geradas consequências cabíveis a quem causou esse evento, podendo ser responsabilidade do fabricante, do médico, do hospital ou do próprio serviço hospitalar. Faz-se necessário, portanto, a criação de meios para melhor detectar o erro e promover maior segurança aos envolvidos e, principalmente, aos pacientes.

OBJETIVOS

O objetivo do presente estudo foi visualizar a telemedicina num contexto geral e no Brasil e os desafios a serem enfrentados.

METODOLOGIA

Foram realizadas buscas na literatura brasileira e internacional sobre o tema utilizando como palavras chaves: telemedicina e medicina robótica, sendo encontrados na base de dados da biblioteca virtual Google Acadêmico, SciELO e Pubmed. Depois foram submetidos a uma leitura interpretativa e seletiva.

Esta pesquisa foi planejada, estabelecendo uma junção entre as implicações da

Telemedicina e medicina robótica para o futuro da atividade médica, a partir de registros oficiais. As informações analisadas, foram feitas com base em estudos já vistos sobre o tema, desta forma, houveram-se um apontamento das limitações e a ampliação das áreas de conhecimento que tratam sobre o assunto.

DISCUSSÃO

A telemedicina, tem sentido extenso, podendo ser determinada como o uso das tecnologias de informação e comunicação na saúde. Ela tem sido observada como uma oportunidade importante para a confrontação dos desafios de hoje em dia dos sistemas de saúde universais. É uma atividade que ainda se encontra em desenvolvimento, não relacionada a questão de tempo, mas sim por enfrentar alguns desafios como: ordem técnica, legal, ética, regulatória, cultural, e outros, o que dificulta o seu processo de amplificação. Como a população tem se tornado idosa ao longo desses anos, e tem sobrecarregado o sistema de saúde, a telemedicina tem o intuito de tirar essa pressão cuidando das doenças crônicas principais que atingem a população (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

Pressões progressistas pelo controle dos gastos públicos e privados com a saúde em nível mundial, em virtude da crescente demanda por serviços de saúde, também vem criando condições favoráveis a telemedicina.

No desenvolvimento da telemedicina tem as visões de crescimento do mercado, sobretudo dos países em desenvolvimento, especialmente no que tange a reformulação dos sistemas de saúde e aumento dos gastos em saúde.

A telemedicina é a utilização de tecnologias de telecomunicação para realizar ações médicas à distância, as modalidades mais comuns são: telediagnóstico, teleconsulta, teleterapia, telemonitorização e tele didática. A telessaúde é reservada para nortear uma área de grande amplitude, ou seja, o armazenamento, transmissão, disponibilização e interação que se refere à saúde e suas atividades-fim e atividades-meio. Telemedicina, telessaúde e e-saúde, de um modo amplo essas ideias expõem a utilização das tecnologias da comunicação e da informação, sendo que, as definições individuais variam de autor para autor (SABBATINI, 2015).

Essa tecnologia é composta pelas seguintes características básicas: distância física entre o serviço médico e o paciente; uso de tecnologia para realizar a assistência, em substituição à presença física; disponibilidade de equipe de saúde; sistematização do processo de teleassistência; estruturação de segurança; qualidade e sigilo dos dados; entre outras. Vale ressaltar que a telemedicina não é uma atividade exclusivamente médica, e sim a aliança entre profissionais de saúde e de tecnologia, para melhor atender os pacientes. Portanto, é mais que uma reunião de atividades multiprofissionais, é uma área de atuação interdisciplinar (REZENDE, *et al*, 2009).

De acordo com Kluge, (2008), o Brasil, no que se refere a políticas governamentais, o Programa Telessaúde Brasil, a Rede Nacional de Ensino e Pesquisas (RNP) e a Rede universitária de Telemedicina (RUTE) são as que mais se destacam nesse assunto. Em 2011 o Programa Nacional de Telessaúde foi ampliado e passou a ser chamado de Programa Nacional Telessaúde Redes. A telemedicina tem como principal ponto respeito ao sigilo, à confidencialidade e à privacidade das informações.

Em relação ao setor privado as perspectivas de desenvolvimento do mercado, oportunidades de negócios, grande redução do número de atendimentos e de internações, entre outros, caracterizam a crescente interesse nessa indústria emergente. Porque existem laudos a distância ou telediagnóstico, em especial laudos de ECG, radiologia e educação a distância (KFOURI NETO, 2019).

O Brasil é um país que possui chance significativas para a ampliação e aplicação da telemedicina. Apesar de todas suas qualidades, a telemedicina também enfrenta grandes e diversos desafios.

De acordo com uma análise política, as iniciativas governamentais em telemedicina, de modo geral, têm sido realizadas apenas pelo Ministério da Saúde, o qual está relacionado também ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação e da Educação. A partir disso, observa-se que não estão inclusos órgãos de decisão econômica como o Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Portanto, não apresentam verdadeiras políticas de Estado, já que não há uma articulação interministerial com a presença prática de diversos órgãos decisores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A telemedicina busca uma oferta de serviços de saúde mais justa e ampla. Entretanto, a saúde está relacionada ao meio econômico e social. Do ponto de vista

econômico, a saúde é gerada a partir de uma base produtiva, a qual engloba oportunidades de investimento, renda e emprego, sendo de extrema importância no desenvolvimento econômico. Do ponto de vista social, a saúde está relacionada aos direitos e valor humano, bem como à proteção social (REZENDE, *et al*, 2009).

A partir disso, a participação interministerial conseguiria promover essas duas dimensões: economia e saúde, permitindo os serviços de saúde de forma mais abrangente e eficaz, além de colaborar, simultaneamente, no desenvolvimento de uma base produtiva, refletindo positivamente na economia. Devido a essa carência interministerial, a telemedicina passou a apresentar grandes barreiras e desafios a sua plena difusão. Além dela, deve-se considerar também os pontos de vista institucional e dos profissionais, bem como cultural que permitem criar barreiras à oferta de novas tecnologias (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

A telemedicina depende também de uma equipe multidisciplinar, não sendo apenas responsabilidade médica. Dessa forma, reunir profissionais de diversas áreas permite gerar conflitos e tensões, já que depende de um rearranjo no processo do trabalho, envolvendo interesses, disponibilidade ampla e necessidades.

Mudanças na tradicional e bem aceita relação médico-paciente também é motivo de desafios na telemedicina. O atendimento virtual ainda apresenta significativa resistência tanto para os profissionais quanto para os pacientes, mas isso significa vencer barreiras culturais, institucionais e profissionais, a fim de concretizar a telemedicina.

Além disso, no Brasil, por exemplo, as regulamentações, normas e a legislação ainda são restritas e insuficientes em relação a essa nova prática, tornando-a insegura. Para sua efetiva regulamentação, faz-se necessário a criação de leis diversificadas, normas, protocolos, decretos, portarias padronizadas em níveis nacional e internacional e emitidos por diversos órgãos e com diferentes destinações. Dessa forma, garante-se os direitos dos pacientes, da instituição, dos profissionais e dos sistemas tecnológicos utilizados (KFOURI NETO, 2019).

Umas das principais causas que restringem a disseminação da telemedicina é a divergência da infraestrutura da rede de dados com banda larga. Algumas transmissões exigem bastante capacidade de memória para a adoção efetiva da telemedicina. Em contrapartida, muitas regiões apresentam distribuição extremamente desigual, causando

prejuízo no atendimento.

Por fim, falta de materiais, recursos, equipamentos, profissionais e remuneração inadequada levam à precariedade dos serviços de saúde, bem como à distribuição inadequada deste. Essa situação está presente principalmente em regiões periféricas e mais carentes, representando uma grande barreira à plena difusão da telemedicina.

NORMATIZAÇÕES NO USO DA TELEMEDICINA

De acordo com Rezende, et al, (2009), a partir do século XXI houve a questão da disponibilidade da saúde de alta qualidade para todos. Dessa maneira, conhecemos o uso da telemática, instrumento político e estratégico de planejamento em saúde. Estuda a manipulação e o uso da informação emergentes pelos meios de comunicação a distância, através da Internet, como computadores e seus derivados, a fim de melhorar e/ou possibilitar a saúde e a atenção a saúde. Atualmente há um novo termo para telemática, denominado eSaúde.

Segundo RNP, (2014), nos dias atuais, as aplicações da eSaúde ou telessaúde, termo ainda muito utilizado preferencialmente, são vistas nas teleconsultorias, telediagnóstico, disponibilização de segunda opinião, telecirurgia, telemonitoramento, educação permanente teleducação, videoconferências, simulações clínicas, prontuário eletrônico, formação e análise de bancos de dados e biblioteca virtual de imagens.

Antes de serem inseridos na prática da telessaúde, os profissionais precisam passam por processos de capacitação e sensibilização para saber lidar com a nova ferramenta. Os profissionais médicos, assim como outros profissionais da área da saúde necessitam seguir seus respectivos códigos de ética em todos os atendimentos. Isso também vale aos atendimentos realizados a partir da telessaúde, nos quais é primordial o respeito ao sigilo, a confidencialidade e à privacidade das informações. Dessa forma, foi estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina a resolução nº 1639/2002, que define as ‘’Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para Guarda e Manuseio do Prontuário Médico’’, portanto, estabelece o tempo em que os prontuários são guardados e também critérios para a certificação dos sistemas de informação (CREMESP, 2004).

Para garantir a privacidade, confidencialidade e sigilo dos dados dos pacientes, os

sistemas de informação utilizados precisam conter o acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, de acordo com a função que está sendo desempenhada na assistência realizada nos determinados momentos. É de responsabilidade do médico, o ato e a decisão sobre os atendimentos feitos pela Internet e também a senha de acesso aos prontuários. Dessa forma é ele quem deve entrar pessoalmente com os dados assistenciais do prontuário no sistema de informação. A norma ISSO/IEC 17799 exige que todos os funcionários, tanto da área administrativa, quanto da área técnica que tiverem acesso aos dados do prontuário devem assinar um termo de confidencialidade e não divulgação. Ainda, há uma resolução do CREMESP nº 097, promulgada em março de 2001, que obriga os médicos e instituições de saúde a seguirem as normas do Manual de Princípios Éticos para Sites de Medicina e Saúde na internet, assim como seus pacientes têm o direito de exigir transparência, honestidade, qualidade, consentimento livre e esclarecido, privacidade, ética médica, responsabilidade e procedência (CFM, 2002).

De acordo com o Conselho Federal de Medicina, (2002), é comum que entre os médicos há discussões de casos de determinados pacientes, compartilhando as informações que dizem respeito a aqueles. O CFM, então, considera que nos serviços prestados através da telemedicina é necessário que haja permissão prévia do paciente, mediante seu consentimento livre e esclarecido e sob rígidas normas de segurança que suas informações possam ser transmitidas a outro profissional.

O CRM (Conselho Regional de Medicina) é responsável por estabelecer vigilância constante e avaliar as técnicas de uso da telemedicina relacionadas a qualidade da atenção, relação médico-paciente e preservação do sigilo profissional (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

O uso da telessaúde vem sendo muito importante nos dias de hoje. Está sendo essencial, uma vez que possibilita reduzir a sobrecarga dos centros de referências de atenção secundária dos grandes centros, reduzir o risco enfrentados pelos pacientes nas estradas, absenteísmo profissional e a falta de infraestrutura para receber e acolher o

paciente e seu acompanhante fora de seus lares, reduzir transtornos relacionados a situação inerente de cuidados a crianças, idosos e pessoas com doenças debilitantes ou portadores de necessidades especiais. É evidente que na situação atual em que o mundo se encontra, frente a pandemia do COVID-19 em que é necessário o isolamento social

para sancionar o quanto antes o vírus, o uso da telessaúde facilita e torna capaz que as pessoas tenham acesso aos meio de saúde necessários e de qualidade.

Os profissionais responsáveis pela informática também devem ser alertados e esclarecidos sobre a responsabilidade quanto a confidencialidade e a privacidade das informações em saúde. Dessa forma, dispensando qualquer forma que possa quebrar a ética esperada para a prática.

O USO DA ROBÓTICA NA MEDICINA: HOSPITAL E MEDICINA ROBÓTICA

A cirurgia robótica é a evidência do futuro medicina. Houve um grande aumento na aceitação dos médicos na realização de cirurgias robóticas para tratar as mais diversas condições médicas. O uso da robótica na medicina não é uma substituição do profissional pela máquina, uma vez que é o médico quem continua a comandar o ato cirúrgico, é uma sinergia entre o homem e a máquina (GALEANO, 2016).

Essa tecnologia é utilizada em cirurgias minimamente invasivas, tornando-as mais seguras e precisas, eliminando o tremor natural do ser humano, amplia a visão do cirurgião e a cirurgia se torna mais rápida e exata.

Segundo Galeano, (2016), desde a década de 70, a robótica tornou-se uma ciência com seu próprio território, aumentando o interesse de diversas pesquisas que iniciaram a busca pela conquista da automação de sistemas equipados com inteligência artificial.

A cirurgia robótica tem menor risco de infecção, tem menor tempo de cirurgia e menor perda de sangue, são menores as incisões e consequentemente menores as cicatrizes, a recuperação é mais rápida. O robô por ter uma rotação de 360º permite movimento e posições que as mãos do cirurgião não conseguiria realizar.

Segundo Hockstein, et al, (2007), os robôs já são utilizados na área da saúde, como em procedimentos cirúrgicos. Uma das primeiras utilizações em cirurgia foi o precursor do Neuromate, aprovado em 1999 pela Food and Drug Administration (FDA), que foi criado para realizar uma biópsia cerebral estereotáxica com precisão de 0,05 mm. Logo em seguida, surgiram o Robodoc serra, que teve utilização em cirurgia de substituição de prótese de quadril, Acrobot foi utilizado em cirurgias de joelho, e RX-130 foi utilizado nas operações da região temporal. Em 14 anos, de 2000 a 2013 apenas nos Estados Unidos

foram realizadas 1.745.000 cirurgias robóticas. No Brasil, já foram realizadas mais de 17 mil cirurgias robóticas.

Apesar da grande eficiência dos robôs, a cirurgia aberta ainda é a opção preferida em alguns casos, além disso, a robótica não tem eficácia comprovada em todos os tipos de procedimentos, como é o caso das mastectomias e cirurgias oncológicas, que levou a um alerta emitido pela FDA para esses casos (KFOURI, NETO, 2019).

No Brasil, o Hospital Israelita Albert Einstein (2020), em São Paulo, é o pioneiro em cirurgia robótica, com início da utilização da tecnologia em 2008 e pouco mais de 10 anos depois, é o principal centro de cirurgia robótica da América Latina.

A cirurgia robótica é pequena no Sistema Único de Saúde devido ao custo dessa tecnologia, que tem um adicional de R$ 8 mil a R$ 10 mil em cada procedimento, O valor do robô Da Vinci, custa em torno de US$ 2,5 milhões; com isso o caminho para aumentar a robótica no Brasil depende do surgimento de uma tecnologia mais barata (MORELLI; FERRI; PEREIRA, 2013).

Apesar dos inúmeros benefícios, vale ressaltar o número de eventos adversos ocorridos, nos Estados Unidos, durante essas operações, têm crescido consideravelmente.

Atualmente, tem-se notícias de diversas pessoas pleiteando indenizações contra o sistema Da Vinci. A grande complexidade na análise da responsabilidade civil decorrente de um evento adverso ocorrido numa cirurgia robótica dá-se, na determinação de quem, efetivamente causou o evento danoso, se a hipótese é de defeito no produto: nas informações prestadas pelo fabricante; se é erro médico: nas modalidades de negligência, imprudência ou imperícia; ou ainda da responsabilidade do hospital, do médico ou advinda da falha do próprio serviço hospitalar (pessoal auxiliar, treinamento inadequado dos médicos e de outros profissionais da área, defeito de qualquer instalações nas dependências do estabelecimento (MORELLI; FERRI; PEREIRA, 2013).

No brasil o regramento para incidência da responsabilidade pelo fato do produto encontra-se nos artigos 12 e 13 do Código de Defesa do Consumidor. O fabricante responde pela reparação dos danos causados ao consumidor pelo seu produto, independentemente da existência de culpa, quando há defeitos no projeto, fabricação, montagem, acondicionamento, etc, ou ainda informações insuficientes ou inadequadas sobre sua utilização e risco (KFOURI NETO, 2019).

Há outros casos em que pacientes lesionados durante intervenções

cirúrgicas robóticas pelos robôs Da Vinci, nos Estados Unidos, também demandam contra os profissionais da saúde e hospitais exclusivamente com base na culpa médica. Na grande maioria das vezes, o erro médico ocorre pela imperícia do médico, que não domina a técnica cirúrgica com o auxílio do robô por não possuir treinamento adequado e eficiente (MORELLI; FERRI; PEREIRA, 2013).

De acordo com o Hospital Albert Einstein, (2020), em novembro de 2015, um senhor, de 69 anos morreu de falência múltipla de órgãos, após se submeter a cirurgia robótica (Da Vinci), no Freeman Hospital, na Inglaterra. O robô danificou parte do coração do paciente durante a cirurgia. Então abriu-se inquérito policial para determinar a causa da morte, segundo a análise, a morte do paciente foi consequência direta da cirurgia. Durante o inquérito o cirurgião acabou revelando que poderia ter realizado a cirurgia com mais treinamento prévio do robô, antes da intervenção cirúrgica, e revelou também que indivíduos capacitados e especializados na área deveriam permanecer a cirurgia toda junto a equipe, o que não ocorreu. Portanto, cabe ao operador do Direito, nesses casos obter a resposta das seguintes perguntas: o evento adverso é consequência de culpa médica ou defeito do produto?

Então para a maior segurança da marca do sistema Da Vinci, existe uma caixa preta acoplado no robô Da Vinci, que grava vídeo durante a cirurgia, e por meio desse recurso, captura a situação em que foi submetido. Se o robô emite algum alerta ou sinal que o médico deixou passar, se a manutenção do robô foi correta, entre outras situações para a defesa do Da Vinci (MORELLI; FERRI; PEREIRA, 2013).

CONCLUSÃO

Com base nos estudos realizados, foi possível concluir que a utilização da telemedicina, telesaúde ou e-saúde, meios de comunicação a distância visando melhorar e ampliar a atenção a saúde, são constantemente um grande desafio.

Os profissionais responsáveis pela aderência ao método são capacitados e precisam aprender a sensibilização, uma vez que além de ser necessário lidar com a plataforma, é preciso compreender e empatizar-se com o paciente do outro lado do meio

de comunicação. Além disso, todos aqueles que tiverem acesso aos prontuários eletrônicos e demais informações referentes ao paciente, necessitam seguir o Código de ética e demais regulamentações que determinam os princípios a serem obedecidos, como o sigilo, confidencialidade e privacidade aos dados.

A telemedicina representa uma solução para oferta de serviços de saúde de forma universal, integral e igualitária, além de alcançar os mais territórios. Além disso, a presença de uma equipe multidisciplinar completa as necessidades e os benefícios dessa nova atividade.

Em relação ao ponto de vista da saúde, essa prática emergente apresenta grande potencial de integrar e disseminar os serviços de saúde, atendendo as necessidades de toda a população. Do ponto de vista econômico, apresenta-se como fonte inovadora por estimular avanços tecnológicos de diversas áreas. Do ponto de vista social, ela permite diminuir gastos, ampliar a atenção primária da saúde e agregar eficácia a todas pessoas de diversas áreas do mundo.

Ainda é muito discutido o uso da robótica na medicina. Essa, realiza a utilização de máquinas/robôs guiados pelos próprios médicos, em cirurgias minimamente invasivas, a fim de torná-las mais seguras e oferecer ao paciente um melhor prognóstico e pós operatório. Entretanto, nos dias atuais as cirurgias abertas ainda são mais utilizadas, uma vez que a total eficácia dos robôs não fora aprovada em todos os tipos cirúrgicos.

O hospital brasileiro Israelita Albert Einstein, particular, está a frente na utilização da medicina robótica, ocupando o lugar de principal centro de cirurgia robótica da América Latina. Em contrapartida, a maciça população brasileira tem apenas o acesso de saúde pelo SUS, local onde a utilização da tecnologia evidenciada é deficitária devido ao seu alto custo.

Não há só pontos positivos no uso das máquinas cirúrgicas. Nos últimos anos, o EUA tem informado inúmeros eventos adversos consequentes da robótica. Esses podem ser resultado de defeito no produto, erro médico caracterizando imprudência, imperícia ou negligência ou falha do serviço hospitalar. Dessa forma, a fim de identificar a causa oriunda dos erros acometidos, as cirurgias são gravadas, método fundado pelo sistema Da Vinci.

Por fim, em nível mundial e principalmente nacional, o uso da telemedicina vem

sendo extremamente eficaz, reduzindo a sobrecarga nos grandes centros de referência, reduzindo a falta de infraestrutura e transtornos que seriam enfrentados pessoalmente pelos pacientes e seus acompanhantes, reduzindo e eliminando riscos no deslocamento até o atendimento, entre inúmeros outros benefícios.

REFERÊNCIAS

Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº1 246/88**. Código de Ética Médica. Brasília: CFM; 1996.

Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº1 639/2002**. Disponível em: www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1639_2002.htm. Acesso em: 06/maio/2020.

CREMESP. **Prontuários Médicos**. Edição 208. 2004. Disponível em:

<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=445>. Acesso em: 04/maio/2020.

GALEANO, D. Robótica Médica. **Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción**. 2016. Disponível em: <http://jeuazarru.com/wp-content/uploads/2014/10/robotica_medicinal.pdf>. Acesso em: 06/maio/2020.

HOCKSTEIN. N. G. *et al*. A history of robots: from science fiction to surgical robotics. **J Robotic Surg**. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11701-007-0021-2>. Acesso em: 04/maio/2020.

HOSPITAL ALBERT EINSTEIN. **Brasil comemora 10 anos de cirurgia robótica**. Disponível em: <https://www.einstein.br/sobre-einstein/imprensa/press-release/brasil-comemor a-10-anos-de-cirurgia-robotica>. Acesso em: 04/maio/2020.

IRCAD. América Latina. 2020. Disponível em: <https://rio.ircadamericalatina.com.br/>. Acesso em: 04/maio/2020.

KFOURI, NETO. M. Responsabilidade Civil dos Hospitais. Código Civil e Código de Defesa do Consumidor. 4ª edição. **Revista, atualizada e ampliada**. 2019.Disponível em: <file:///home/chronos/u-bb34cdc6494d041c140845fafbc8be6d0ae24c58/MyFiles/Downloads/TELEMEDICINA%20E%20MEDICINA%20ROB%C3%93TICA%20(1).pdf>. Acesso em: 05/maio/2020.

KLUGE. E. H. Ethical aspects of future health care: globalization of markets and differentiation of societies - ethical challenges. **Stud Health Technol Inform**. 2008;134:77-87. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18376035>. Acesso em: 04/maio/2020.

MALDONADO, J. M. S. D. V; MARQUES, A. B; CRUZ, A. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. **Cad. Saúde Pública 32**. 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2016.v32suppl2/e00155615/pt/>. Acesso em: 06/maio/2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa nacional telessaúde brasil redes**. Brasília. 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_tecnico_telessaude_preliminar.pdf>. Acesso em: 04/maio/2020.

MORELLI. U; FERRI. C. P; PEREIRA. T. V. **Parecer técnico-científico sobre a eficácia e segurança da cirurgia assistida por robô para o tratamento de câncer retal**. Campinas - SP. 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/321098676_Parecer_tecnico-cientifico_sobre_a_eficacia_e_seguranca_da_cirurgia_assistida_por_robo_para_o_tratamento_de_cancer_retal>. Acesso em: 05/maio/2020.

REZENDE, E. J. C. *et al*. **Ética e telessaúde: reflexões para uma prática segura**.Belo Horizonte.2009.Disponívelem: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2010.v28n1/58-65/pt/>. Acesso em: 05/maio/2020.

RNP em Revista. 2014. Disponível em: <https://www.rnp.br/>. Acesso em: 06/maio/2020.

SABBATINI, R. M. E. **A telemedicina no Brasil: evolução e perspectivas**. Disponível em:<http://www.sabbatini.com/renato/papers/TelemedicinaBrasil.pdf>. Acesso em: 06/maio/2020.

CAPÍTULO XIII

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DOS DENTES HUMANOS NO ENSINO E NA PESQUISA

Sueli de Souza Costa[47]; Jader Moreira da Silva[48];
Izolda Souza Costa[49]; Cláudio Rogério Rocha Junior[50].
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-13

RESUMO:
Os dentes são órgãos amplamente utilizados em odontologia no ensino e a pesquisa. Entretanto, sua valorização é pouco considerada por parte dos dentistas e por profissionais vinculados à pesquisa científica, que utilizam dentes em seus trabalhos, frequentemente não levando em consideração os aspectos éticos e legais, e muitas vezes respondendo processos nos tribunais e nos conselhos de ética. Nesse trabalho, objetivamos a abordagem deste tema quanto aos aspectos éticos e legais do uso de dentes humanos em pesquisas e ensino, através de revisão de literatura narrativa. Muitos alunos utilizam dentes não oriundos de Bancos de Dentes Humanos (BDH) e desconhecem a legislação ética e legal que aborda o tema, sendo de importância o esclarecimento dessas características, a fim de evitar complicações legais para alunos, professores e instituições. É vantajosa a criação dos BDH's ligados às graduações em odontologia, por haver diminuição do risco de infecções cruzadas, sendo que os BDH's devem atender às normas éticas e legais da legislação brasileira,
PALAVRAS-CHAVE: Odontologia. Obtenção de Tecidos e Órgãos. Dente. Ética. Legislação Odontológica

INTRODUÇÃO

O uso de dentes humanos extraídos é de uso rotineiro nos cursos de graduação e pós-graduação em odontologia, a fim de consolidar o ensino e a pesquisa. São utilizados para o aprimoramento das técnicas (prática laboratorial e/ou pré-clínica), da segurança e da eficiência de novos materiais restauradores e novos fármacos (PINTO et al., 2009a).

47 Doutorado em ciências Odontológicas - Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMandic); Professora da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) - Coordenação de Medicina Pinheiro. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3336910615355668. E-mail: scsueli@gmail.com
48 Mestrado em Clínicas Odontológicas - Universidade Federal do Pará (UFPA); Doutorado em Implantodontia - Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMandic); Professor do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA). Lattes: http://lattes.cnpq.br/0479610315245919. E-mail: moreirajader@hotmail.com
49 Mestrado em Saúde e Ambiente - Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Lattes: http://lattes.cnpq.br/9904392880678869. E-mail: izolda.costa@hotmail.com
50 Especialização em Direito Público com Ênfase em Direito Contemporâneo -Universidade Positivo (UNIPOSITIVO). E-mail: claudiorocha.adv@outlook.com

Os dentes são órgãos; e como tal deve ser valorizado. Entretanto, muitas vezes estes órgãos são utilizados beneficiando um determinado grupo em contrapartida ao outro, como ocorre por exemplo quando se pesquisa um determinado medicamento que, caso seja eficaz, poderá beneficiar outras pessoas. Ou quando um grupo está sujeito a algum tipo de prejuízo, por exemplo quando aquele medicamento puder gerar danos aos que se submetem à pesquisa, como efeitos colaterais ou a perda do elemento dentário. Mas não são somente estas situações que rotineiramente ocorrem, pois há outras onde as extrações dentárias podem ser indicadas por razões diversas, e que pode trazer prejuízos à pessoa (VARGAS; PAIXÃO, 2005).

A história ocidental, só nos dois últimos séculos, está repleta de situações onde abusos foram cometidos em nome da ciência, muitos dos quais foram parar nos tribunais internacionais, apesar de haverem normas a serem seguidas. Outros casos acabaram na imprensa e na Justiça, enfocando comércio de elementos dentários, violação de sepulturas, exodontias desnecessárias, com a finalidade de fornecer dentes para alunos de odontologia.

Assim, visando chamar a atenção dos alunos, professores e profissionais da odontologia, e de outras áreas que se utilizam de tais órgãos, e ainda o bem-estar da coletividade e a prevenção de problemas nos tribunais e Conselhos profissionais, objetivamos a abordagem deste tema quanto aos aspectos éticos e legais do uso de dentes humanos em pesquisas e ensino, através de revisão de literatura.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A valorização do órgão dentário se manifesta desde a época dos egípcios, hebreus e fenícios. Naquela época já ocorria o reaproveitamento dos dentes humanos como material restaurador de outras pessoas (RING, 1995; BUSATTO, 1999). Há relatos na literatura de que em 1600 a.C. os fenícios praticavam esta atividade, utilizando dentes de ovelhas em humanos (BUSATTO, 1999). Antes disto, há também o uso dos primeiros trabalhos com molares unidos por fio de ouro, que datam 3000-2500 a.C., achados em Gizé, Egito, e que estão expostos em um museu localizado em Roemer-Pelizaeus, na Alemanha (KRAUSE, 2008). Outra peça datada dos séculos IV e V a.C., encontrada em Sidon, antiga cidade Fenícia, com dentes talhados em marfim e unidos com fio de ouro

em substituição aos dentes ausentes, pode ser vista no museu do Louvre, Paris (KRAUSE, 2008). Modernamente, o pioneirismo no uso de dentes extraídos na Odontologia é conferido a Hayward, em 1968 (GOMES et al., 2013).

Entretanto, a valorização do elemento dental é pouco considerada por parte dos dentistas e por profissionais vinculados à pesquisa científica, que utilizam dentes em seus trabalhos, não levando em consideração os aspectos éticos e legais, sendo que muitas vezes acabam respondendo processos nos tribunais e nos conselhos de ética (MOREIRA et al, 2009; IMPARATO 2003; TRINDADE e RAMOS, in SILVA, 1997). A utilização de dentes humanos extraídos reveste-se de aspectos éticos e legais importantes, especialmente quando não estão ligados às necessidades terapêuticas (RAMOS, 2003).

Para o ensino e a pesquisa em graduação e pós-graduação em Odontologia, desde a parte teórica como na parte prática, em procedimentos laboratoriais ou clínicos, os dentes são peças fundamentais (PEREIRA, 2012; MOREIRA et al, 2009; TRINDADE e RAMOS, in SILVA, 1997), devendo serem respeitados os aspectos éticos e legais. Deve ser uma preocupação de pesquisadores, educadores, alunos e da população em geral (IMPARATO, 2003).

Do primeiro ao quinto anos do curso de odontologia, 100% dos alunos necessitam de dentes extraídos, sendo que 84,2% dos discentes relatam dificuldade para a aquisição dos elementos dentários solicitados nas disciplinas (ZUCCO, 2006). No ensino odontológico é fundamental a utilização de dentes humanos para o aprendizado, sendo que o aluno é responsável, em quase todas as faculdades, a ‘arrumar’ o material (PIRES, 2003). Além disto, há a informação de que alguns professores nem questionam como o aluno adquiriu os dentes, “que são geralmente comprados em clínicas particulares, cemitérios ou com colegas já formados” (PIRES, 2003).

Em cinco anos de estudo na graduação, um curso de odontologia com 30 alunos por semestre necessitaria de 840 unidades dentárias para o ensino a partir das aulas de anatomia, dentística, endodontia e outras, além de um estoque permanente de 3.360 dentes (PEREIRA, 2012). Estes cálculos dão a dimensão do manejo do órgão, esclarecendo porque se torna muitas vezes difícil a captação, a distribuição e controle no Banco de Dentes Humanos para os discentes e professores (PEREIRA, 2012).

Em avaliação da procedência de elementos dentários utilizados pelos alunos de

um curso de odontologia, foram empregados dois questionários, um direcionado aos professores e outro aos alunos, onde ficou demonstrado que há comércio ilegal de dentes entre os estudantes do curso de Odontologia, pois 11% dos discentes entrevistados afirmaram já ter comprado dentes em algum momento de sua vida acadêmica, sendo o fornecedor mais citado o colega de faculdade (FELIPE et al, 2014).

O Banco de Dentes Humanos passou a ser fundamental a partir Lei de Transplantes Brasileira (Lei 9434 de 04/02/1997) (BRASIL, 1997), que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento, e dá outras providências", e prevê penas para quem não cumpre esta lei. As penalidades também estão previstas no Código Penal Brasileiro (Artigo 210) (BRASIL, 1940). E o Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, exige o documento denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos da pesquisa, como forma de "respeito à dignidade humana", conforme a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Além da questão da necessidade da utilização das unidades dentárias no ensino odontológico, um levantamento apresentado na 17ª e 18ª Reuniões Anuais da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica (SBPqO) comprova a quantidade de uso de elementos dentários na pesquisa odontológica: de 2.569 trabalhos apresentados, 834 (32,5%) utilizaram dentes naturais, resultando em média de 34 dentes por pesquisa (COSTA et al., 2007). E ainda, na graduação, o número de dentes utilizados nos cursos de Odontologia chega a ser entre três e quatro mil por semestre (COSTA et al, 2007).

Também se utilizam outros dentes em pesquisas, que não os humanos. Em 254 artigos publicados a partir de 1996, em 14 periódicos brasileiros de acesso online gratuito e com informações da origem dos elementos dentários, foram utilizados 8.921 dentes humanos e 2.920 não humanos. Das 49 pesquisas com dentes de animais, apenas três apresentaram parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e dois relataram a origem dos dentes. Além disto, das 205 pesquisas com dentes humanos, somente 44 (21,7%) relataram parecer de um CEP e 59 (28,8%) declararam a origem dos dentes (FREITAS et al, 2010).

A qualidade metodológica e a ética deveriam pautar as pesquisas em odontologia, não apenas considerando o pesquisador e o doador, mas também "visando sua excelência

e contribuindo para o crescimento dos periódicos nacionais" (FREITAS et al, 2010).

De um lado alunos, pesquisadores e professores, e na outra ponta os doadores. Em um levantamento de perfil sociocultural de um grupo específico de indivíduos que doaram elementos dentais ao Banco de Dentes Humanos (BDH) de determinada universidade, verificou-se que os mesmos pertenciam a pessoas que encontravam-se na faixa etária dos 30 a 50 anos, com escolaridade variando de zero a nove ou mais anos de estudo formal, sendo a doença cárie o motivo para perda dental mais frequente (36%), seguida da doença periodontal (34%), e ainda, mais da metade dos doadores não tinha a intenção de repor o elemento dental (POLETTO et al, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Citado por Muratori (1969), o francês Joseph Jean François Lemaire, que no século XIX realizava transplante dentário, teria sido um dos primeiros a criar uma espécie de banco de dentes humanos, demonstrando como eram adquiridas as unidades dentárias e a sua forma de conservação, comprando os dentes anteriores "das pessoas que estavam dispostas a vender seus elementos dentários", pressupondo o início do BDH e do comércio das unidades dentárias. Posteriormente, pesquisadores franceses (MATHIEU, FLEURETTE e TRANSY, 1970) descrevem que os resultados, em longo prazo, foram tão satisfatórios nos implantes e, por esse motivo, criaram um BDH como uma associação de praticantes sem fins lucrativos, onde aceitavam dentes extraídos há menos de 15 dias, que tivessem sido armazenados imediatamente após avulsão em solução salina, sem qualquer tratamento prévio (MATHIEU, FLEURETTE e TRANSY, 1970).

No Brasil, Garbrielli et al.(1981) "criaram o método de colagem em dentes anteriores, no qual a seleção de um dente para restabelecer a fratura coronária (...) foi através de um Banco de Dentes", sendo apontados como os primeiros indivíduos a abordarem o termo "banco de dentes" (VANZELLI e IMPARATTO, 2003a; ENDO et al, 2017). Mas a criação de um BDH brasileiro vinculado à universidade só foi posta em prática, pela primeira vez, pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, em 1996 (VINHOLES; FERNANDES; RITZEL, 2011; PIRES & COUTO, 2017).

A normatização do BDH brasileiro se baseia na Resolução nº 441/11 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), e na Lei 9434/97 (BRASIL,

1997), que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, sendo o BDH definido como "uma entidade sem fins lucrativos, que armazena e mantém dentes extraídos em boa conservação, respeitando normas éticas e legais para doação deste órgão" (MOTTA-MURGUIA & SARUWATARI-ZAVALA, 2016; SILVA et al, 2018). Com a promulgação da Lei 9434/97 (BRASIL,1997), os dentes passaram a ser reconhecidos como órgãos, momento a partir do qual "tornou-se necessária a autorização do doador para a utilização de dentes" (COSTA et al., 2007). A partir daí passou a haver maior valorização do órgão dental, especialmente quanto aos aspectos que "dizem respeito à polpa dentária que passa a ser também estudada para possíveis doadores de células-tronco, junto a outras partes do corpo como células do cérebro, dos olhos, da pele, dos músculos. Entretanto, paira a dúvida sobre se essas células residem nestes tecidos ou se originam de células tronco hematopoiéticas circulantes. Daí a necessidade de intensificar as discussões sobre a clonagem, como a doação de órgãos, principalmente a doação do órgão dental e a criação dos Bancos de Dentes" (GARBIN et al., 2008).

Além desta questão, outra que impulsionou a criação do BDH, trazendo à baila a discussão ética, diz respeito às mutilações dentárias "adquiridas pelo homem, por meio de falhas continuadas na conduta clínica profissional ou por problemas que há tempos acompanham às questões de saúde pública no Brasil, os quais, muitas vezes, inviabilizam o acesso da população aos serviços de saúde odontológicos"(GARBIN et al., 2008).

Em contraponto às extrações seriadas, discute-se também outra questão ética: "a Odontologia, como ciência, ensina que a avulsão de um elemento dentário pode acarretar danos funcionais, estéticos e fonéticos. O dente é um órgão complexo e importante para a saúde do indivíduo, de tal maneira que não pode ser substituído de forma totalmente satisfatória por qualquer tipo de reparação protética" (SILVA, 1997).

Por outro lado, apesar da legislação sobre transplantes ter sido criada em 1997, o comércio ilegal de dentes ainda seria frequente entre os estudantes de odontologia, pois "em estudo realizado nas universidades, 70,6% dos alunos no Rio de Janeiro e 46,9% dos alunos em São Paulo haviam adquirido dentes para as suas atividades acadêmicas em 2001(...) sendo que a maior parte das encomendas de dentes foi feita em cemitérios por intermédio de coveiros, indicando que este 'crime' vem constantemente sendo cometido" (PAULA et al., 2001). A compra de dentes pode levar os compradores a serem

enquadrados nas leis penais e/ou civis, mesmo que estes aleguem não saber que o ato é crime, pois o artigo 3º do Código Civil Brasileiro (BRASIL, 2002) diz que "ninguém se escusa de cumprir a lei, alegando que não a conhece" (PINTO et al., 2009b).

A criação de BDH nas instituições de ensino odontológico deve ser o melhor caminho para cumprir a legislação vigente referente à pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), sendo um processo necessário e irreversível, promovendo a utilização do órgão dental de forma ética (FERREIRA et al., 2003). Também é necessário que o uso dos dentes seja feito de forma racional, evitando-se desperdícios de órgãos (VANZELLI et al., 2003) e comércio de órgãos dentários, que pode ocorrer a partir de cemitérios, clínicas odontológicas e até de faculdades, e poderiam estar envolvendo funcionários, técnicos de laboratório e alunos (GABRIELLI FILHO; IMPARATO, 2003).

Apesar disto, os BDH não participam da rotina de muitas graduações em odontologia: de 196 cursos de odontologia analisados em 2011, apenas 64 apresentaram BDH (PEREIRA, 2012). Os motivos para esse fato ainda seriam: "falta de informações dos órgãos competentes em regulamentar os BDH (Secretarias Municipais e Estaduais de Vigilância Sanitária, ANVISA, CRO, e CFO), falta de informação da população em geral; a dificuldade nas doações, o que enfraquece as atividades dos Bancos de Dentes já existentes" (PINTO, 2009b). A criação desses BDH's também implicaria na função ética, visando diminuir o comércio ilegal de órgãos dentários, além de desenvolver a percepção dos alunos e professores para a coleta desse material para ensino e pesquisa científica, de acordo com as leis, ao mesmo tempo em que orientaria sobre a biossegurança (PEREIRA, 2012). Os princípios éticos e legais são feridos também quando não há BDHs vinculados às instituições de ensino, "pois muitas vezes os alunos utilizam dentes de origem duvidosa, como cemitérios" , além das questões ligadas à biossegurança, "pois muitas vezes os dentes não são acondicionados de forma adequada e podem ser veículo para transmissão de doenças" (PINTO et al., 2009b).

Os alunos têm conhecimento sobre o que é BDH; mas há grande resistência, por parte dos discentes, na doação de dentes para o banco; sendo isso atribuído "talvez pelo reflexo do desconhecimento sobre as atividades do banco e as normas de procedimento quanto à doação e retirada de elementos dentários" (ZUCCO et al., 2006).

O dente pertencente ao BDH deve ter origem comprovada, mediante documento

denominado Termo de Doação (FERREIRA et al., 2003). Além disto, o BDH deve ser organizado e funcional "dentro das normas estabelecidas pelo regimento da instituição", e respeitando-se as diretrizes éticas quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ZANATTA et al., 2014). Uma das inúmeras vantagens da criação dos BDH's ligados às graduações em odontologia, está no fato de haver diminuição do risco de infecções cruzadas, que poderia ocorrer devido ao manuseio incorreto do órgão dental; além de haver a organização do fornecimento desses produtos aos alunos (POLETTO et al., 2010). Para que os órgãos dentários possam ser retirados para estudo, os discentes necessitariam assinar ficha cadastral, onde se comprometeriam a devolvê-los ao término do semestre. Já para pesquisas científicas, o pesquisador deveria procurar o BDH para verificar a disponibilidade dos dentes que requer, momento no qual o BDH lhe forneceria um ofício para apresentação ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que, após aprovação, liberaria os dentes ao pesquisador (IMPARATO et al., 2003).

Os dentes resistem mais à degradação *post mortem*, e por isso podem preservar a informação genética contida no DNA e servir de alternativa para identificação genética de indivíduos (SILVA, 1997). Assim, dentes preservados, identificados e armazenados de maneira apropriada em BDH podem auxiliar a Odontologia Forense na identificação humana, além das pesquisas com DNA (TIERI et al., 2003). Os dentes naturais provenientes de um BDH, além de fontes de Células Tronco (CT), podem ser aproveitados para a utilização em colagem biológica, facetas naturais, próteses parciais ou totais, estudos epidemiológicos do padrão da cárie, além de estudos anatômicos de dentes decíduos e permanentes (VANZELLI e IMPARATO, 2003b).

Abordar a exposição do processo de implantação do BDH, e divulga-lo para a sociedade, através dos próprios alunos, tem o condão de conscientizar as pessoas de que a doação de dentes ao BDH trará benefícios à sociedade, ao acadêmico, às pesquisas e a todos que necessitam de procedimentos como restaurações biológicas (ZANATTA et al, 2014; BARRETO et al., 2003).

A Resolução 466/2012, além de informar a necessidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, também esclarece que os Comitês de Ética em Pesquisa Humana (CEP's) não devem aprovar pesquisas que utilizam dentes humanos cuja origem não seja comprovada ou legalizada (BRASIL, 2012). O BDH deve possuir

condições de armazenar os dentes em condições que permitam a manutenção de suas propriedades químicas, físicas e mecânicas para permitir também a realização dos trabalhos de pesquisa com controle de vieses (MOREIRA et al., 2009).

Somada a esta legislação, há a Resolução Nº 441, de 12 de maio de 2011, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os projetos de pesquisa que envolvem armazenamento e utilização de dentes humanos, ou outro material biológico humano (BRASIL, 2011). Esta resolução informa que este material deve ser armazenado em biobancos ou biorrepositórios, devendo serem registrados no sistema CEP/CONEP. Quando não houver BDH na universidade, as pesquisas deverão seguir a resolução, utilizando-se de dentes provenientes de biorrepositórios (BRASIL, 2011).

Entre os diversos estudos que podem ser realizados utilizando-se os órgãos dentários, houve a descoberta das células-tronco de origem da polpa dentária, sendo que estas apresentam menor capacidade de diferenciação do que as células-tronco (CT) embrionárias (ARORA et al., 2009), com a vantagem de estar prontamente acessíveis de forma minimamente invasiva. Destas CT também é possível a capacidade de desenvolver grande quantidade de células para uso terapêutico, como demonstrado em pesquisa realizada pelo Instituto Butantan em São Paulo, onde foi possível utilizar uma única polpa de dente esfoliado para tratar muitos pacientes (CEP, CENTRO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL, 2012).

Atualmente, as maiores perspectivas do uso de CT dentária seriam a construção de novos dentes inteiros. As CT estão localizadas no germe dentário, tanto no epitélio quanto no ectomesênquima subjacente (HAU et al., 2006). Até o momento, em experimentos animais tem sido utilizada a obtenção de CT de origem eptelial de terceiros molares de animais jovens ou recém-nascidos (IKEDA et al., 2009), visto que o desenvolvimento dos terceiros molares é a única organogênese que ocorre completamente após o nascimento (ULMER et al, 2009).

Ao lado dos papéis já descritos, os BDH podem ser importantes arquivos genéticos (COSTA, 2007). Assim, deve-se reconhecer as restrições éticas e legais quanto à coleta, tratamento, utilização e conservação dos dados genéticos, atendendo ao preconizado pela Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos, em relação ao respeito pela dignidade humana e a proteção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais

(UNESCO, 2003).

Já quanto ao uso de elementos dentários para colagens, representando uma alternativa de reabilitação oral em casos de perda de estrutura dental, é fundamental a esterilização dos dentes e o paciente deve estar informado sobre as opções de tratamento; autorizando legalmente o procedimento (AVELAR et al., 2009; ULSON e IMPARATO, 2008). Quanto a este aspecto, o BDH é responsável também pela prevenção da infecção cruzada existente no manuseio indiscriminado do material, visto que alguns patógenos podem sobreviver por longo tempo (DOMINICI et al., 2001).

Para facilitar a implantação dos BDH's seria necessário que houvessem mais informações e orientações sobre os mecanismos de sua implantação, esclarecendo desde os aspectos como etapas de arrecadação, limpeza e desinfecção, separação e armazenamento, até cessão e/ou empréstimo e biossegurança (MOREIRA et al., 2009). A coordenação geral do BDH geralmente deve ficar sob a responsabilidade de um cirurgião-dentista e professor da instituição de ensino à qual está vinculado, cabendo a este definir, estabelecer e desenvolver as atribuições dos demais membros do BDH (NASSIF, 2003).

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Com a promulgação da Constituição Federal do Brasil de 1988, houve a criação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que elaborou normas de pesquisa em saúde, através da Resolução nº 01/88-CNS. Este documento mesclou aspectos das pesquisas com questões de biossegurança e vigilância sanitária, vindo a ser substituído pela Resolução 196/96, intitulada Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, estabelecendo os princípios básicos para a apreciação ética dos protocolos de pesquisa, criando os Comitês de Ética em Pesquisa – CEP e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Sua nova versão, em vigor, é a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

Além da legislação federal brasileira, na odontologia, há o Código de Ética mais recente, aprovado pela Resolução 118/2012 (CFO, 2012), que também enfoca o assunto. No capítulo XIV, artº 36, são expostas como infrações éticas, entre outras, o não esclarecimento de doadores e receptores sobre riscos e procedimentos, e a participação

direta ou indireta na comercialização de órgãos e tecidos humanos.

Há também a Lei de Transplantes no Brasil (BRASIL, 1997), não permite a remoção, mesmo *post-mortem*, de "tecidos, órgãos ou partes corpo de pessoas não identificadas", prevendo penalidade de 3 a 8 anos de reclusão e multa para quem comprar ou vender, com a informação de que também incorre na mesma pena quem promove, intermedia, facilita ou aufere qualquer vantagem com a transação.

O Código Penal Brasileiro, no artigo 210, inserido no Capítulo II- Dos Crimes Contra o Respeito aos Mortos, traz a informação sobre quem "violar ou profanar sepultura ou urna funerária", será penalizado de 1 a 3 anos de reclusão e multa (BRASIL, 1940).

Para evitar problemas em relação à origem dos órgãos dentários armazenados, tanto para decíduos quanto para permanentes, o doador deve ser questionado se aceita doar o(s) dente(s) e orientado a respeito do destino dado a eles e, caso esteja de acordo, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, havendo impossibilidade de se obter o TCLE no caso de dentes já armazenados, pode-se utilizar um Termo de Doação de Dentes Humanos (TDDH) (assinado por cirurgião-dentista, aluno ou pessoa que possua os elementos dentários disponíveis), oficializando tal doação ao BDH, além de esclarecer que o destino dado aos mesmos é em favor principalmente do ensino e pesquisa (NASSIF et al., 2003).

EXTRAÇÕES DESNECESSÁRIAS

No Brasil, ainda não há uma tipificação para o crime de tráfico de órgãos, no Código Penal Brasileiro, sendo sua retirada considerada como lesão corporal (BRASIL, 1940). Diz o Art. 129 que se configura lesão corporal "ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem", penalizando o autor com detenção de três meses a um ano (BRASIL, 1940). O termo *outrem* empregado no *caput* deste artigo se refere ao ser humano vivo. Logo, excluídos estão os cadáveres, embora aquele que agride um cadáver "destruindo parcialmente seu corpo morto, pode, dependendo do elemento subjetivo e da situação em estudo, cometer o crime de destruição de cadáver (art. 211 do CPB), vilipêndio a cadáver (art. 212 do CPB) ou, mesmo, o delito de dano (art. 163 do CPB)" (GRECO, 2011). Além disto, quando há configuração de dolo, ou seja, a vontade de produzir um dano ao corpo

ou à saúde de outrem, ou, ainda, assumir o risco desse resultado, há aumento da pena (MIRABETE, FABBRINI, 2014).

Ainda no artigo 129 do CPB (BRASIL, 1940), há a gradação da pena, se a lesão for classificada como de natureza grave, havendo um aumento para reclusão de um a cinco anos, ou de dois a oito anos, dependendo do que dela resultar. Artigo 129, §1º: "Se resulta: I - Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias; II - perigo de vida; III - debilidade permanente de membro, sentido ou função; IV - aceleração de parto: Pena - reclusão, de um a cinco anos. § 2° Se resulta: I - Incapacidade permanente para o trabalho; II - enfermidade incurável; III - perda ou inutilização do membro, sentido ou função; IV - deformidade permanente; V - aborto: Pena - reclusão, de dois a oito anos" (BRASIL, 1940). Há ainda a lesão corporal seguida de morte, descrita no "§ 3º - Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo: pena- reclusão, de quatro a doze anos" (BRASIL, 1940). E há o § 4º que trata de diminuição da pena: " se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral ou sob o domínio de violenta emoção, logo em seguida à injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço" (BRASIL, 1940). Há também o § 6º aborda a lesão corporal culposa, situação onde a pena é de "detenção de dois meses a um ano" (BRASIL, 1940). Para afastar-se deste tipo de problema, o profissional deve informar ao paciente o motivo da necessidade de extração de um elemento dental, oferecendo-lhe todas as alternativas possíveis para evitar sua perda e, em seguida colher o TCLE, onde o paciente manifesta concordância e autorização para o procedimento. Caso o elemento dental seja encaminhado para um BDH ou outra forma de armazenamento, tal situação deve fazer parte do TCLE, devendo o fato ser esclarecido ao doador.

Outro aspecto importante que deve ser levado em conta é o que diz o Código Civil Brasileiro (BRASIL, 2002) quanto à responsabilidade legal. Assim, no caso de paciente menor de idade ou incapaz, a autorização para o procedimento deve ser obtida com a concordância e assinatura do responsável legal.

Quanto à legislação propriamente dita, o artigo 129 do CPB (BRASIL, 1940) traz a concepção de lesão corporal leve, sendo esta proveniente de exclusão, já que os §§1º, 2º e 3º do referido artigo preveem o crime de lesões corporais graves, gravíssimas e

seguidas de morte (BRASIL, 1940). Quanto ao parágrafo 1º, inciso I ("Se resulta: I - Incapacidade para as ocupações habituais, por mais de trinta dias", BRASIL, 1940), deve se entender o significado de ocupação habitual como toda e qualquer atividade regularmente desempenhada pela vítima, e não apenas sua ocupação laborativa, sejam elas quais forem, até mesmo de simples lazer. Assim, será qualificado este crime desde que a vítima fique incapacitada por mais de trinta dias […] (NUCCI, 2005). Já o inciso II traz a informação referente a "perigo de vida" (BRASIL, 1940) qualificando a lesão corporal como grave, sendo que este pode levar a uma probabilidade, considerada concreta e efetiva, de morte, em decorrência da lesão ou ainda do processo patológico consequente ao ato. É considerado como de "natureza culposa, sendo as lesões corporais qualificadas pelo perigo de vida um crime eminentemente *preterdoloso*, ou seja, havendo dolo no que diz respeito ao cometimento das lesões corporais e culpa quanto ao resultado agravador" devendo ser constado por meio de exame pericial (GRECO, 2011). E o Inciso III, § 1º, aborda "debilidade permanente de membro, sentido ou função" (BRASIL, 1940), este devendo ser interpretado como diminuição ou enfraquecimento da capacidade funcional (MIRABETE; FABBRINI, 2009). A expressão permanente, entretanto, não significa que deva ser compreendida como eterna, sem a possibilidade de retorno à capacidade original, devendo sim ser entendida como algo "duradouro, mesmo que reversível após longo tempo" (GRECO, 2011, p. 295.)

Quanto aos aspectos legais, os tribunais brasileiros, em suas diversas instâncias, estão repletos de sentenças envolvendo os profissionais da odontologia que realizam extrações consideradas desnecessárias, muitas vezes por descuido em documentar o ato, ou por deixar do esclarecer o procedimento ou o plano de tratamento. Abaixo, algumas destas sentenças publicadas recentemente:

> "RESPONSABILIDADE CIVIL. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS E MATERIAIS. SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS. EXTRAÇÃO SUPOSTAMENTE DESNECESSÁRIA DE DENTE EM RAZÃO DA FALTA DE ADEQUAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA RÉ". (TJ - SP - APL: 90001352020058260506 SP 9000135-20.2005.8.26.0506, Relator: Carlos Alberto Garbi, Data de Julgamento: 11/02/2014, 10ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 13/02/2014).
>
> "DIREITO CIVIL. INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. AGRAVO RETIDO. NÃO CONHECIMENTO. DENUNCIAÇÃO DA LIDE. INDEFERIMENTO. EXTRAÇÃO DE TODOS OS DENTES. ATENDIMENTO DEFICITÁRIO. DEVER DE INDENIZAR.

> VALOR DA CONDENAÇÃO...” (TJ - DF, Relator: ESDRAS NEVES, Data de Julgamento: 09/07/2014, 6ª Turma Cível).
>
> “AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. DIREITO CIVIL. AÇÃO DE INDENIZAÇÃO. DENTISTA. TRATAMENTO ORTODÔNTICO. EXTRAÇÃO DESNECESSÁRIA DE QUATRO DENTES. DANO MORAL CONFIGURADO. QUANTUM INDENIZATÓRIO. SÚMULA N. 7/STJ 1....” (STJ - Ag Rg no AREsp: 631176 SP 2014/0304079-8, Relator: Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, Data de Julgamento: 24/03/2015, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 26/03/2015).
>
> “CIVIL E DIREITO DO CONSUMIDOR. PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO. TRATAMENTO ORTODÔNTIDO. EXTRAÇÃO DOS PRIMEIROS PRÉ-MOLARES. INDICAÇÃO. REMOÇÃO DOS TERCEIROS MOLARES. PRONTUÁRIO DA PACIENTE. EXAMINAÇÃO. OMISSÃO. CIRURGIÃO DENTISTA. NEGLIGÊNCIA. QUALIFICAÇÃO. INTEGRIDADE FÍSICA. OFENSA. DANO MORAL. CARACTERIZAÇÃO. COMPENSAÇÃO PECUNIÁRIA...” (TJ - DF - APC: 20120910245624, Relator: Desembargador não cadastrado, Data de Julgamento: 19/02/2014, Órgão não cadastrado, Data de Publicação: Publicado no DJE: 10/03/2014 . Pág: 65).

Atualmente, a comercialização de órgãos é punida pela Lei nº 9.434/1997 – Lei do Transplante (BRASIL, 1997), que traz, em seu artigo 14, a informação:

> “Remover tecidos, órgãos ou partes do corpo de pessoa ou cadáver, em desacordo com as disposições desta Lei: Pena - reclusão, de dois a seis anos, e multa, de 100 a 360 dias-multa. § 1.º Se o crime é cometido mediante paga ou promessa de recompensa ou por outro motivo torpe: Pena - reclusão, de três a oito anos, e multa, de 100 a 150 dias-multa” (BRASIL, 1997).

CÓDIGO DE ÉTICA ODONTOLÓGICA

A Resolução 118/2012, do Conselho Federal de Odontologia aprova o Código de Ética Odontológica (CEO) em vigor (CFO, 2012). O capítulo XIII trata do magistério, onde é possível verificar os aspectos éticos relacionados à doação de órgãos e a participação de alunos e pacientes em pesquisas e aulas. O artigo 35 traz, como infrações éticas, entre outros, os seguintes incisos: “I - utilizar-se do paciente e/ou do aluno de forma abusiva em aula ou pesquisa; IV - participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos e tecidos humanos” (CFO, 2012). Há também o capítulo XIV, que trata “da doação, do transplante e do banco de órgãos, tecidos e biomateriais”, informando que “todos os registros do banco de ossos e dentes e outros tecidos devem ser de caráter

confidencial, respeitando o sigilo da identidade do doador e do receptor", em seu artigo 36 (CFO, 2012). O artigo 37 trata das infrações éticas, cujos incisos são os seguintes:

> "I - descumprir a legislação referente ao banco de tecidos e dentes ou colaborar direta ou indiretamente com outros profissionais nesse descumprimento; II - utilizar-se do nome de outro profissional para fins de retirada dos tecidos e dentes dos bancos relacionados; III - deixar de esclarecer ao doador, ao receptor ou seus representantes legais sobre os riscos decorrentes de exames, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos nos casos de transplantes de órgãos e tecidos; e, IV - participar direta ou indiretamente da comercialização de órgãos e tecidos humanos" (CFO, 2012).

É possível verificar que o CFO é veemente em condenar a prática da comercialização de órgãos e tecidos humanos, entre os quais se inserem os dentes, haja vista considera-los infrações éticas em ambos capítulos.

Além disto, o capítulo XVII trata da "pesquisa científica" informando, no artigo 50, que se trata de infração ética,

> "IV - infringir a legislação que regula a utilização do cadáver para estudo e/ou exercícios de técnicas cirúrgicas; V - infringir a legislação que regula os transplantes de órgãos e tecidos *post mortem* e do "próprio corpo vivo"; VI - realizar pesquisa em ser humano sem que este ou seu responsável, ou representante legal, tenha dado consentimento, livre e esclarecido, por escrito, sobre a natureza das consequências da pesquisa" (CFO, 2012).

Neste artigo também fica claro a condenação da prática *post mortem* de infração da legislação que aborda o transplante de órgãos e tecidos e de manipulação de cadáveres, bem como reporta a necessidade do TCLE para os procedimentos em humanos.

Alegar desconhecimento da lei, no entender do Código Penal Brasileiro (artigo 21), é "inescusável" (BRASIL, 1940). Assim, é importante reconhecer e aplicar os preceitos éticos e legais quanto aos bancos de dentes humanos.

CONCLUSÃO

É vantajosa a criação dos BDH's ligados às graduações em odontologia, por haver diminuição do risco de infecções cruzadas, sendo que os BDH's devem atender às normas éticas e legais da legislação brasileira, incluindo, além da legislação penal, da legislação civil, da Lei de Transplantes, da Resolução do Conselho Nacional de Saúde, o Código de Ética Odontológica.

É necessário que tanto professores, alunos, pesquisadores, dirigentes de instituições de ensino odontológico estejam atentos para a legislação em vigor, assumindo suas responsabilidades legais, éticas e morais, pois o desconhecimento da lei é inescusável.

REFERÊNCIAS

ARORA, VIPIN; ARORA, POOJA; MUNSHI A.K. Banking stem cells from human exfoliated deciduous teeth (SHED): Saving for the future. J Clin Pediatr Dent., v. 33, n.4, p. 289-294, 2009.

AVELAR, F. M. et al. Colagem homógena de fragmento dentário em incisivo central superior permanente: relato de caso clínico. RFO, v. 14, n. 1, p. 66-70, jan./abr. 2009.

BARRETO, P. A. et al. Programas e Campanhas de Doação de Dentes Humanos. In: IMPARATO, J. C. P. et al. Banco de Dentes Humanos. Curitiba: Maio, 2003. Cap. 3, p. 37-50.

BRASIL, S. A. et al. Relação entre Bancos de Dentes e Comitês de Ética. In: IMPARATO, J. C. P. et al. Banco de Dentes Humanos. Curitiba: Maio, 2003. Cap. 11, p. 151-162.

BRASIL. **Decreto-Lei Nº. 2.848, de 07 de dezembro de 1940**. Código Penal Brasileiro.

BRASIL. Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm acesso em 25 set 2020.

BRASIL. Lei nº 9434, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a Remoção de Órgãos, Tecidos e Partes do Corpo Humano para Fins de Transplante e Tratamento e dá outras Providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 5 fev. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 441, de 12 de maio de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12, Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Resolução CFO-118/2012, de 11.05.2012, revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição.

BUSATTO, A.L.S. Utilização de banco de dentes para restaurações de elementos dentários com grande destruição coronária. In: Vanzillota PS. et al. Odontologia Integrada atualização multidisciplinar para o clínico e o especialista. Rio de Janeiro: Pedro Primeiro, p.71-92, 1999.

CEP- Centro de Educação Profissional. Células-tronco obtidas pelo Butantan já são

testadas em humanos. Fonte: Agência Brasil. Disponível em <http://www.cepcursos.com/celulas-tronco-obtidaspelo- butantan-ja-sao-testadas-em-humanos.html>. Publicado em: 20 ago 2012. Acesso em: 26 abr 2012.

COSTA, S. M.; MAMELUQUE, S.; BRANDÃO, E.L.; MELO, A. E. M.A.; PIRES, C. P. A. B.; REZENDE, E. J. C.; ALVES, K. M. Dentes humanos no ensino odontológico: procedência, utilização, descontaminação e armazenamento pelos acadêmicos da UNIMONTES. Revista da ABENO. 2007; v. 7, n.1, p.6-12.

DOMINICI, J. T. et al. Disinfection/Sterilization of Extracted Teeth for Dental Student Use. J. Dental Educ., Washington, v. 65, no. 11, p. 1278-1280, Nov. 2001.

ENDO, M.S.; SILVA, I.R.G.; SILVA, M.C.; TERADA, R.S.S.; ROCHA, N.B. A importância do Banco de dentes humanos: relato de experiência. Arch Health Invest v.6, n.10, p.:486-490, 2017.

FELIPE, E. F. F.; COSTA, G. B. M.; JANK JUNIOR, N.; COSTA, J. A. Aspectos éticos da obtenção de dentes por estudantes de uma graduação em Odontologia. Rev. bioét. (Impr.). v. 22, n.1, p. 171-5; 2014.

FERREIRA, E. L.; FARINIUK, L. F.; CAVALI, A. É. C.; BARATTO FILHO, F.; AMBRÓSIO, A. R. Banco de dentes: ética e legalidade no ensino, pesquisa e tratamento odontológico. RBO. 2003; v. 60, n. 2, p.120-122,mar/abr.

FREITAS, A. B. D. A.; CASTRO, C. D. L.; SETT, G. S.; BARROS, L. M.; MOREIRA, A. N.; MAGALHÃES, C. S. Uso de dentes extraídos nas pesquisas odontológicas publicadas em periódicos Brasileiros de acesso online gratuito: um estudo sob o prisma da bioética. Arquivos em Odontologia. 2010; v. 46, n.3, p.136-143.

GABRIELLI FILHO, P. A.; IMPARATO, J.C.P. Comércio de Dentes. In: IMPARATO, J. C. P. et al. Banco de Dentes Humanos. Curitiba: Maio, 2003. Cap. 10, p. 145-150.

GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; SANTOS, K. T. S.; PACHECO, A. C. Percepção de acadêmicos de odontologia sobre clonagem, doação de órgãos e Banco de Dentes. RPG. 2008; v.15, n. 4, p.225-260.

GOMES, G. M.; et al. Utilização de dentes humanos: aspectos éticos e legais RGO - Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre, v.61, supl 0, p. 477-483, jul./dez., 2013.

GRECO, Rogério. **Código Penal Comentado**. Niterói: Editora Impetus, 2011, p. 293.

HAU, GLEICE RENATA; et al. Levantamento preliminar sobre a possibilidade de obtenção de dentes de reposição a partir de células-tronco. Ci Biol. Saúde. V. 12, n.2, p.29-38, 2006.

IKEDA, ETSUKO; et al. Fully function bioengineered tooth replacement as an organ replacement therapy.PNAS, v.106, n.32, p.13475-13480, 2009.

IMPARATO, J.C.P.; et al. Banco de Dentes Humanos.1ª ed. Paraná: Editora Maio, 2003.

KRAUSE, R.B.K. Próteses Dentárias. Jornal de Domingo [jornal eletrônico] 2008 In: GOMES, GM et al. Utilização de dentes humanos: aspectos éticos e legais. RGO - Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre, v.61, suplemento 0, p. 477-483, jul./dez., 2013.

MATHIEU, L.; FLEURETTE, J.; TRANSY, M. J .Les Transplantions Dentaires: constitution d'une Banque de dents et problèmes de stérilisation. Ann Odontostomatol (Lyon) 1970.

MIRABETE, J., F.; FABRRINI, R.N. Manual de Direito Penal. São Paulo, Atlas, 2014.

MOREIRA, L.; GENARI, B.; STELLO, R.; COLLARES, F. M.; 3, Susana Maria Werner SAMUEL, S. M. W. Banco de Dentes Humanos para o Ensino e Pesquisa em Odontologia. Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre, v. 50, n. 1, p. 34-37, jan./abr., 2009.

MOTTA-MURGUIA, L.; SARUWATARI-ZAVALA, G. Mexican regulation of Biobanks. J Law Med Ethics. 2016 Mar;44(1):58-67.

MURATORI, G. La Banca del Dente. Dental Cadmos.1969.

NASSIF, A. C. S; et al. Organização e Funcionalidade do Banco de Dentes Humanos da FOUSP. In: IMPARATO, J. C. P. et al. Banco de Dentes Humanos. Curitiba: Maio, 2003. Cap. 4, p. 51-82.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 5ª ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Ed Revista dos Tribunais, 2005.

PAULA, S.; BITTENCOURT, L.P.; PIMENTEL, E.; GABRIELLI FILHO, P. A,;, IMPARATO, J. C. P. Comercialização de dentes nas Universidades. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2001; v. 1, n.3, p. 38-41.

PEREIRA, D. Q. Levantamento dos Bancos de Dentes Humanos dos Cursos de Odontologia do Brasil e a Experiência na criação do Banco de Dentes Humanos da Universidade Estadual de Feira de Santana – Bahia. [tese]. Salvador (BA): Programa de Pós-graduação de Medicina e Saúde, Universidade Federal da Bahia; 2012.

PINTO, S. L.; SILVA, S. P.; BARROS, L. M.; TAVARES, E. P.; SILVA, J. B. O. R.; FREITAS, A. B. D. A. Conhecimento Popular, Acadêmico e Profissional sobre Banco de Dentes Humanos. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 2009b; v. 9, n. 1, p.:101-106.

PINTO, S.L.; SILVA, S.P.; BARROS, L.M; TAVARES, E.P; SILVA, J.B.O.R; FREITAS, A.B.D.A. Common, Academic and Professional Knowledge of Human Tooth Bank. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2009a; 9(1):101-6.

PIRES, A.B.; COUTO, A.P.G.R. Banco de dentes humanos. Revista paraense de odontologia; v.2, n.1, p.5-12; 2017.

PIRES, L. A. G.; CERVEIRA, J. A Bioética na Odontologia. Stomatos. 2003; v.9, n.17, p. 7-12.

POLETTO, M. M.; et al. Banco de dentes humanos: perfil sociocultural de um grupo de doadores. RGO, Porto Alegre, v. 58, n. 1, p. 91-94, jan./mar. 2010.

RAMOS, D. L.P. A preocupação com a ética na pesquisa em seres humanos representada na redação de teses apresentadas à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo no período de 1989 a 2001 [tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2003.

RING, M. E. Historia de la Odontologia. Madrid: Harry N. Abrams; 1995.

SILVA, D.P.; VASCONCELOS, U.S.; SILVA NETO, A.P.; MARTINS, G.A.S.; SIPAÚBA, G.M.O.; MOURA, W.L.; MORA, C.D.V.S. Conhecimento de cirurgiões-dentistas sobre banco de dentes humanos. Revista da ABENO, v.18, n.2, p.20-26, 2018.

SILVA, M. Compêndio de Odontologia Legal. São Paulo: Medsi, 1997.

TIERI, F.; et al. Banco de DNA Dentário. In: IMPARATO, J. C. P. et al. Banco de Dentes Humanos. Curitiba: Maio, 2003. Cap. 10, p. 173-180.

ULMER, FRANZISKA; et al. Stem cells- Prospects in Dentistry. Schweiz Monatsschr Zahnmed, v.120, n.10, p.860-872, 2010.

ULSON , R. C. B.; IMPARATO, J. C. P. Reabilitação bucal por meio de colagem de fragmentos em dentes decíduos. Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa, v. 14, n. 1, p. 23-28, mar. 2008.

UNESCO. International Declaration on Human Genetic Data. 2003.

VANZELLI, M.; et al. Valorização do Dente Como um Órgão. In: IMPARATO, J. C. P. et al. Banco de Dentes Humanos. Curitiba: Maio, 2003. Cap. 2, p. 33-36.

VANZELLI, M.; IMPARATO, J.C.P. Banco de Dentes: uma ideia promissora. Stomatos, RGS: Canoas, 2003b; v. 9, n.16, p.59-60 jan/jun.

VANZELLI, M.; IMPARATO, J.C.P. Histórico e Introdução. In: IMPARATO, J. C. P. et al. Banco de Dentes Humanos. Curitiba: Maio, 2003. Cap. 1, p. 21-31.

VARGAS, Andréa Maria Duarte; PAIXAO, Helena Heloísa. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 4, p. 1015-1024, Dec. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400024&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Oct. 2020. https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400024.

VINHOLES, Julia Itzel Acosta Moreno; FERNANDES, Daniela Casarin; RITZEL, Irene Fanny. Banco de dentes humanos no curso de Odontologia da ULBRA – Campus Torres. Conversas Interdisciplinares. V.1, 2011. 11p. Disponível em:http://revista.ulbratorres.com.br/site/images/anoI/artigo03.pdf. Acesso em: 27 de maio de 2011.

ZANATTA, C.; PRODÓCIMO, T.; DALLANORA, L. M. F.; GALLON, A.; VOLPATO, S. Implantação do banco de dentes humanos (BDH) do curso de odontologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Unoesc & Ciência - ACBS, Joaçaba, v. 5, n. 1, p. 69-76, jan./jun. 2014.

ZUCCO, D.; KOBE, R.; FABRE, C.; MADEIRA, L.; BARATTO FILHO, F. Avaliação do nível de conhecimento dos acadêmicos do curso de Odontologia da UNIVILLE sobre a utilização de dentes extraídos na graduação e banco de dentes. RSBO, 2006; v. 3, n.1, p.54-58

CAPÍTULO XIV

ASSISTÊNCIA PRESTADA À PACIENTES COM LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO EM HOSPITAL PÚBLICO DE BELÉM, ESTADO DO PARÁ, BRASIL

Adriano da Costa Brabo[51]; Allan Carlos da Silva Tiago[52]; Letícia Gomes de Oliveira[53]; André Felipe Assunção[54]; Valdo Freire Ribeiro[55]; Helio Lucas Cordeiro Dias[56]; Thifanny Gonçalves de Lira[57]; Enderson Vasconcelos de Lima[58]; Dayane Silva Pires Reis[59] ; Dielky Gomes Lopes[60]; Cinthya Francinete Pereira Pires[61].

DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-14

RESUMO:
O lúpus que é uma doença inflamatória que se prolonga por muito tempo, com manifestações multissistêmicas e de etiologia desconhecida. Este trabalho objetivou avaliar a assistência prestada à pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico - LES em tratamento na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará/FSCMP aos pacientes em tratamento de LES. Esta pesquisa trata de um estudo com delineamento observacional e descritivo analítico, desenvolvido a um grupo de pacientes com LES, por amostragem aleatória, na Unidade dispensadora do Componente Especializado da FSCMP, no período de setembro a outubro de 2018. Com base nas informações obtidas nesta pesquisa, concluiu-se que as atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos no contexto da assistência farmacêutica em relação aos cuidados e orientações aos pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico se faz necessário no tratamento farmacológico, uma vez que os medicamentos envolvidos que visa, não a cura, mas atenuar as manifestações clínicas causadas pela doença, implicam em efeitos adversos consideráveis ao paciente.
PALAVRAS-CHAVE: Lúpus Eritematoso Sistêmico. Cuidados. Sistema imunológico.

INTRODUÇÃO

O sistema imunológico tem a capacidade de produzir uma resposta imune contra qualquer elemento estranho (antígeno) no organismo, eliminando-o de forma eficaz.

51 Escola Superior da Amazônia. E-mail: Adrianobrabo@live.com
52 Escola Superior da Amazônia. E-mail: pharma.allan@gmail.com
53 Centro Universitário do Estado do Pará. E-mail: gomes_15_letici@hotmail.com
54 Universidade da Amazônia. E-mail: assuncaoaf@outlook.com
55 Universidade da Amazônia. E-mail: valdoribeiro0k@hotmail.com
56 Universidade da Amazônia. E-mail: heliolucas83@gmail.com
57 Universidade da Amazônia. E-mail: hifannylira.g@gmail.com
58 Estácio-castanhal. E-mail: enderson.lima18@gmail.com
59 Universidade da Amazônia. E-mail: dayanespr@ymail.com
60 Universidade da Amazônia. E-mail: dielkymec@yahoo.com.br
61 Fundação santa casa de misericórdia. E-mail: cinthyapires@yahoo.com.br

Logo, a função fisiológica deste sistema é combater qualquer elemento desconhecido, como por exemplo, micro-organismos infecciosos. Entretanto, algumas vezes há falhas no sistema imune em reconhecer o próprio organismo, resultando nas chamadas doenças autoimunes (VIANNA; SIMÕES; INFORZATO, 2010; PRADO et. al, 2017).

Dentre as diversas doenças autoimunes existentes, pode-se destacar o lúpus que é uma doença inflamatória que se prolonga por muito tempo, com manifestações multissistêmicas e de etiologia desconhecida (CECATTO et al., 2004; OLIVEIRA et. al., 2016; VIANNA; SIMÕES; INFORZATO, 2010).

Existem três formas clínicas de manifestações lúpica: lúpus eritematoso discoide (LED), lúpus eritematoso sistêmico (LES) e lúpus induzido por drogas (LID). O lúpus eritematoso discóide compromete na maioria das vezes, a pele, causando-lhes marcas e manchas específicas, mas que pode evoluir para um caso agrave. A forma sistêmica tende a atinge múltiplos sistemas, especialmente os rins, as articulações, as membranas serosas e a pele. O lúpus induzido por drogas é semelhantes à forma sistêmica e pode surgir após a administração de algumas drogas como hidralazina, procainamida e isoniazida (SOUSA; SILVA; PARTATA, 2011; SOUZA, 2013).

Após confirmado o diagnostico de LES, o paciente deve imediatamente iniciar o tratamento, onde será orientado a praticar melhores hábitos de vida, como por exemplo, uma alimentação adequada, atividades físicas regulares, não ingestão de bebida alcoólica e/ou uso do cigarro, proteção contra os raios UVA e UVB e o tratamento farmacológico adequado para sua condição clínica (PRADO et. al, 2017).

Por haver a necessidade de adequação da farmacoterapia para cada caso e se torna necessário o conhecimento prévio sobre os fármacos utilizados, uma vez que os mesmos serão utilizados por período prolongado, havendo a possibilidade de surgimento de reações adversas significativas e potencialmente graves (SOUSA; SILVA; PARTATA, 2011).

Por isso a relevância do profissional farmacêutico no tratamento dos pacientes acometidos com LES, haja vista o fato de que é o profissional da saúde com maior conhecimento sobre medicamentos e seus efeitos sobre o corpo humano, sendo desta maneira responsável por esclarecer possíveis dúvidas e orientá-los sobre a importância do uso correto dos medicamentos empregados em sua terapia, fortalecendo desta forma a

adesão farmacoterapêutica, influenciando diretamente no controle da doença e no bem-estar do paciente (SOUSA; SILVA; PARTATA, 2011; VALENTINI; MADALOZZO, 2005).

Estudos epidemiológicos sobre prevalência e incidência da LES demonstram uma grande variação nos resultados entre as várias populações estudadas no mundo (VILAR; RODRIGUES; SATO, 2003). Segundo Sato et al. (2010) o LES tem distribuição universal. A incidência da doença em estudos internacionais realizados nas últimas décadas têm variado de 3,7 a 5,5/100 mil habitantes.

No Brasil, um estudo preliminar foi realizado no ano de 2000 no estado do Rio Grande do Norte, onde a incidência foi estimada em 8,7 casos para cada 100.000 habitantes, concluindo que a prevalência da doença poderia ser atribuída aos altos níveis da radiação ultravioleta na região (FREITAS, 2017). Em outro estudo realizado no sul do Brasil, a cada 100.000 habitantes, 14 eram portadores do LES, com predominância maior em mulheres, 1 a cada 700 mulheres em idade fértil, entre 20 e 30 anos, sendo possivél manifestar-se em qualquer idade, até mesmo no início da infância (ALMEIDA, 2017).

Portanto, diante do cenário apresentado, o tema deste trabalho está direcionado a importância da assistência farmacêutica no que diz respeito aos cuidados e aconselhamento ao portador de lúpus eritematoso sistêmico com o objetivo principal de visar uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida em todos os pacientes, por mais simples que se apresentem os casos, justificando-se dessa forma a relevância deste estudo.

Avaliar a assistência farmacêutica prestada à pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico – LES em tratamento na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará/FSCMP e propor uma estratégica para a promoção da melhoria da qualidade dos serviços farmacêuticos prestados no âmbito do SUS aos pacientes em tratamento de Lúpus Eritematoso Sistêmico – LES.

MÉTODO

O estudo foi realizado obedecendo aos preceitos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, impostas pela Resolução

CNS 466/12, após ser aprovada pelo Departamento de Ensino e Pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Esta pesquisa trata de um estudo com delineamento observacional e descritivo analítico, desenvolvido a um grupo de pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico – LES, em tratamento na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, por amostragem aleatória, os quais foram atendidos pelo Serviço de Assistência Farmacêutica – Unidade dispensadora do Componente Especializado da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no período de setembro a outubro de 2018.

Participaram do estudo pacientes que foram diagnosticados com Lúpus Eritematoso Sistêmico – LES e que iniciaram tratamento no Serviço de Assistência Farmacêutica – Unidade dispensadora do Componente Especializado da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará no período proposto para a pesquisa.

Os dados foram coletados através da aplicação de *formulário de avaliação da atenção farmacêutica prestada à pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico – LES,* os quais foram selecionados por amostragem aleatória, sem a interferência por parte dos pesquisadores em sugerir ou definir condutas técnicas. Este formulário buscou avaliar: Se o atendimento ao paciente foi realizada pelo profissional farmacêutico ou por outro profissional; se o tratamento adotado estava de acordo com o Protocolo clínico e Diretrizes do Ministério da Saúde; tempo médio de tratamento dos pacientes; aspectos relacionados às orientações prestadas pelo farmacêutico e acompanhamento farmacoterapêutico do paciente, observando a prestação de informações ao paciente sobre o LES, sobre os resultados de exames laboratoriais, armazenamento, uso e possíveis efeitos colaterais dos medicamentos, a importância do retorno ao hospital; cuidados necessários que o paciente deve ter em virtude da doença, bem como de seu tratamento, considerando-se o tratamento farmacológico e não farmacológico.

Após coletados os dados pertinentes à pesquisa, serão tabulados em uma planilha de Excel. Serão considerados como variáveis de análise: identificação do paciente, data de nascimento, tempo de tratamento medicamentoso, Informações e orientações farmacêuticas prestadas aos pacientes durante o atendimento. A análise dos dados será efetuada através de análise estatística dos dados essencialmente descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas, através de Qui- Quadrado Aderência.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A FSCMP é um hospital Geral público, com referência em atendimento Materno Infantil, tendo seu atendimento 100% destinado ao Sistema Único de Saúde – SUS. Possui um serviço de Assistência Farmacêutica, dividido em atendimento hospitalar e ambulatorial, sendo a farmácia ambulatorial do Componente especializado o cenário deste trabalho.

Após a identificação do agendamento de atendimentos, foram escolhidas as datas para acompanhamento observacional do atendimento farmacêutico, sendo selecionados 22 pacientes como amostragem aleatória para o estudo, deste apenas 01 paciente estava recebendo atendimento pela primeira vez, iniciando seu tratamento, os demais pacientes estavam realizando atendimento de monitoramento e manutenção do tratamento.

Observou-se durante esta pesquisa que o serviço de assistência farmacêutica conta com um sistema informatizado de agendamento, o que facilita o controle e organização dos atendimentos, todavia além dos pacientes previamente agendados também são atendidas as demandas espontâneas por ordem de chegada. Dos 22 pacientes acompanhados por amostragem, 20 foram atendidos com agendamento prévio, e 02 foram atendidos por demanda espontânea sem agendamento prévio. Também observou-se durante o estudo que o serviço dispõe de linha telefônica para contatos com o paciente. Dos 22 agendados pelo serviço, observou-se que todos foram atendidos no horário agendado e receberam os medicamentos prescritos. Isso confirma a organização do serviço e o impacto na qualidade do atendimento prestado, uma vez que os pacientes têm seu atendimento agendado e confirmado via telefone e todos os pacientes tiveram seus atendimentos garantidos.

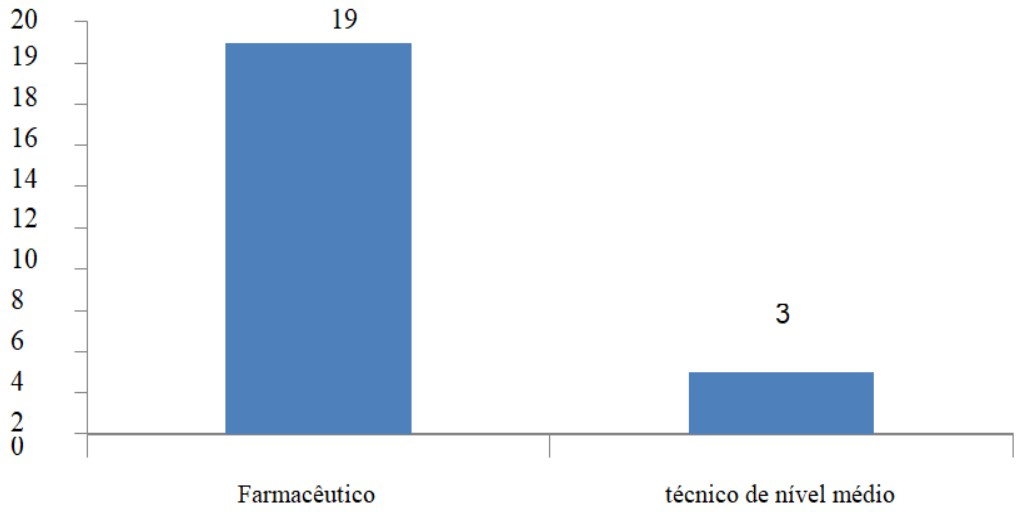
A seguir discutiremos cada fator observado durante o atendimento farmacêutico os quais foram registrados no check list de avaliação através do *formulário de avaliação da atenção farmacêutica prestada*, aplicado durante cada atendimento:

ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO

Dos 22 pacientes avaliados, 19 (86,36%) foram atendidos pelo farmacêutico,

porém 03 (13,64%) tiveram seus atendimentos realizados por um técnico de nível médio, conforme se demonstra no gráfico 01.

Gráfico 1. Atendimentos realizados pelo profissional farmacêutico.



Fonte: Assistência Farmacêutica/FSCMPa.

Diante dos resultados apresentados, apesar dos 03 casos (13,64%) atendidos por profissional de nível médio ser de continuidade de tratamento e não de primeira vez, a recomendação é que o atendimento deveria ter sido realizado por profissional farmacêutico, pois deve ser feito um monitoramento do tratamento com componente especializado, de acordo com as estratégias e diretrizes definidas pela Portaria GM/MS 4283/2010 do Ministério da Saúde, haja vista que para garantir a dispensação segura da prescrição deve-se realizar a análise farmacêutica.

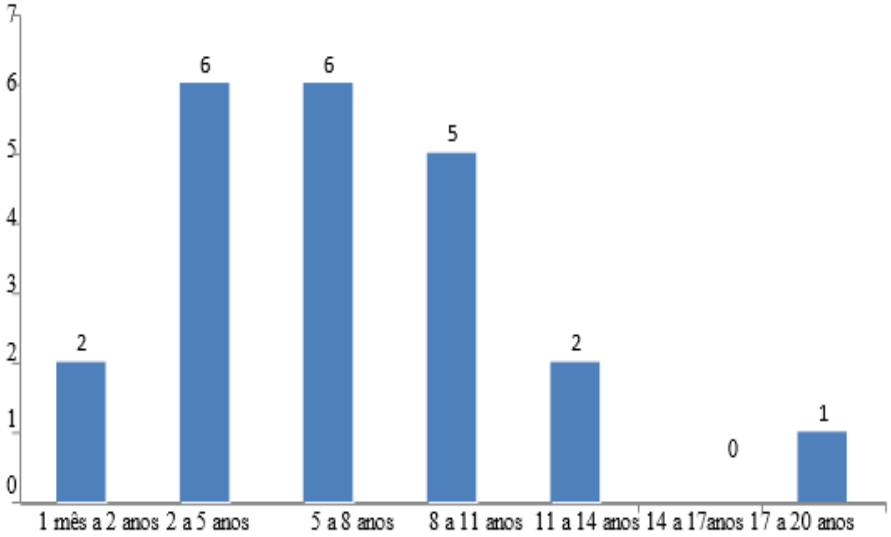
A exposição de pacientes aos riscos durante a terapia medicamentosa estimulou o Ministério da Saúde através da Portaria Ministerial 529/2013 a instituir o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) com objetivo de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, objetivando a promoção, execução e monitorização de medidas intra-hospitalares voltadas à segurança do paciente em âmbito hospitalar sendo regulamentada pela RDC 36/2013, a qual institui as ações que devem ser adotados para garantir a segurança do paciente em serviços de saúde, incluindo a atenção farmacêutica.

Costa et al. (2013), em um hospital de ensino em Minas Gerais, enfatizam na conclusão de seu estudo a necessidade dos profissionais farmacêuticos responsabilizando-se pela prevenção e resolução de cuidados fármaco terapêuticos.

QUANTO AO TRATAMENTO ESTAR DE ACORDO COM AS DIRETRIZES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

De acordo com os critérios de inclusão estabelecidos através do Protocolo Clínico de tratamento, e Diretrizes do Ministério da Saúde para todos os pacientes com o diagnóstico confirmado de LES, os quais foram definidos segundo a classificação do American College of Rheumatology (ACR), todos os pacientes avaliados durante este estudo foram classificados adequadamente e se enquadravam neste Protocolo para o tratamento de sua patologia, tendo seus tratamentos garantidos.

Grafico 2. Quantitativo de pacientes correlacionado com o tempo de tratamento.



Fonte: assistência farmacêutica/fscmpa.

A partir do gráfico 2 observa-se que a maioria dos pacientes investigados durante este estudo, apresentou o tempo de tratamento entre 2 e 11 anos, o que reflete que em sua maioria eram tratamentos já em monitoramento e demonstra a alta adesão ao tratamento, uma vez que a maioria dos pacientes permanecem por longo período em tratamento. Este fato infere também a melhora no prognóstico desses pacientes, pois como já foi mencionado, no passado metade dos pacientes que eram diagnosticados com LES, morriam nos primeiros quatro anos do tratamento (OLIVEIRA; SILVA, 2017).

QUANTO AS ORIENTAÇÕES FARMACÊUTICAS PRESTADAS DURANTE O ATENDIMENTO AO PACIENTE

No que concerne às orientações farmacêuticas, apresenta-se a partir da Tabela 08 os tipos de orientações farmacêuticas observadas durante o atendimento, relacionadas aos fatores definidos, os quais foram coletados através do Check list aplicado através de *formulário de avaliação da atenção farmacêutica prestada à pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico – LES*/Assistencia Farmacêutica/FSCMPa.

Tabela 8. Demonstrativo dos tipos de orientações farmacêuticas prestadas aos pacientes atendidos com LES.

Tipo de orientação farmacêutica	Não houve orientação farmacêutica	Sim, houve orientação farmacêutica	% de pacientes orientados pelo farmacêutico
Farmacêutico prestou orientação e informações ao paciente sobre a doença LES	22	0	0%
Farmacêutico Orientou sobre os resultados de exames laboratoriais	20	2	9%
Farmacêutico Orientou sobre o armazenamento adequado dos medicamentos	22	0	0%
Farmacêutico orientou o paciente sobre o uso adequado do medicamento	22	0	0%
Farmacêutico orientou o paciente sobre os possíveis efeitos colaterais que os medicamentos prescritos podem causa;	21	1	5%
Farmacêutico orientou o paciente sobre o retorno com o médico para continuidade do tratamento	16	6	27%
Farmacêutico Orientou sobre os cuidados necessários que o paciente deve ter em virtude da doença, bem como de seu tratamento, considerando-se o tratamento farmacológico e não farmacológico.	20	2	9%

Fonte: Formulário de avaliação da atenção farmacêutica prestada à pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico– LES /Assistencia Farmacêutica/FSCMPa.

A partir da análise da Tabela 08, observa-se a fragilidade no atendimento farmacêutico, onde na maioria dos atendimentos realizados o farmacêutico não prestou as orientações necessárias para garantir a segurança durante o tratamento medicamentoso, sendo possível perceber a necessidade de reformulação no atendimento prestado ao

paciente, de forma que possa garantir a eficácia do tratamento com segurança e qualidade. Esses resultados são alarmantes e graves e demonstram a necessidade de enfrentamento.

Segundo Marin et al. (2003) a orientação consiste em fornecer informações ao paciente, com o objetivo de ajudá-lo a cumprir adequadamente um determinado regime medicamentoso prescrito.

Galato et al. (2008) nos diz que no ato de dispensação do farmacêutico, este interage com o paciente, de maneira que se faz possível identificar a necessidade do mesmo em orientar sobre o medicamento, atuando desta forma como um agente de saúde. A seguir explanaremos cada tipo de orientação avaliada durante o estudo:

ORIENTAÇÕES FARMACÊUTICAS SOBRE A DOENÇA LES

Neste item foi avaliado se o farmacêutico orientou o paciente prestando informações sobre o Lúpus eritemaso sistêmico – LES, quanto as características e os riscos da doença que o acomete. Durante a pesquisa observou-se que o farmacêutico não prestou orientações sobre a doença em nenhum dos casos atendidos. Ressaltando-se ainda que dos 22 pacientes, 21 já faziam tratamento e estavam em continuidade e 01 paciente estava recebendo medicamento pela primeira vez e iniciando tratamento, porém mesmo sendo paciente de primeira vez ele NÃO recebeu as orientações sobre a doença.

Alves et al. (2015) se refere à seis estudos que mostram que alguns pacientes, após a obtenção do diagnóstico de LES, não conseguiam compreender a constituição da doença, mesmo tendo recebido orientação médica. Essa experiência foi compreendida como resultado da não aveitação do diagnóstico e consequentemente a negação da necessidade do tratamento longitudinal, o que pode está relacionado com a não adesão ao tratamento.

As chances de sobrevida dos pacientes lúpicos está relacionado com a melhor compreensão do que é a doença, pois é através da informação que o paciente adere ao tratamento. Por sua vez a efetividade do tratamento farmacológico está intimamente relacionada à aceitação e ao comprometimento do paciente com relação a sua terapia e diante disso é papel de todos os profissionais de saúde esclarecer dúvidas sobre a sua doença e tratamento (FRITZENI; MOTTER; PANIZ, 2017; OLIVEIRA; SILVA, 2017).

ORIENTAÇÕES FARMACÊUTICAS SOBRE OS RESULTADOS DE EXAMES LABORATORIAIS

Dos casos atendidos apenas 02 pacientes tiveram orientação farmacêutica sobre os resultados de seus exames. Em um desses dois casos uma paciente questionou acerca da necessidade do exame beta HCG. Ao que foi respondido pelo profissional farmacêutico que este se faz necessário, porém exceto em caso de menopausa ou laqueadura. Em outro caso houve baixa de hemoglobina, LDL acima do normal e CHCM auto. Nos dois casos o farmacêutico orientou os pacientes quanto a importância dos exames e sobre os resultados dos mesmos.

Os resultados de exames laboratoriais objetivam fornecer resultados seguros e eficientes, exercendo um papel fundamental no que diz respeito às decisões clínicas garantindo laudos rápidos e confiáveis (BONETTI; OLIVEIRA; MAFFINI, 2016).

Considerando que no tratamento com o componente especializado o paciente necessita atualizar os exames laboratoriais é de suma importância que o farmacêutico oriente o paciente nesse aspecto, dando ciência sobre os resultados atuais comparando com a evolução do tratamento.

ORIENTAÇÕES FARMACÊUTICAS SOBRE O ARMAZENAMENTO ADEQUADO DO MEDICAMENTO RECEBIDO

Esse foi um fator critico, pois em nenhum dos casos atendidos o farmacêutico prestou orientações quanto ao armazenamento adequado dos medicamento nem nos casos atendidos pela primeira vez. Ressalta-se que orientações sobre o armazenamento de medicamentos em domicilio é básico durante o atendimento e a falta de orientação sobre isso é extremamente preocupante, haja vista que o correto armazenamento do medicamento pode interferir diretamente na qualidade do produto,. A exemplo disso o armazenamento em temperatura inadequada que pode alterar e/ou inativando o princípio ativo fazendo com que os efeitos terapêuticos não sejam atingidos com qualidade.

No estudo realizado em 2016 por Pinto, mostrou que o armazenamento adequado é citado como um fator fundamental para manter a qualidade, conservação e eficácia dos medicamentos e necessitam de igual atenção nos domicílio dos pacientes, caso o contrário

pode afetar as características dos medicamentos e gerar seu acúmulo em domicílios, podendo trazer riscos à saúde. Torna-se indispensável à orientação correta sobre a conservação dos fármacos armazenados em casa, utilização e os riscos da automedicação.

ORIENTAÇÕES FARMACÊUTICAS SOBRE O USO DO MEDICAMENTO

Em 100% dos atendimentos realizados o farmacêutico não prestou orientação sobre o uso do medicamento. No que concerne a falta de orientação sobre o uso adequado do medicamento, ressalta- se tais recomendações como um dos fatores importantes que deve ser orientado pelo farmacêutico. É de consenso que uma das variáveis de maior impacto no mundo relacionados a medicamentos é a falta de informação sobre eles e por conta disso, os usúarios não cumprem adequadamente seus tratamentos. Nesse contexto, desenvolver ações educativas e orientar os individuos não são atividades exclusivas do farmacêutico, ao contrário, devem estar intimamente associadas às atribuições de todos os profissionais da equipe de saúde (MARIN et al., 2003).

É no momento da dispensação que o farmacêutico tem a oportunidade de informar e orientar o paciente sobre o uso adequado do medicamento (BRASIL, 2006). O uso inadequado dos medicamentos é uma questão a ser evitada, e o farmacêutico pode contribuir, através da interação com o paciente, com a finalidade de atender necessidades relacionadas com medicamentos e demais produtos terapêuticos, pode compartilhar com os outros profissionais a responsabilidade pelos cuidados de saúde da população, para conseguir que o tratamento com os medicamentos sejam racionais, seguros e de custo acessível (VALENTINI; MADALOZZO, 2005).

O medicamento é um insumo fundamental na promoção e recuperação da saúde e a Atenção Farmacêutica, possibilita maior aproximação do profissional com o usuário, visando o alcance de resultados que melhorem a qualidade de vida do paciente. Porém, para que isso ocorra efetivamente é preciso que o paciente tenha acesso ao medicamento correto e saber exatamente o que fazer com ele (VALE et al., 2008).

ORIENTAÇÕES FARMACÊUTICAS SOBRE POSSÍVEIS EFEITOS COLATERAIS DO MEDICAMENTO

No que diz respeito às orientações sobre possíveis efeitos colaterais que o medicamento pode causar, identificou-se que apenas 01 (5%) paciente atendido recebeu a orientação do farmacêutico sobre isso. O único paciente que recebeu tal orientação estava iniciando o tratamento, recebendo pela primeira vez seu medicamento, os demais pacientes não receberam orientações sobre o assunto durante o atendimento acompanhado. Diante disso levanta-se a hipótese de que o profissional pode ter o entendimento de que seja necessário esclarecer e orientar o paciente sobre esse aspecto apenas na primeira vez de atendimento quando inicia o tratamento, O que se entende como uma falha, uma vez que o farmacêutico deveria realizar efetivamente o acompanhamento farmacoterapeutico orienta os pacientes sobre tais efeitos.

Entende-se que a cada atendimento seja importante e necessário realizar a orientação aos pacientes durante a terapia medicamentosa. Pois o PCDT determina a realização do monitoramento farmacoterapêutico, para verificar se o paciente apresentou eventos adversos significativos. Dando o encaminhamento ao médico, caso necessário (SOARES, 2017).

ORIENTAÇÕES FARMACÊUTICAS SOBRE O RETORNO DO PACIENTE AO MÉDICO

Quanto ao retorno com o médico, apenas 06 (27%) pacientes tiveram orientação farmacêutica, sobre esse assunto, todavia, ressalta-se que a abordagem farmacêutica limitou- se as questões administrativas e burocráticas do processo e não se referiu a questões assistenciais, já que tratou-se de solicitação de laudo para renovação de processo, alterações em exames laboratoriais, solicitação de exames por falta ou por causa de processos vencidos, entre outros.

De acordo com Protocolo clínico e diretrizes do ministério da Saúde para o tratamento de LES, os pacientes com complicações do tratamento devem ter consultas mais frequentes, assim como aqueles que estão iniciando a terapia sistêmica. Nem sempre existe relação direta entre a melhora clínica e a normalização dos exames laboratoriais, por isso, é importante que haja um acompanhamento criterioso dos pacientes, buscando evitar o abandono no tratamento (SOARES, 2017).

Diante deste resultado frisa-se a necessidade do farmacêutico entender seu papel

na equipe multiprofissional e na assistência ao paciente.

ORIENTAÇÕES FARMACÊUTICAS SOBRE OS CUIDADOS NECESSÁRIOS QUE O PACIENTE DEVE TER EM RELAÇÃO À DOENÇA E AO SEU TRATAMENTO (FARMACOLÓGICO E NÃO FARMACOLÓGICO)

Quanto aos cuidados relacionados à patologia e ao seu tratamento, apenas 2 pacientes obtiveram esta orientação. Em estudo de Alves et al. (2015) no tocante a esta questão faz referência à cinco estudos acerca do LES que aponta o apoio profissional como uma das dificuldades vivenciada pelos pacientes, principalmente para responder a dúvidas sobre a doença propriamente dita.

Diante disso é imprescindível que o SUS realize programas no âmbito educacional acerca da doença, especialmente relacionadas ao tratamento adequado bem como o uso correto de medicamentos, promovendo aos pacientes conhecimentos de autocuidado. E aos profissionais de saúde condutas que preconizem um atendimento de forma mais humanizada e profunda, sem superficialidade. O autocuidado é apontado como terapia fundamental ao controle de patologias associadas que podem gerar agravantes são fatores que melhoram as chances de sobrevida dos pacientes lúpicos (OLIVEIRA; SILVA, 2017).

De acordo com as diretrizes definidas no Protocolo clínico do Ministério da Saúde para o tratamento de Lúpus Eritematoso Sistêmico, além do tratamento medicamentoso há alguns cuidados não farmacológicos que devem ser orientados ao paciente, como: Prestar aconselhamento, suporte e orientação por meio de tratamento multidisciplinar; realizar orientação dietética; estimular a realização de exercícios físicos regulares e evitar nos períodos de atividade sistêmica da doença; adotar proteção contra irradiação ultravioleta; realizar avaliação ginecológica anual, oftalmológica a cada 6 a 12 meses, odontológica periódica, entre outros.

A orientação às pessoas acometidas pelo lúpus e seus familiares sobre a doença em si, as opções de tratamento e os cuidados no sentido de evitar a ativação do LES constituem a base do controle da doença, assim, deve-se sempre orientar todos os envolvidos sobre os fatores que podem influenciar na acentuação da doença. Sendo importante, também, não se esquecer do suporte psicológico e social, pois é primordial a

contínua inserção desses enfermos no convívio social (SOARES, 2017).

ESTRATÉGIAS PARA PROMOÇÃO DA MELHORIA DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS PRESTADOS NO ÂMBITO DO SUS AOS PACIENTES EM TRATAMENTO DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO – LES

A criação de estratégias para a melhoria dos serviços farmacêuticos ao portador de LES deve ser pautada na valorização do profissional farmacêutico como agente de saúde. Este papel pode ser aperfeiçoada através da promoção da Assistência Farmacêutica, com o incentivo do governo, o que pode contribuir de maneira satisfatória para o tratamento dos pacientes acometidos de LES somado a estratégias que otimizem recursos e interagem os pacientes com os serviços de saúde.

Para isso uma aproximação entre o sistema de saúde e a população pode ser desenvolvida no contexto do tratamento dos pacientes diagnosticados com Lúpus, pelo Estado, de maneira que se faça compreender as necessidades dos pacientes dentro do modelo de prática da assistência farmacêutica.

O Lúpus eritematoso sistêmico (LES) é classificado como uma doença reumática crônica e nos dias atuais não é mais considerada rara e, portanto, deve ser vistas e tratada com mais ênfase pelos órgãos de saúde pública.

Entende-se como uma importante estratégia a reformulação da metodologia de atendimento, fortalecendo a atenção farmacêutica prestada ao paciente com Lúpus Eritematoso sistêmica – LES, aplicando-se efetivamente o monitoramento farmacoterapêutico onde o farmacêutico possa a identificar os fatores de riscos que podem interferir no sucesso do tratamento, realizando a intervenção farmacêutica quando necessário e prestando todas as orientações que o paciente portador desta patologia precisa.

Considerando-se que o serviço de assistência farmacêutica da FSCMPa possui estrutura física e tecnológica adequada que possibilita a implantação de um serviço de atenção farmacêutica, entende-se como uma importante estratégia a ser adotada na farmácia, objeto deste estudo, a reformulação da metodologia de atendimento,

fortalecendo a atenção farmacêutica prestada ao paciente com Lùpus Eritematoso Sistêmica – LES, aplicando-se efetivamente o monitoramento farmacoterapêutico onde o farmacêutico possa a identificar os fatores de riscos que podem interferir no sucesso do tratamento, realizando a intervenção farmacêutica quando necessário e prestando todas as orientações que o paciente portador desta patologia precisa.

Alinhada as estratégias propostas neste tópico, ressalta-se a necessidade de conscientização dos profissionais farmacêuticos quanto ao seu papel na assistência prestada ao paciente, a fim de evitar que o atendimento ao paciente se transforme em mero ato de dispensação de medicamentos e conferência burocrática de documentos.

CONCLUSÃO

Com base nas informações obtidas nesta pesquisa, concluiu-se que as atividades desenvolvidas pelos farmacêuticos no contexto da assistência farmacêutica em relação aos cuidados e orientações aos pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico se faz necessário no tratamento farmacológico, uma vez que os medicamentos envolvidos que visa, não a cura, mas atenuar as manifestações clínicas causadas pela doença, implicam em efeitos adversos consideráveis ao paciente.

Por isso, os problemas relacionados ao tratamento dos pacientes lúpicos é uma preocupação constante para os profissionais da área da saúde. Neste sentido as ações do farmacêutico garantem, além do acesso, o uso racional. Pois este é o principal conhecedor dos mecanismos de ação das drogas no organismo, contribuindo dessa maneira para o entendimento dos fatores relacionados a farmacoterapia.

Considerando-se que o tratamento do LES baseia-se principalmente na atenuação das manifestações clínicas, na melhora das funções fisiológicas, no controle da progressão da doença, além de evitar riscos e danos consequentes à terapia utilizada, ressalta-se a grande importância da atuação assistencial do farmacêutico no acompanhamento clínico ao paciente lúpico, a partir da orientação em relação à atividade da doença e ao tratamento, além dos cuidados farmacológicos e não farmacológicos que o paciente lúpico deve ter, entre outros aspectos relacionados ao tratamento.

Assim, entende-se a necessidade de reformulação da metodologia de atendimento

farmacêutico, uma vez que a atenção farmacêutica representará benefícios, possibilitando o uso adequado do medicamento, promovendo a segurança e qualidade durante a terapia medicamentosa.

O fortalecimento da atenção farmacêutica prestada ao paciente com Lúpus Eritematoso sistêmica – LES pode representar um diferencial no tratamento desses pacientes, aplicando-se efetivamente o monitoramento farmacoterapêutico onde o farmacêutico possa a identificar os fatores de riscos associados à terapia medicamentosa, e prestando todas as orientações que o paciente portador desta patologia precisa receber, objetivando o sucesso do tratamento e melhoria da qualidade de vida desses usuários.

Nesse sentido a relação adequada do profissional farmacêutico com o paciente lúpico implicará em benefícios perceptíveis, uma vez que conscientizará o mesmo acerca do seu tratamento farmacológico, promovendo o uso adequado dos medicamentos empregados em sua farmacoterapia, solucionando suas dúvidas frentes aos medicamentos que utilizam, minimizando as reações adversas, reduzindo custos e comorbidades associadas e principalmente contribuindo na mudança do estilo de vida, no controle da doença e qualidade de vida do paciente. Fortalecendo desta forma a adesão do paciente ao tratamento farmacológico. Portanto, a interação farmacêutico e pacientes com LES é um bom auxílio para o tratamento farmacológico.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Cristiane Souto et al. **Perfil antropométrico e consumo alimentar de mulheres com lúpus eritematoso sistêmico.** Arq. Catarin Med. 2017 out-dez; 46(4):103-117

ALVES et al. **Significados do adoecer para pacientes com lúpus eritematoso sistêmico: revisão da literatura.** rev bras reumatol. 2015;5 5(6):522–527

APPENZELLER, Simone**. O sistema nervoso central no lúpus eritematoso sistêmico: análises clínica e de ressonância magnética.** Universidade Estadual de Campinas/SP, 2006. 258 p

BONETTI, Carla Indianara; OLIVEIRA, Cibeli Lunardeli De; MAFFINI, Sara. **Estudo da interferência de medicamentos em exames laboratoriais.** X CISDEM Fórum internacional Cátedra Iberoamericana-suiza de desarrollo de medicamentos. Cascavel-Paraná-Brasil. Novembro de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Lúpus Eritematoso Sistêmico.** Portaria nº 100, de 7 de Fevereiro de 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **A assistência farmacêutica no SUS** / Conselho Federal de Farmácia, Conselho Regional de Farmácia do Paraná; organização Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia, Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2010. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 100 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CECATTO, S. B. et al. **Perda auditiva sensorioneural no lúpus eritematoso sistêmico: relato de três casos.** Rev. Bras. Otorrinolaringol. São Paulo, v. 70, n. 3, mai./jun. 2004.

COSTA, Luciana Meira da; COIMBRA, Claudia Cristina Batista Evangelista. **Lúpus eritematoso sistêmico: incidência e tratamento em mulheres.** Revista UNINGÁ Review ISSN *online.* Vol.20,n.1,pp.81-86 (Out – Dez 2014)

FREITAS, Milena Silva de. **Caracterização vocal de pacientes portadores de lúpus eritematoso sistêmico (LES).** Belém, 2017. 60 p

FRITZENI, Janaína Soder; MOTTER, Fabiane Raquel; PANIZ, Vera Maria Vieira. **Acesso regular e adesão a medicamentos do componente especializado da assistência farmacêutica.** Rev Saude Publica. 2017;51:109

GALATO et al. **A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia.** Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences* vol. 44, n. 3, jul./set., 2008

KOSMINSKY, Samuel; MENEZES, Renata Carneiro de; COÊLHO, Maria Rosângela Cunha Duarte. **Infecção pelo vírus Epstein-barr em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico**, Revista da Associação Médica Brasileira. v. 52, nº 5, p. 352- 355, Mar., 2006

MARIN,Nelly et al. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais.** Rio de Janeiro: OPAS, 2003. 336p.

OLIVEIRA, Ciane Martins de, et. al. – **Lúpus eritematoso sistêmico: Uma falha do Sistema Imune.** Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 1. Vol. 6, pp. 52-67. Agosto 2016. ISSN:2448-0959

OLIVEIRA, Renata Cristina Paulino; SILVA, Stael Silvana Bagno Eleutério da. **Gestante portadora de lúpus eritematoso sistêmico: a importância do cuidado da saúde.** Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva, 2017

PINTO, Vanusa Barbosa. **Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapeuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica.** ISBN: 978-85-7967-108-1. Vol. 1, Nº 12. Brasília, julho de 2016.

PRADO, Diane de M.; AMARAL, Bruno A.; DUARTE, Stênio F.P.; DO VALE, Ademir E.; SILVA, Matheus L.; ROCHA, Arlene R.; SOUSA, Vitória M. **Perfil dos Pacientes portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico atendidos pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em uma Regional de Saúde. Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, 2017, vol.11, n.38, p.808-823. ISSN: 1981-1179.

SATO, Emilia Inoue Sato et al. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar da Unifesp-EPM.** 2ª. ed. - Barueri, SP: Manole, 2010.

SOARES, Ravena Leão. **A atenção às pessoas vivendo com lúpus nos serviços públicos de saúde do Distrito Federal.** Brasília – DF, 2017. 34 p

SOUZA, Andreia Queiroz Carniel Mariano De. **Ressignificações de vivências de mulheres com Lúpus Eritematoso Sistêmico frente a sua remissão clínica: um estudo clínico-qualitativo.** Campinas, 2013.

SOUSA, Kay Anne Gomes; SILVA, Vanuza Soares Da; PARTATA, Anette Kelsei. **A importância do profissional farmacêutico no aconselhamento ao portador de Lupus Eritematoso Sistêmico.** Rev Cient do ITPAC. 2011; 4(1).

VALE et al. **Assistência farmacêutica: uma perspectiva para a promoção do uso racional de medicamentos.** V Ciclo Científico da Faculdade São Paulo – FSP, Rev. Saberes, Rolim de Moura, vol. 7, n. 1, jan./jul, 2018. ISSN: 2358-0909.

VALENTINI, Ângela Cristina; MADALOZZO, Josiane C. B. **Atenção farmacêutica para pacientes portadores de doenças crônicas.** Infarma, v.17, nº 7/9, 2005

VIANNA, R.; SIMÕES, M. J.; INFORZATO, H. C. B. **Lúpus eritematoso sistêmico.** Revista Ceciliana. Santos, v. 2, n. 1, p. 1- 3, 2010.

VILAR, Maria José Pereira; RODRIGUES, Juliana Martins; SATO, Emilia Inoue. **Incidência de Lúpus Eritematoso Sistêmico em Natal, RN – Brasil. Rev Bras Reumatol**, v. 43, n. 6, p. 347-51, nov./dez., 2003

CAPÍTULO XV

ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NA SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA ABORDAGEM DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Bruna Rodrigues Martins de Jesus[62]; Elica Brito dos Santos[63].

DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-15

RESUMO:
As práticas de atuação da enfermeira de saúde ocupacional são diversas, contudo, a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), torna-se fundamental na assistência à saúde do trabalhador. Este artigo tem como objetivo demonstrar a aplicabilidade da SAE como instrumento de melhoria na vigilância à saúde do trabalhador. O desenvolvimento do texto descritivo se estruturou em análise bibliográfica com intuito de esclarecer, fundamentar todas as informações e argumentos a cerca das temáticas que abrange todo o estudo. Foram encontrados 22 artigos dos quais foram excluídos aqueles se apresentaram repetidos e os que apesar de possuir os descritores não se enquadravam diretamente ao assunto desejável, sendo selecionados após a leitura e análise 7 artigos para aprofundamento e estudo de todo trabalho. Os resultados se explicam por fluxograma, tabela e gráficos sobre a aplicabilidade da SAE em distintas regiões e cidades, com intuito de investigar se sua prática é uma realidade na avaliação da saúde do trabalhador. Foram definidas duas categorias na fase da discussão: Fatores que contribuem para processo saúde-doença no trabalho e a SAE na saúde ocupacional, com enfoque em desenvolver uma abordagem que promova aos profissionais da área uma reflexão crítica a respeito do assunto. Em conclusão destaca-se a necessidade de maior discussão e publicações sobre a temática, com finalidade de proporcionar fontes seguras para pesquisas científicas com respaldo legal e aprimoramento do trabalho da enfermeira sobre as atividades que lhe competem na saúde do ocupacional, assegurando um atendimento com autonomia, qualificado e padronizado.
PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Trabalhador. Enfermagem do trabalho. Processos de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As práticas da atuação de enfermagem no contexto de saúde ocupacional são diversas, executando atividades relacionadas com o serviço de higiene, medicina e

62 Graduada em enfermagem em 2015 pela Uninassau; Especialista em enfermagem do trabalho e Saúde ocupacional; Enfermagem em Uti; Gestão e auditoria em Serviços de Saúde; Instrumentação cirúrgica, centro cirúrgico e central de material e esterilização. https://orcid.org/0000-0002-7412-5821. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0267805385482389. E-mail: Graduando@outlook.com
63 Pós-graduada em enfermagem do trabalho pela Uninter. E-mail: elikissa@hotmail.com

segurança do trabalho, agregando equipes de estudos, com finalidade de garantir a manutenção da saúde e valorização do trabalhador.

Contudo a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), torna-se fundamental na vigilância à saúde do trabalhador, de maneira a intensificar na identificação dos fatores associados à perda ou diminuição das funções laborais, possibilitando aos demais profissionais de saúde e de segurança do trabalhado, o conhecimento do perfil epidemiológico do conjunto dos trabalhadores.

Para Moraes (2009) a enfermagem do trabalho, anteriormente conhecida como enfermagem laboral, teve seu papel destacado na saúde do trabalhador, atuando primeiramente no atendimento, através da promoção da saúde e prevenção das doenças relacionadas ou não ao trabalho.

Segundo Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho (ANENT) é de competência da enfermeira do trabalho promover programas e ações educativo-assistenciais, divulgando conhecimentos e estimulando a aquisição de hábitos sadios, para prevenir doenças profissionais e melhorar as condições de saúde do trabalhador (ANENT, 2015).

A SAE é um modelo assistencial utilizado pelas enfermeiras como estratégia de identificação das situações de saúde/doença, mas que de acordo com estudos das diversas áreas de atuação da enfermagem, há ainda uma resistência em sua operacionalização.

> A Sistematização da Assistência de Enfermagem em Saúde Ocupacional (SAESO) é uma proposta sistematizada voltada para as práticas de saúde do trabalhador, através de métodos e procedimentos próprios, de modo que as suas atribuições em seus diferentes eixos de atuação sejam alcançadas, favorecendo a eficácia e agilidade no processo de trabalho (FARIAS 2007, p. 76).

De acordo com Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) na resolução 358/2009, dispõe sobre a SAE e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado de Enfermagem, e dá outras providências. Considerada como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro.

A SAE é compreendida como atividade privativa da enfermeira, que através do saber técnico-científico, favorece estratégia de trabalho, auxiliando no cuidado integral e individualizada, por meios de prescrição e implantação das ações de assistência de

enfermagem, de forma organizada, respaldada, sistematizada e orientada.

É relevante ressaltar que a enfermeira é o profissional que está no acompanhamento diário com o trabalhador. Entretanto a SAE além de ser uma ferramenta de trabalho essencial para o rastreamento e fiscalização da evolução do estado de saúde/doença, contribui para uma relação efetiva enfermeiro/paciente, o que permitirá uma avaliação detalhada e minuciosa da saúde do trabalhador.

De acordo com Ribeiro (2012), a saúde do trabalhador é uma área do conhecimento que tem como objetivo o processo saúde-doença em sua relação com o trabalho. Busca compreender o adoecimento do trabalhador na perspectiva da sua inserção no processo de trabalho e as condições de trabalho vivenciado.

No que diz a Lei nº 8.080/90, em seu art.6, a saúde do trabalhador é definida como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

A pertinência deste estudo destina-se ao encaminhamento de discussões acerca da atuação da prática profissional, propondo as enfermeiras uma crítica quanto à construção de concepções e de uma sistematização de enfermagem com maior autonomia no âmbito da saúde do trabalhador. Esta pesquisa justifica-se, também, pela necessidade do aprimoramento do conhecimento sobre as ações assistenciais desenvolvidas pelas enfermeiras nos serviços de saúde ocupacional.

Com base na vivência das autoras em campo de estágio na área de saúde e segurança no trabalho, não foi identificado à prática da SAE pela enfermeira como modelo assistencial na avaliação do trabalhador despertando interesse para o estudo dessa temática. Mediante ao exposto, a problemática dessa revisão é relatar como a SAE contribui na vigilância a saúde do trabalhador afim de possibilitar aos profissionais maior entendimento a respeito do assunto.

Diante da contextualização sobre a atuação e avaliação do trabalho da enfermeira, objetivou-se com esse estudo demonstrar a aplicabilidade da sistematização da assistência de enfermagem como instrumento de melhoria na fiscalização da saúde do trabalhador.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e descritiva, quando foram realizado levantamento de informações com o objetivo de esclarecer, fundamentar todas as informações e argumentos criados acerca das temáticas que abrangem este texto, como a prioridade de identificar ações que é de responsabilidade da enfermeira do trabalho na SAE, modelo fundamental no atendimento ao colaborador.

Para desenvolvimento do presente estudo, realizou-se um rastreamento em livros e literaturas confiáveis, com escritos científicos em artigos publicados em base de dados informatizados, SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), sobre as leis e normas regulamentadoras e no órgão do regimento da lei de enfermagem COFEN (Conselho Federal de Enfermagem).

As palavras chaves utilizadas foram Saúde do Trabalhador; Enfermagem do trabalho, Processos de Enfermagem, definido como critérios de inclusão dos periódicos, os artigos científicos publicados de 2006 a 2015 com idiomas em português.

Inicialmente foram selecionados 22 artigos, dos quais foram excluídos aqueles que apesar de possuir os descritores citados acima não se enquadravam diretamente ao assunto desejáveis, sendo eliminados os que se apresentaram repetidos durante a busca. Após leitura criteriosa e organização por um objetivo semelhante foram selecionados para aprofundamento e estudo de todo trabalho 07 artigos, a fim de expor as ideais e resultados esperado na construção do artigo.

Assegurado pela lei 9.610/98, capítulo I, Art. 22 que garante ao autor os direitos morais e patrimoniais sobre a obra que criou, ficando assim esclarecida que qualquer hipótese de plágio será desconsiderada e de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde a presente pesquisa não precisa ser submetida ao comitê de ética, pois não envolve seres humanos e animais.

RESULTADOS

Para uma melhor compreensão do assunto abordado, buscou-se estudos relativos à sistematização da assistência de enfermagem como uma realidade aplicada à saúde

ocupacional como fator primordial. Assim foi possível identificar as dificuldades encontradas na prática do enfermeiro do trabalho junto a SAE.

O fluxograma está representado pelo núcleo central "o trabalhador" atribuídos às etapas necessárias ao processo de enfermagem conforme na resolução 358/2009 do COFEN, composta por: Histórico de enfermagem, Exame Físico, Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição da Assistência de Enfermagem, Evolução da Assistência de Enfermagem e Relatório de Enfermagem.

Fluxograma 1- Descrição dos estágios da SAE aplicado como modelo assistencial na saúde do trabalhador, Salvador-Ba 2015.

Fonte: baseado na resolução 358/2009 do COFEN.

É notável que a SAE organiza na saúde ocupacional o processo de enfermagem, assegurando e dando-lhe facilidade em aplicar as etapas no modelo assistencial à vigilância de saúde do trabalhador no seu local de trabalho, visto que o trabalhador é colocado como figura central do processo do cuidar, distribuindo as etapas que procede a assistência com foco na identificação e resolução dos problemas encontrados.

Apesar do processo de enfermagem dispor de um modelo sistematizado em sua operacionalização, podendo ser utilizado em qualquer ambiente em que há os cuidados

de enfermagem, os artigos publicados de 2006 até 2015, não mostraram estudos voltados para aplicabilidade da SAE pela enfermeira do trabalho.

No fluxograma acima, verifica-se a função da enfermeira como supervisora da saúde do trabalhador, demonstrando aptidão para entrevistar o trabalhador, podendo relacionar os dados obtidos de saúde as condições laborais a qualquer trabalhador exposto aos riscos, muito além do modelo assistencial em amostra, avaliando estado clinico, diagnóstico e tratamento, higiene e prevenção de acidentes.

Ainda no fluxograma pode-se associar que mesmo com todo o processo organizado e disponível para a utilização nas rotinas de atendimentos ao trabalhador, é preciso de um conhecimento prévio das etapas necessárias ao processo, afim de evitar sua descontinuação visando aderência e resultado esperado à vigilância da saúde do trabalhador.

Para melhor análise, os dados sobre a aplicabilidade da SAE pela enfermeira do trabalho, os artigos pesquisados possibilitaram identificar se o assunto é questionado e desenvolvido na saúde ocupacional ao longo dos anos de 2006 a 2015. Os artigos selecionados foram organizados na tabela a seguir:

Tabela 1 - Fontes dos artigos, números e tema, Salvador, 2015.

Fonte do Artigo	Nº	Tema
BVS	**02**	Análise da produção científica nacional sobre o trabalho de enfermagem.
		Conjunto de Dados Mínimos de enfermagem: construindo um modelo em Saúde Ocupacional.
SciELO	**03**	Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da sócio-dinâmica do trabalho.
		O processo de readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento em enfermagem.
		O ambiente da prática profissional e Burnout em enfermeiros na atenção básica.

CAPES-- TESES E DISSERTAÇÕES	**02**	Estudo sobre a problemática de saúde dos trabalhadores de enfermagem: perspectivas para Vigilância à Saúde.
		A capacidade para o trabalho e a fadiga entre trabalhadores de enfermagem.

Fonte: Elaboradas pelas autoras com base em dados bibliográficos, (2015).

Diante da Tabela 1, pode-se perceber que há uma grande necessidade de se ter mais publicações na área de enfermagem do trabalho e que os resultados encontrados não atenderam o objetivo proposto.

É possível verificar o maior quantitativo de publicações de artigos encontrados na *SciELO*, enquanto nas fontes BVS e CAPES, ambas com os mesmos quantitativos, mostrando a necessidade de mais estudos e divulgações sobre o assunto. É visto também na Tabela I, uma carência dos periódicos com relação às práticas da enfermeira do trabalho no âmbito da saúde do trabalhador, o que pode justificar a inoperância da SAE e estudo da temática no contexto de saúde ocupacional em conformidades as bibliografias descritas durante o período em pesquisa.

Nota-se a necessidade de mais publicações a respeito da saúde do trabalhador junto à enfermagem. Averiguou-se que existem poucos estudos voltados para esta temática com base nos descritores utilizados e que mesmo com um quantitativo pouco, não houve publicações de relevância para o objetivo esperado para este estudo.

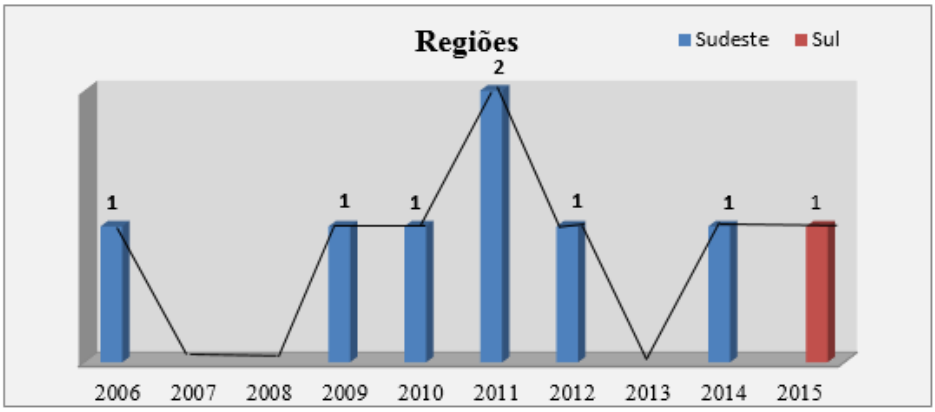
A literatura sinaliza que os estudos mais publicados estão voltados à saúde do trabalhador de enfermagem sem enfoque na assistência da enfermeira do trabalho no campo da medicina e segurança do trabalho. Acredita-se que seja uma consequência da não divulgação do assunto pelos profissionais no meio científico ou pouco interesse pela realização de estudo nessa área.

A partir da investigação das temáticas, denota-se a imprescindibilidade de explorar estudos voltados ao profissional de enfermagem como especialidade, destacando sua importância no setor de saúde ocupacional, beneficiando positivamente os empregados e empregadores.

Com a finalidade de detalhamento da pesquisa, foram discriminadas as regiões e cidades, expostas em gráficos com intuito de proporcionar aos leitores uma análise com

mais clareza a respeito dos resultados obtidos no rastreamento dos artigos.

Gráfico 1 - Frequência de publicações por regiões, Salvador 2015.



Fonte: Elaboradas pelas autoras com base em dados bibliográficos, (2015).

Em relação ao número de trabalho publicados em 2015, deve-se ao fato de que o ano ainda está em andamento, espera-se que até o final do ano os trabalhos publicados aumentem devido à grande necessidade de tomar conhecimento sobre a temática.

Predomina-se um crescimento no ano de 2011, sendo que dobrou o quantitativo de publicações em relação aos demais períodos as quais se mantiveram com iguais níveis de divulgações, com exceção de 2007, 2008 e 2013. Houve uma preocupação dos autores ou necessidade em explorar estudos da saúde do trabalhador.

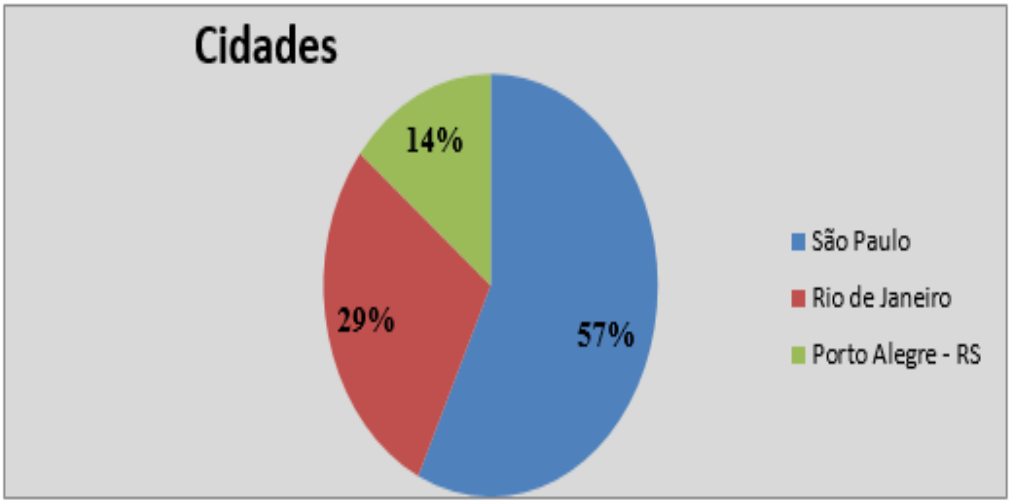
Em contrapartida encontra-se na região Sudeste uma atenção maior aos assuntos em pesquisa correlacionado à região Sul, evidenciando que pode estar associado por ter concentração de grandes capitais, revelando que existe um percentual significativo de força de trabalho, estimulando os profissionais de saúde a abordarem assuntos voltados para esse conhecimento.

Ainda pode-se averiguar que apesar dos números insuficientes de artigos publicados por ano, entre 2006 até 2015, apenas 03 períodos não ocorreram publicações, identificando que de fato há um déficit das demais regiões, pois os artigos selecionados que mais se aproximaram do interesse dessa temática foram às situadas nas regiões Sul e Sudeste.

É possível verificar a deficiência de estudos direcionados para outras regiões

como, por exemplo, a região Nordeste onde predomina um número importante de trabalhadores de indústria, podendo perceber uma grande deficiência nas divulgações de novos trabalhos nessa região.

Gráfico 2 - Resultados de acordo as cidades de publicações, Salvador, 2015.



Fonte: Elaboradas pelas autoras com base em dados bibliográficos, (2015).

Para melhor compreensão pode-se perceber no gráfico 2, que o estado de São Paulo é onde indica a maior concentração das publicações, faz pensar que é um grande campo científico, pois é onde se realizam importantes escolas acadêmicas formadoras de grandes profissionais. O que justifica pelo quantitativo que é identificado por apresentarem mais divulgações dos estudos com relação às demais cidades.

Considera-se em se tratar da saúde do trabalhador a relevância para mais estudos na área, pois o trabalho é destacado para sociedade como subsistência. E como o trabalhador está inserido nesse contexto é de total importância publicações que possibilitem à propagação do conhecimento aos profissionais de saúde.

Em relação ao quantitativo de cidades que aparecem no gráfico, à pesquisa mostra-se inferior ao esperado, pois, foram constatadas divulgações somente em 03 cidades ao longo dos anos de 2006 a 2015, demonstrando dificuldades de estudos com maior abrangência de cidades.

Diante dos resultados nas quais foram identificados uma escassez dos periódicos que abordassem a utilização dos processos de enfermagem na prática da enfermeira do trabalho, busca-se evidenciar com esse estudo se a SAE é uma realidade executada na

avaliação de saúde do trabalhador.

Tal questionamento surge com a necessidade de esclarecimento a cerca dessa temática, permitindo um entendimento embasado em estudos científicos, que serão retratados no desdobramento da discussão.

DISCUSSÃO

Desde a criação da Constituição Federal lei 8.080/90, que relata que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, a enfermagem do trabalho busca aplicar os princípios e procedimentos direcionados para promoção, conservação e restabelecimento da saúde dos trabalhadores de modo a contribuir para qualidade de vida no trabalho.

Os princípios das práticas da enfermeira em saúde ocupacional visa atender juntamente com o médico a Norma Regulamentadora 7 (NR7) que diz respeito ao Programa de Controle Médico de Saude Ocupacional (PCMSO), otimizando na gestão da saúde dos trabalhadores pela realizações de exames médicos, sistematização das ações de identificação, análise, avaliação e controle de agravos à saúde, relacionados com a exposição ocupacional e outros também decorrentes do estilo de vida.

Entende-se que a ação da enfermeira para com a saúde do trabalhador, é fundamental nesse estudo, visando o bem-estar físico e mental do trabalhador, gerenciando a assistência, sendo responsável por programar e executar as atividades de saúde e equipe de enfermagem.

FATORES QUE CONTRIBUEM PARA PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NO TRABALHO

O estudo do processo saúde-doença subordinado ao trabalho implica investigar a forma particular como essa força de trabalho é consumida em diferentes relações de produção. Este processo na sociedade capitalista passa, necessariamente, pela inserção do trabalhador de produção, enquanto um processo social. Nesse modelo de produção capitalista, o trabalho é conduzido pela valorização do capital e esse modo de produzir é estressante para os trabalhadores, sendo gerador dos processos saúde-doença (ROCHA et

al, 2012).

Diante disso é importante se ter conhecimento do perfil de saúde dos trabalhadores, assim como as atividades desenvolvidas na empresa e as condições de trabalho em que estes estão inseridos. Essas informações nortearão para identificação dos fatores desencadeantes do processo saúde-doença.

No planejamento e na organização de um serviço de saúde do trabalhador é indispensável conhecer a empresa quanto aos objetivos, sua realidade, a definição de sua área física e equipamentos, seu produto final, o processo de trabalho, qual o perfil dos trabalhadores quanto ao gênero e idade além das normas referentes á organização interna que orientam os procedimentos dos serviços (SCHURK, 2012).

A melhor avaliação de saúde representa melhores trabalhadores, maior produção, menor absenteísmo, prevenção de doenças ocupacionais ou doenças clínicas que podem surgir ou agravar se não avaliadas, e o reconhecimento por parte do empregador do real papel dos profissionais de saúde ocupacional nos ambulatórios das empresas (MORAES, 2012).

A enfermeira como integrante da equipe de saúde e segurança no trabalho participa de forma ativa nas tomadas de decisões. Direcionando seu saber técnico e científico acerca das ferramentas necessárias ao processo do cuidar em saúde do trabalhador. Assegurando uma assistência com total autonomia, detectando precocemente as doenças ocupacionais e não ocupacionais.

A enfermagem, sendo área do conhecimento que atua na assistência do indivíduo, pensa as causas dos problemas de saúde na perspectiva da vulnerabilidade, promove avaliação considerando os fatores de risco e da diagnóstico, baseando-se nas respostas humanas e suas intervenções aos cuidados de enfermagem prestados às pessoas em situações de saúde e doença (RIBEIRO, 2012).

Para a enfermagem do trabalho, o planejamento deve ser elaborado juntamente com cada trabalhador ou grupo de trabalhadores, com a finalidade de tornar possível a adequação das necessidades, a ciência quanto às prioridades e escolha de alternativas, direcionando a assistência da equipe sobre o que fazer, como e quando realizar. Então para a prescrição e intervenção de enfermagem também é necessário estabelecer resultados (FARIAS 2007).

Acredita-se que a partir da identificação dos problemas ou das condições desencadeantes de desequilíbrios de saúde, relacionados ao trabalho, a enfermeira e o trabalhador percebem e encontram juntas a solução de evitamento ou diminuição daqueles apresentados. Esta ação conjunta enfermeiro-trabalhador, possibilitada pela situação de consulta, é um espaço educativo e transformador de comportamento (SILVEIRA, 2012).

Portanto, a partir deste entendimento, ressalta-se a importância de um modelo de assistência que possibilite a enfermeira conhecer o perfil de saúde dos trabalhadores, focalizado no reconhecimento das alterações de saúde que podem desenvolver associados ou não ao trabalho. Avaliando o trabalhador como um todo e assim adotar medidas necessárias à proteção da saúde visando à conscientização sobre comportamento sadio e suas responsabilidades pelo desenvolvimento contínuo da sua saúde.

A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE OCUPACIONAL

A aplicação da SAE contribui na busca da melhoria assistencial pela enfermeira no seu ambiente de atuação, esse gerenciamento do cuidado faz com que a assistência seja incorporada de forma precisa, autônoma, segura e produtiva, características que no decorrer do estudo identificamos a necessidade da sua implementação no planejamento assistencial.

Na área da saúde ocupacional uma das barreiras na coleta dos dados é a ausência de padrões pelos quais esses dados coletados são registrados e classificados para realizar um efetivo gerenciamento e compartilhamento das informações de enfermagem. Outra dificuldade encontrada é a participação do enfermeiro de saúde ocupacional, dentro de uma seleção que possibilite que os registros sejam sistematizados, afim de permitir ao profissional desta área, organizar e melhorar os cuidados prestados (MARIN, SILVEIRA, 2006).

A diferença da SAE na saúde ocupacional tem como foco na promoção e preservação da saúde do trabalhador, seu ambiente laboral em uma abordagem sob a consulta de enfermagem. Os cuidados são prestados a um grupo de pessoas teoricamente sadias, no qual as medidas de intervenções à saúde serão desenvolvidas visando à identificação precoce de qualquer agravo á saúde do trabalhador.

Os artigos selecionados promoveram o direcionamento que a SAE está em falta no papel da enfermeira na saúde ocupacional, além de demonstrar um enfraquecimento entre a teoria e prática, evidenciando as causas das suas limitações na área estudada.

> Uma mudança de comportamento se faz necessária, na formação profissional, com enfoque na saúde do trabalhador e no processo de organização do trabalho, para que haja valorização e respeito ao mesmo, em suas potencialidades e limitações (BATISTA, JULIANI, AYRES, 2010, p. 5).

Assim a enfermeira obtém informações importantes para identificação dos problemas, sendo essencial para o planejamento das ações de saúde, contudo faz-se necessário analisar que os fatores organizacionais, estruturais e a grande demanda de trabalho pode justificar o distanciamento entre a prática e a realidade.

> A enfermagem, enquanto força de trabalho, também reflete as transformações ocorridas na gestão do trabalho. Porém os estudos desenvolvidos sobre a saúde dos trabalhadores de enfermagem, em sua maioria, limitam-se aos riscos ocupacionais aos quais estão expostos esses trabalhadores, não contemplando, portanto, determinantes de morbidade relacionados ao processo de trabalho e as transformações impostas pelos novos paradigmas na área do trabalho (DAVID, CAMPOS,2011, p. 364).

A enfermeira do trabalho tem em sua área uma atuação bastante ampla relacionada ao processo de enfermagem, além de planejar, organizar, supervisionar, coordenar e registrar toda a assistência na saúde ocupacional à consulta de enfermagem deve ser o elemento chave de todo atendimento, tendo o trabalhador como indivíduo único considerando suas necessidades básicas, além dos aspectos biopsicossociais e espirituais.

O profissional de enfermagem necessita de dados para a tomada de decisão clínica, para o gerenciamento da qualidade e para determinar o cuidado adequado. Assim, informações específicas que compõem os sistemas de enfermagem podem auxiliar na elaboração do diagnóstico de enfermagem, na construção e implementação dos planos de cuidados, na avaliação do cuidado prestado, em pesquisas de comparação de efetividade dos cuidados prestados, na administração e gerenciamento das unidades com relação a recursos humanos e materiais, realização de auditorias e outros (MARIN, SILVEIRA, 2006).

O conjunto de dados de enfermagem na saúde do trabalhador pode possibilitar ao profissional desta área identificar e melhorar o cuidado prestado, uma vez que tem o potencial de proporcionar a comparação de dados específicos dos clientes, das

intervenções e dos resultados entre os diferentes contextos dos serviços de cuidado em saúde. Ainda, a aplicação deste conjunto de dados tem a possibilidade de assegurar que os serviços de saúde ocupacional tenham seus dados efetivamente registrados para validar a prática profissional e para avançar o conhecimento através da pesquisa nesta área (MARIN, SILVEIRA, 2006).

Nota-se que a prática da SAE pela enfermeira na saúde ocupacional carece ser destacado como modelo a ser seguido, estabelecendo como prioritário no processo de atendimento. A literatura sinaliza que os estudos publicados não retratam os processos de enfermagem nesse meio. Acredita-se que seja uma consequência da falta de estratégia, dificuldade em abordar e refletir a SAE no contexto da saúde do trabalhador pelos profissionais que pode está relacionado, à sobrecarga de trabalho, impedindo desenvolver atividades simultâneas do mundo do trabalho e pesquisa.

CONCLUSÃO

A revisão relacionada sobre a temática desse estudo demonstrou que ao longo dos anos de 2006 a 2015, houve a necessidade dos assuntos que explorasse a SAE e sua inserção na prática da enfermeira do trabalho. Para tanto, objetivou apresentar conceitos para uma nova sistemática do cuidar, utilizando as etapas envolvidas no processo de enfermagem, como instrumento fortalecedor do aspecto profissional no campo de atuação.

Diante dessa problemática, o presente estudo tem como propósito despertar nos profissionais para uma abordagem acerca do cuidar desenvolvidas nas etapas do processo de enfermagem e o reconhecimento de sua contribuição para com a evolução das práticas do cuidado com a saúde do trabalhador.

Verificou-se por meio dos resultados obtidos no período utilizado para pesquisa, dificuldades de artigos com relatos da atuação da enfermeira do trabalho diretamente no contexto saúde e segurança no trabalho bem como a aplicabilidade da SAE. Contudo, os periódicos selecionados que tiveram aproximação com interesse dessa temática, destacaram-se nas regiões Sul e Sudeste, representados por diversos temas em sua maioria com enfoque na saúde do trabalhador de enfermagem.

Dessa maneira, são necessários estudos futuros que promova fontes seguras para as pesquisas cientificas com respaldo legal e o aprimoramento da enfermeira do trabalho sobre as atividades que lhe competem. Assim será possível investigar novas intervenções que facilite a disseminação do conhecimento em saúde do trabalhador com intuito de tomar maior relevância entre os profissionais de enfermagem.

O artigo tem por finalidade mostrar que mesmo com as dificuldades vistas, a enfermeira do trabalho é capaz de aplicar a SAE na avaliação de saúde dos trabalhadores, de forma a intensificar na identificação dos fatores intrínsecos e extrínsecos para o desenvolvimento dos agravos de saúde, corroborando para melhoria da assistência e de programas na saúde. E assim, demonstrar sua importância dentro da instituição, nas políticas de saúde e seus reais valores como profissional na área de higiene e saúde ocupacional.

REFERÊNCIAS

ANENT (Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho) ; **Perfil e atribuições:** Publicado em 05/06/2015. Disponível em: <http://www.anent.org.br/index.php/atribuicoes/perfil-e-atribuicoes> Acesso em: 2015-10-06.

BRASIL. COFEN. **Resolução nº 358/2009**; Dispõe sobre a Sistematização de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html > . Acesso em: 2015 -17 - 05.

BATISTA, Joseli Maria; JULIANI, Carmen Maria Casquel Monti and AYRES, Jairo Aparecido. O processo de readaptação funcional e suas implicações no gerenciamento em enfermagem. ***Rev. Latino-Am. Enfermagem*** [online]. 2010, vol.18, n.1, pp. 87-93. ISSN 0104-1169..

CAMPOS, Juliana Faria and DAVID, Helena Scherlowski Leal. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho**. *Rev. esc. enferm. USP*** [online]. 2011, vol.45, n.2, pp. 363-368. ISSN 0080-6234.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, Disponível em:** http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm Acesso em: 2015-10-06.

CRUZ, Eliane Bezerra da Silva. Estudo sobre a problemática de saúde dos trabalhadores de enfermagem: perspectivas para Vigilância à Saúde. 2006. **Dissertação** (Mestrado em Administração em Serviços de Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em:

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-18102006-085040/>. Acesso em: 2015-10-02.

HAAG, Guadalupe Scarparo, LOPES, Marta Julia, SHUCK, Janete da Silva, SILVEIRA, Denise Tolfo; **A enfermagem e a Saúde dos Trabalhadores;** 2. Ed. - Goiania: AB, 2001; Nova Tiragem; Julho – 2012.

LORENZ, Vera Regina and GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. O ambiente da prática profissional e Burnout em enfermeiros na atenção básica**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*** [online]. 2014, vol.22, n.6, pp. 926-933. Epub Dec 16, 2014. ISSN 0104-1169.

MANDú, E., PEDUZZI, M., SILVA, A.. Análise da produção científica nacional sobre o trabalho de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, 20, out. 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4005/2774>. Acesso em: 07 Out. 2015.

Norma Regulamentadora Nº 07 - **Despacho SSST (Nota Técnica)** – Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/legislacao/normas-regulamentadoras-1.htm>. Acesso em: 2015-11-04.

RIBEIRO. Maria Celeste. **Enfermagem e Trabalho: Fundamentos para atenção à saúde dos trabalhadores.** Ed Martinari – 2 edição. São Paulo, 2012.

SILVA, Fabio José da. A capacidade para o trabalho e a fadiga entre trabalhadores de enfermagem. 2011. **Dissertação** (Mestrado em Fundamentos e Administração de Práticas do Gerenciamento em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-05072011-074244/>. Acesso em: 2015-10-02.

CAPÍTULO XVI

AVALIAÇÃO DO MÉTODO DE PONSETI EM RELAÇÃO AO PÉ TORTO CONGÊNITO

Vinícius Lopes Imamura[64]; Matheus Scabini Fernandez[65]; Miguel Pereira Goulart Neto[66]; Isadora Medrado Goulart[67]; Matheus Alves de Souza[68]; Natália Inácio Beltramini[69]; Mariane Zevoli Stabile[70]; Ana Júlia Ferreira da Silva[71].

DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-16

RESUMO:
Pé torto congênito (PTC) é uma alteração ortopédica que ocorre na fase embrionária. Essa patologia pode ocorrer de forma unilateral ou bilateral e caracteriza-se por apresentar uma alteração no tálus, com inversão e flexão plantar do retropé associados à inversão e adução do mediopé e antepé. O objetivo deste trabalho é discutir por meio de uma revisão literária o Método Ponseti para o tratamento do pé torto congênito. A revisão bibliográfica foi realizada por meio de artigos e periódicos disponibilizados na íntegra, encontrados de forma completa em plataformas de pesquisas como: Google Acadêmico, BVS, SCIELO, LILACS e PUBMED. A inserção do tratamento baseia-se em princípios biomecânicos e biológicos que visam à correção do pé a partir da manipulação posicionamento do mesmo a cada semana em uma posição distinta, em maior abdução, de acordo com a proposta terapêutica. Os gessos são aplicados primeiro no pé e na perna, buscando de forma com exatidão a máxima correção, e em seguida na coxa, com o joelho fletido a 90 graus. Posterior à abertura do pé em 70 graus, na grande maioria dos casos torna-se ideal a realização da secção completa do tendão do calcâneo. Por fim, o último gesso mantém o pé em abdução de 70 graus e em dorsiflexão, fato que possui como finalidade o alongamento máximo do tendão seccionado, até a cicatrização do mesmo em período de três semanas. Após a retirada desse último gesso, o pé já está corrigido, antes dos três meses de vida, se a criança iniciar o tratamento nas duas primeiras semanas de vida. Assim, essa proposta terapêutica, atualmente, é a que traz melhores resultados, associados a menor lesão de partes moles. Entretanto, é um tipo de tratamento que necessita de acompanhamento médico longitudinal e humanizado, além de comprometimento familiar, do início ao fim.

PALAVRAS-CHAVE: Pé torto congênito. Método de Ponseti. Fenômenos

64 Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7798503442215935. E-mail: viniciusimamura1@gmail.com
65 Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. E-mail: matheuscanarinho@hotmail.com
66 Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. Lattes: http://lattes.cnpq.br/2601681751846603. E-mail: netogoulart.estudos@gmail.com
67 Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. E-mail: isadoragoulart.est@gmail.com
68 Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. E-mail: alves.math@outlook.com.br
69 Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. E-mail: natbeltramini@gmail.com
70 Discente do curso de medicina da Universidade de Marília. E-mail: marianestabile@icloud.com
71 Discente do curso de medicina da universidade Nove de Julho campus Vergueiro. E-mail: anaperescarvalho@gmail.com

Biomecânicos. Cirurgia. Saúde da Criança.

INTRODUÇÃO

Pé torto congênito (PTC) é uma alteração ortopédica que ocorre na fase embrionária. Essa moléstia pode ocorrer de forma unilateral ou bilateral e caracteriza-se por apresentar uma alteração no tálus, com inversão e flexão plantar do retropé associados à inversão e adução do mediopé e antepé. Um pé com desenvolvimento normal se torna um pé torto durante o segundo trimestre de gestação; por isso, é raramente detectado com ultrassonografia antes da 16ª semana de gestação. Dessa forma, o PTC deve ser tratado precocemente, pois a intervenção tardia pode acarretar dificuldades na marcha e em outras atividades funcionais (FERREIRA, 2018).

No Brasil, a incidência dessa deformidade é de duas a cada mil nascidos vivos em um período de um ano. O acometimento bilateral ocorre com maior frequência, correspondendo a 50% dos casos. Em relação à deformidade unilateral sabe-se que sua ocorrência se expressa, na maioria dos casos, no membro inferior direito (FORLIM, 2004).

A etiologia do PTC não é totalmente esclarecida. Uma das hipóteses que explica essa deformidade está relacionada com a parada do desenvolvimento fetal em torno da 8° e 10° semana de vida intrauterina, já que neste período os pés apresentam aspecto anatômico bem parecido com a alteração (HERRING, 2001).

As várias teorias propostas para explicar a origem do PTC têm como base causas intrínsecas ou extrínsecas, entre as quais: posição intrauterina do feto, compressão mecânica ou aumento da pressão hidráulica intrauterinas; parada no desenvolvimento fetal; infecções virais; deficiências vasculares; alterações musculares; alterações neurológicas; defeito no desenvolvimento das estruturas ósseas e defeitos genéticos (CHANG, 2008) (EVANS, 2009).

De acordo com a clínica médica, pequena porcentagem dos casos apresenta a etiologia bem definida. Esta se associa as seguintes morbidades: artrogripose e mielodisplasia. Além disso, existem possibilidades de ocorrências mutuas perante as outras malformações: displasia congênita de quadril, deformidades dos membros, alterações do tecido conjuntivo, como no caso de hérnias e frouxidão ligamentar

generalizada (SOARES, 2007).

A deformidade consiste na posição do pé para dentro (aduto), para baixo (eqüino), com uma curva grande na parte anterior do pé (cavo) e com a parte posterior do pé, constituída pelo calcâneo, voltada para dentro (varo). De acordo com Ponseti, as deformidades mais graves encontram-se no retropé, onde o tálus e o calcâneo estão em equino acentuado, o calcâneo está posicionado medialmente e angulado em varo e o navicular está com acentuado desvio medial. Além disso, os ligamentos posteriores do tornozelo, como os da região medial e plantar, estão encurtados e espessados. Os músculos tríceps sural, tibial posterior e flexores dos dedos estão encurtados (PONSETI, 2000) (SAETERSDAL, 2016).

O diagnóstico é muitas vezes pré-natal a partir do terceiro mês de vida, sendo essencialmente clínico. O recém-nascido apresenta a deformidade ao nascer, e se não tratada, resulta esta em deformidade estigmatizante e altamente limitante das funções do pé, principalmente a partir da terceira década de vida. Fato que torna enssencial o tratamento precoce, pois garante a correção da deformidade e retomda das atividades funcionais dentro do padrão fisiológico (LARA, 2013) (OETGEN, 2015).

A análise radiográfica enfrenta grande dificuldade em realizar o diagnóstico desta deformidade. A ocorrência deste fato é decorrente do formato arredondado e excêntrico em seus moldes cartilaginosos dos núcleos de ossificação, impossibilitando, por vezes, o correto traçado de seus eixos. Além disso, raramente conseguem-se radiografias com adequado posicionamento dos pés (NAVARRO, 2010).

O pé deve ser segurado na posição de melhor correção e, preferencialmente, com carga ou, ao menos, apoio. A incidência em ântero-posterior (AP) é feita com dorsiflexão e rotação externa; o perfil (P), com dorsiflexão e eversão máximas. A ampola é direcionada para o retropé na incidência de frente e transmaleolar no perfil (MORCUENDE, 2009) (HEOLOGIS, 2003).

O tratamento para esta deformidade foi desenvolvido por Ignácio Ponseti. Esse mecanismo baseia-se no funcionamento das articulações do pé e seus movimentos, e no entendimento das propriedades elásticas dos tecidos. Seu Método consiste na manipulação específica do pé, com colocação de gessos seriados semanais, de cinco a sete, seguidos de tenotomia (secção completa) do tendão de Achillis, que pode ser feita

sob anestesia local. Dessa forma, com a finalidade de evitar as recidivas inerentes a essa condição ortopédica, utiliza-se uma órtese de abdução, inicialmente por três meses de forma contínua, e depois apenas durante a noite até os quatro anos de idade (CURDIS, 2003).

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é discutir por meio de uma revisão literária o Método Ponseti para o tratamento do pé torto congênito.

METODOLOGIA

A revisão bibliográfica foi realizada por meio de artigos e periódicos disponibilizados na íntegra, encontrados de forma completa em plataformas de pesquisas como: Google Acadêmico, BVS, SCIELO, LILACS e PUBMED. Para efetuar o estudo foram selecionados os seguintes descritores: Pé Torto Congênito, Método de Ponseti, Fenômenos Biomecânicos, Cirurgia e Saúde da Criança.

DESENVOLVIMENTO

O Método Ponseti consiste em uma terapêutica conservadora, por meio da realização de gessos seriados, com a finalidade de fazer que a parte anterior do osso calcâneo descreva um trajeto de medial para lateral, junto com todo o mediopé, a partir da fixação do tálus por um contra-apoio digital em sua face lateral. Esta proposta de correção do pé foi realizada de acordo com o conceito da mobilidade da articulação subtalar (entre o tálus e o calcâneo) normal. Para a ocorrência deste feito, Ponseti, descreveu a biomecânica normal da articulação associada à propriedade das partes moles de produzir mais tecido quando imobilizada em tensão a fim de constatar à manobra exata para a correção da deformidade (NOGUEIRA, 2011).

A inserção do tratamento baseia-se em princípios biomecânicos e biológicos que visam à correção do pé a partir da manipulação posicionamento do mesmo a cada semana em uma posição distinta, em maior abdução, de acordo com a proposta terapêutica. Os

gessos são aplicados primeiro no pé e na perna, buscando de forma com exatidão a máxima correção, e em seguida na coxa, com o joelho fletido a 90 graus. Posterior à abertura do pé em 70 graus, na grande maioria dos casos torna-se ideal a realização da secção completa do tendão do calcâneo. Este procedimento pode ser realizado em regime ambulatorial, com anestesia local. Por fim, o último gesso mantém o pé em abdução de 70 graus e em dorsiflexão, fato que possui como finalidade o alongamento máximo do tendão seccionado, até a cicatrização do mesmo em período de três semanas. Após a retirada desse último gesso, o pé já está corrigido, antes dos três meses de vida, se a criança iniciar o tratamento nas duas primeiras semanas de vida (PONSETI, 2000).

A utilização da órtese de abdução é essencial para a manutenção da correção dos pés. O período de ocorrência deve ser de forma contínua, por um tempo estabelecido em 23 horas ao decorrer de 3 meses. Após esta etapa, o indivíduo deve continuar o tratamento, usando a órtese por 14 horas, até os quatro anos de idade. É importante ressaltar que a correção dos pés tortos com as manipulações e gessos seriados não se torna um tratamento conservador eficaz caso não haja a realização da órtese de modo efetivo. Dessa forma, em casos em que o médico não exerce a órtese, o tratamento conservador torna-se insuficiente, fazendo com que os pés recidivam, retornando, assim, a deformidade inicial (LOURENÇO, 2007) (RENATO JOSE, 2016).

A proposta terapêutica conservadora, intitulada por Método Ponseti sugere pré-requisitos para determinar que o procedimento ocorra de modo adequado e seguro. Esses itens são: identificação da deformidade ao nascimento, encaminhamento para centro adequado de tratamento, com profissional treinado para tal, material e local adequados, orientação das famílias, consultas frequentes nos primeiros meses de vida, e depois mais espaçadas na fase de manutenção da correção (DIETZ, 2002).

Ao decorrer do tratamento podem-se encontrar alguns problemas referentes a dois fatores principais: o treinamento inadequado do profissional médico, e o não envolvimento da família na conscientização da importância da utilização da órtese de abdução, o que proporciona a maior incidência de recorrência da deformidade. Assim, é de extrema importância um acompanhamento médico longitudinal e humanizado, mostrando os pontos positivos e possíveis complicações do tratamento com a finalidade de conquistar a confiança da família e gerar bem estar ao indivíduo que apresenta tal

deformidade (MARANHO, 2011).

O exame clínico deve ser feito a parte da história clínica, avaliação cautelosa no exame físico e para a comprovação da patologia é necessário o exame radiográfico. As deformidades são variáveis, depende de portador para portador, ou seja, cada pé tem que ser cuidadosamente avaliado. O diagnóstico correto permite a realização de cirurgias seguras, as quais realizam apenas as alterações necessárias, evitando-se as liberações excessivas (MACNICOL, 2000) (DIMEGLIO, 2000).

As complicações do tratamento conservador são decorrentes do excesso de força (hiperpressão) e de técnica inadequada durante a manipulação. Quando a correção do equino é tentada antes da correção da adução e do varo, pode instalarse a deformidade em "mata-borrão". O excesso de pressão na superfície articular pode ocasionar rigidez e deformidade (RICHARDS, 2008).

As complicações inerentes ao tratamento cirúrgico são a lesão do feixe vasculonervoso, a necrose de pele e a infecção no trajeto dos pinos. Além dessas, podemos encontrar deformidades residuais, recidivas em até 25% dos casos, fraqueza muscular, hipercorreção e joanete dorsal (MERLLOTTI, 2006).

Somente quando não se obtém a correção satisfatória mediante o tratamento com os métodos conservadores, indica-se o tratamento cirúrgico, que visa à completa e imediata resolução do quadro em um único procedimento (FONSECA FILHO, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento é baseado no entendimento correto da anatomia funcional do pé e da resposta biológica dos músculos, ligamentos, tendões e cartilagens às alterações de posicionamento obtidas pela manipulação e confecção de gessos e uso de órtese de abdução. Essa proposta terapêutica, atualmente, é a que traz melhores resultados, associados a menor lesão de partes moles. Entretanto, é um tipo de tratamento que necessita de acompanhamento médico longitudinal e humanizado, além de comprometimento familiar, do início ao fim. O tratamento cirúrgico somente deve ser estabelecido quando ocorrer à falha ou complicações da técnica conservadora.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, Daniel Rogério de Matos Jorge. Análise cinemática do andar de crianças com pé torto congênito tratadas pelo método funcional francês adaptado. 2018. Dissertação (Mestrado em Atividade Física, Saúde e Lazer) - Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. doi:10.11606/D.100.2018.tde-06092018-234753.

NOGUEIRA, Monica Paschoal. Difusão do Método Ponseti para tratamento do pé torto no Brasil: o caminho para a adoção de uma tecnologia. 2011. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. doi:10.11606/T.6.2011.tde-05042011-142326.

SOARES, Renato José. Análise de parâmetros biomecânicos na locomoção de crianças portadoras de pé torto congênito. 2007. Tese (Doutorado em Biodinâmica do Movimento Humano) - Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. doi:10.11606/T.39.2007.tde-22042008-153406.

LOURENÇO AF, MORCUENDE JA. Correction of neglected idiopathic club foot by the Ponseti method. J Bone Joint Surg Br. 2007;89(3):378-81.

PONSETI IV – Clubfoot management. J Pediatr Orthop 20 (6): 699-700, 2000.

Herring JB. Congenital Talipes Equinovarus. In: Tachdjian MO. Tachdjian: Pediatric orthopaedics. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2001. p. 922-59.

Forlim E, Grimm DH. Pé Torto Congênito. In: SBOT. Ortopedia pediátrica. Rio de Janeiro: Revinter; 2004. p. 213-22.

Dietz F. The genetics of idiopathic clubfoot. Clin Orthop Relat Res. 2002; (401):39-48. Review.

MARANHO, Daniel Augusto Carvalho; VOLPON, José Batista. Pé torto congênito. Acta ortop. sutiãs , São Paulo, v. 19, n. 3, pág. 163-169, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-78522011000300010&lng=en&nrm=iso>. https://doi.org/10.1590/S1413-78522011000300010.

Macnicol MF, Nadeem RD. Evaluation of the deformity in club foot by somatosensory evoked potentials. J Bone Joint Surg Br. 2000;82(5):731-5.

Wang LL, Fu WN, Li-Ling J, Li ZG, Li LY, Sun KL. HOXD13 may play a role in idiopathic congenital clubfoot by regulating the expression of FHL1. Cytogenet Genome Res. 2008;121(3-4):189-95.

RICHARDS, B. S. et al. A Comparison of Two Nonoperative Methods of Idiopathic Clubfoot Correction: The Ponseti Method and the French Functional (Physiotherapy) Method. The Journal Bone & Joint Surgery, v. 90, n. 11, p. 2313-2321, 2008.

MERLLOTTI, M. H. R.; BRAGA, S. R.; SANTILI, C. Pé torto congênito. Revista Brasileira de Ortopedia, v. 41, n. 5, p. 137-144, 2006.

FONSECA FILHO, F. F.; FERREIRA, R. C.; MARTINS, G. M. Estado atual do tratamento do pé torto congênito. In: PARDINI JUNIOR, A. G.; SOUZA, J. M. G.

(Ed.). Clínica ortopédica. Rio de Janeiro: Medsi; 2001. p. 283-307.

CHANG, R.; EMMERIK, R. V.; HAMILL, J. Quantifying rearfoot–forefoot coordination in human walking. Journal of Biomechanics, v. 41, n. 14, p. 3101-3105, 2008.

LARA, L. C. R. et al. Tratamento do pé torto congenito idiopático pelo metodo de Ponsetti: 10 anos de experiência. Revista Brasileira de Ortopedia, v.48, p.362-367, 2013.

Navarro N, Liza V. El Método de Ponseti en Niños mayores con pie bot idiomático no corregido. In: Anais do IX Congresso Brasileiro de Ortopedia Pediátrica; 2010; Campos do Jordão, Pallotti, Santa Maria; 2010. p. 69.

Morcuende JA. Patient Advocacy Success Story: Treatment of Clubfoot and the Ponseti International Association. Bone and Joint Decade Global Network Conference; 2009 Oct 22-24, Washington, USA: 5.

Curdis Jr JL, Zuccon A, Volpi RS. Tratamento de Pé Torto pelo Método Ponseti. In: Anais do XXXV Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia; 2003; Recife; 2003.

Dimeglio, A. Clubfoot: nonoperative treatment. Passive Motion Machine and Physiotherapy of Clubfoot. In: Proceedings of Third International Pediatric Symposium; 2000 May 24-28; San Francisco, EUA: Nemours Foundation; 2000. p. 21-2.

Evans AM, Van Thanh D. A review of the Ponseti method and development of an infant clubfoot program in Vietnam. J Am Podiatr Med Assoc. 2009 99(4):306-16.

Oetgen ME, Kelly SM, Sellier LS, Du Plessis A. Prenatal diagnosis of musculoskeletal conditions.J Am Acad Orthop Surg. 2015 Apr;23(4):213-21.

Saetersdal C, Fevang JM, Bjorlykke JA, EngesæterLB. Ponseti method compared to previous treatment of clubfoot in Norway. A multicenter study of 205 children followed for 8-11 years. J Child Orthop. 2016 Oct;10(5):445-5

RENATO JOSE, SOARES et al . Parâmetros biomecânicos da marcha em crianças com pé torto congênito unilateral e bilateral. Rev. bras. educ. fís. esporte, São Paulo , v. 30, n. 2, p. 271-277, June 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092016000200271&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Oct. 2020. http://dx.doi.org/10.1590/1807-55092016000200271

Heologis TN, Harrington ME, Thonmpsom N, et al. Dynamic foot movement in children treated for congenital talipes equinovarus. J Bone Joint Surg. 2003; 85:572-7.

CAPÍTULO XVII

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE GESTANTES E PUÉRPERAS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

Jozicleide Barbosa dos Santos[72]; Viviane Cordeiro de Queiroz[73];
Edna Samara Ribeiro César[74]; Eliane Cristina da Silva Buck[75];
Smalyanna Sgren da Costa Andrade[76].
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-17

RESUMO:
A prática do aleitamento materno é importante e se constitui no melhor alimento para ser oferecido à criança. E seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), durante os primeiros seis meses, deve ser realizado aleitamento materno exclusivo (AME). Objetivou-se avaliar o conhecimento, a atitude e a prática sobre aleitamento materno entre gestantes e puérperas. Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal e avaliativa do tipo conhecimento atitude e prática com abordagem quantitativa, realizada com 69 gestantes e puérperas, através de um questionário *online*, por meio da técnica de *Respondent Driven Sampling*. Em relação ao benefício da amamentação para a mãe, 63 (95%) eliciou redução do câncer de mama e ovário, e os benefícios para o bebê, 69 (100%) relataram hidratação da criança. Já o queixo tocando a mama da mãe foi apontado por 60 (42,6%) como os cuidados principais da pega e o apoio corporal adequado 51 (18,8%) citou como os principais cuidados com o posicionamento. Para o aumento da produção láctea, as estratégias mais citadas para 68 (26,5%) foi o equilíbrio emocional e para 62 (24,1%) a ingestão de água, sucos e chás. Das participantes 67 (97,1%) indicou o aleitamento materno exclusivo por um período mínimo de seis meses. Sobre o desejo de amamentar 53 (76,8%) expressaram amamentar exclusivamente por mais de seis meses, e 66 (95,7%) afirmaram que a amamentação exclusiva é necessária. Sobre a prática das multíparas, 55 (80%) afirmaram que amamentaram todos os seus filhos anteriormente e 39 (71%) destas, amamentaram seis meses ou mais. Os motivos de desmame mais citados foram: 14 (20,3%) não terem leite suficiente e 13 (18,8%) retorno ao trabalho. Houve maior prevalência para respostas positivas em relação ao conhecimento, atitude e prática.
PALAVRAS-CHAVE: Conhecimentos. Atitudes e Prática em Saúde. Gestantes. Período

72Enfermeira. Graduada pela Faculdade Nova Esperança – João Pessoa – PB – Brasil. E-mail: jozicleidebsantos@gmail.com
73Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFPB. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade IBRA/MG. João Pessoa – PB – Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7705025336495099. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2037-921X. E-mail: vivicordeiroqueiroz35@gmail.com
74 Enfermeira. Mestre em Ciências da Nutrição pela UFPB e Mestre em Terapia Intensiva pelo IBTI. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança e Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula. Enfermeira do Ambulatório de HIV/AIDS do Complexo Hospitalar Clementino Fraga. E-mail: samaraenfermagem@outlook.com
75 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Docente do Curso de Enfermagem e Medicina da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. E-mail: cristhina_07@hotmail.com.
76 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da FACENE/FAMENE. Docente do Curso de Graduação de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa - PB - Brasil. E-mail: smalyanna@hotmail.com

Pós-Parto. Aleitamento Materno.

INTRODUÇÃO

A prática do aleitamento materno é importante para o lactente por se constituir o melhor alimento à criança[1]. Deste modo seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), durante os primeiros seis meses, deve ser realizado o aleitamento materno exclusivo (AME). A ingestão de outros alimentos complementares, juntamente com o leite materno é indicada após os seis meses até os dois anos ou mais[2].

De acordo com a Organização das Nações Unidas, os países mais ricos possuem as menores taxas de amamentação exclusiva nos lactentes. Já em países com renda média e alta, 23,9% dos lactentes fazem o aleitamento materno exclusivo até os três primeiros meses. No Brasil, o índice foi estabelecido em aproximadamente 38,6%. Estimativas globais revelam que em países menos desenvolvidos, o índice de amamentação exclusiva no primeiro semestre está acima da média global, alcançando os 50,8%. No Brasil, o índice de amamentação na primeira hora de vida é de 42,9%[3].

Sobre isso, os benefícios do aleitamento materno (AM) para puérpera perpassam pelo aumento do vínculo, redução de hemorragias pós-parto e fator de proteção ao câncer de mama[4]. Para o lactente, o aleitamento fortalece a ativação da imunidade, age como fator de proteção contra a obesidade e contra o desenvolvimento de afecções e patologias como a diabetes *mellitus*[1].

O ato de amamentar pode ser considerado um processo complexo que demanda tempo e espaço, porém não deve deixar de ser realizado na tentativa de garantir uma boa saúde para a criança[5].

Em âmbito hospitalar, o incentivo ao aleitamento materno deve-se iniciar ainda na sala de parto e continuar durante a internação do recém-nascido e de sua mãe no Alojamento Conjunto. Este trata-se de um setor de internação para o qual o binômio (puérpera e recém-nascido) sadio permanece por no mínimo 24 horas até o recebimento da alta hospitalar, recebendo cuidados assistenciais necessários à saúde[6].

A permanência em alojamento conjunto é uma prática prevista e obrigatória pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, pois favorece o aleitamento materno, aumenta o

contato pele a pele, reduz os riscos de infecção e permite a atividades de educação em saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional. A lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990, garante ainda que os profissionais de saúde garantirão a autonomia, favorecendo a realização do parto, para as gestantes privadas de liberdade incluídas pela Lei nº 13.798, de 2019[6,7].

Sob esta perspectiva, para que o processo de aleitamento materno ocorra de forma saudável e benéfica, os profissionais devem se constituir em uma rede de apoio às puérperas, prestando apoio às dificuldades emocionais e físicas, considerando hábitos culturais, religiosos e ocupacionais[8]. Nos dias atuais, as redes de apoio social, são tidas como as relações estabelecidas entre pessoas, que geram consequências nos comportamentos individuais e coletivos. Afetando de forma igualitária a natureza primária família, amigos e as pessoas da comunidade, e a rede secundária que é a relação com instituições de saúde e seus profissionais, educação, assistência social e outras[9].

Considerando a importância do aleitamento materno e o seu benefício para o binômio mãe-lactente, juntamente com os índices estatísticos no Brasil e no mundo acerca da amamentação e os fatores intervenientes ao processo de aleitamento em relação aos saberes, opiniões, condutas individuais e rede de apoio profissional, mais especificamente a atuação da Enfermagem, este estudo foi norteado pelo seguinte questionamento: Conhecimento, atitude e prática de gestantes e puérperas sobre amamentação são satisfatórios? Para tanto, objetivou-se avaliar o conhecimento, a atitude e a prática sobre aleitamento materno entre gestantes e puérperas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal e avaliativa do tipo conhecimentos, atitudes e práticas (CAP), com abordagem quantitativa. Estudo descritivo resume-se em expor características de uma determinada população amostral, tendo como objetivo examinar os aspectos de um grupo.[10] Ele visa observar, registrar e descrever as características de um fenômeno que ocorre na população. Não permite que os dados possam ser utilizados para testes de hipóteses, objetivando apenas descrever o fato em si[11].

O estudo transversal também chamado de seccional ocorre em um período curto de tempo.[11] Enquanto que o estudo avaliativo se caracteriza por aplicar de forma

sistemática alguns procedimentos advindos das ciências sociais para julgar intervenções, analisar teorias e implementação no âmbito que a pertence. Configura-se como análise estratégica de desempenho e dos efeitos das ações[12].

O CAP pode ser definido como um instrumento de coleta de dados de uma determinada população, a fim de realizar a construção de ideais necessários, para que sejam traçadas soluções para os impasses encontrados. Deste modo, um público alvo é estudado através de um determinado processo avaliativo, e a partir daí, a problemática encontrada sofrerá um processo intervencional e as ações realizadas podem repercutir de forma positiva ou negativa[4].

A abordagem quantitativa foi escolhida por trabalhar com variáveis perante a forma de dados numéricos, com recursos e técnicas para classificar uma análise precisa. O uso dos dados é evidenciado em forma de frequências, percentuais, medidas de tendência central e testes de associação[10].

O estudo foi desenvolvido via questionário virtual enviado por *smartphones*, por meio do *Google Forms.* Inicialmente, o *link* foi encaminhado para um aplicativo multi plataformas de mensagens instantâneas de um grupo de gestantes/puérperas incorporadas em um projeto de extensão universitária da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Após isso, a coleta extrapolou esse ambiente, pois as mulheres foram incentivadas a encaminhar o questionário às outras mulheres do seu círculo social. Logo, a população alvo deste estudo foi composta por gestantes e puérperas residentes no município de João Pessoa, escolarizadas e com maioridade etária.

A quantidade de mulheres foi calculada por meio da Amostragem Aleatória Simples (AAS) para amostra finita considerou-se a quantidade de 12.404 nascimentos em João Pessoa[13]. O nível de confiança foi de 90%, com $\alpha = 0,10$ ($z = 1,645$), $p=0,05$, gerando amostra de 67 gestantes e puérperas. Todavia, mais duas participantes enviaram o questionário antes do fechamento do *link*, finalizando a amostra em 69 voluntárias.

O *p* significa a quantidade de acerto esperado em percentual, também chamada de proporção amostral de sucesso. É a proporção da variável-desfecho do estudo. Para proporções desconhecidas, admite-se o valor de 50%, ou seja, 0,5. Costuma-se empregar uma margem de erro entre 5% e 10%. Sobre o z, ele significa o percentil que reflete o grau de confiabilidade sobre o erro máximo.

Foram utilizados dois instrumentos. O primeiro contendo dados sociodemográficos, sexuais/reprodutivos, gestacionais. Esse instrumento construído pela pesquisadora tem variáveis como idade, escolaridade, renda, etnia, situação conjugal, ocupação remunerada, histórico gestacional, via de parto, moradia, rede de apoio. E o segundo instrumento adaptado sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas[14].

Sobre o formulário de conhecimentos, atitudes e práticas, apresenta 18 questões. As variáveis[15] avaliadas foram:

a) Conhecimento: benefícios do AME, pega e posicionamento, ordenha, armazenamento, duração, produção e tempo de conservação do leite materno.

b) Atitude: desejo em amamentar e necessidade de amamentação exclusiva.

c) Prática: Para as puérperas se amamentou o filho anterior, até quando amamentou, e motivos para desmame precoce (caso o tenha realizado).

A coleta dos dados ocorreu em ambiente virtual *online* após encaminhamento e aprovação ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, seguindo os trâmites determinados pela Plataforma Brasil. O instrumento foi aplicado às mulheres, por meio da técnica *Respondent Driven Sampling* (RDS) durante os meses de agosto a outubro de 2020.

O *Respondent-Driven Sampling* (RDS) desenvolvido na década de 1990, è um método que faz uso da probabilidade das amostras cujo objetivo é gerar parâmetros em determinadas populações, através de uma cadeia em rede, onde o participante envia convite para outros participantes[16,17]. O RDS é um método utilizado em vários países e faz uso da interação entre usuários para ter o sucesso esperado pela pesquisa. Um convite é enviado e os demais serão repassados de forma crescente, quanto maior a densidade das redes sociais, melhor e maior será o desempenho do RDS. Combina uma forma modificada de amostragem por referência em cadeia, bola de neve ou sementes onde os cálculos serão feitos através dos dados coletados e possui boa confiabilidade[16].

A coleta ocorreu seguindo os seguintes passos: foi encaminhado um *link* com explicação dos objetivos da pesquisa, finalidade do estudo, garantia do anonimato, direito à privacidade, desistência em qualquer etapa da pesquisa e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com ícone para aceitação dos termos de uso

dos dados coletados e questionário da pesquisa.

A tabulação dos dados ocorreu por meio do programa *Microsoft Excel®*, versão 97-2003, para *Windows* 8. Os resultados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas, contendo frequência absoluta.

A pesquisa foi aprovada sob protocolo 238/2020 e CAAE: 33478220.3.0000.5179 realizada conforme disposições da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos[18]. da Resolução 510/2016 do conselho Nacional de saúde, que dispõe de procedimento metodológicos que envolvam informação do participante e da Resolução 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem que versa sobre o código de ética dos profissionais de Enfermagem[19].

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à caracterização sociodemográfica das gestantes e puérperas, a idade média foi de 28,97, com 15 (21,7%) mulheres entre 18-25 anos e 54 (78,3%) ≥ 26 anos de idade. Sobre a escolaridade, 39 (56,5%) participantes possuíam ensino superior completo, 17 (24,6%) superior incompleto, 11 (16%) médio completo e 2 (2,9%) fundamental completo. Quanto à religião, 38 (55,1%) participantes eram católicas, 23 (33,4%) evangélicas, 5 (7,3%) relataram não possuir crenças religiosas e 3 (4,2%) de outras religiões. Sobre a etnia/cor autorreferida, 33 (48%) delas eram pardas, 29 (42%) brancas e 7 (10%) declaram-se pretas (Dados não expostos em tabela).

A escolaridade pode estar diretamente ligada ao sucesso do AME. Mulheres com maior escolaridade amamentam por mais tempo. Quanto à renda familiar, há controvérsias sobre a sua influência ao desmame precoce[20]. Independente do perfil sociodemográfico, ao iniciar a amamentação é importante que a mulher receba apoio verbal, por meio de elogios. A licença maternidade é um importante meio para dar continuidade ao aleitamento materno[21].

Sobre a etnia, mulheres indígenas[22] e asiáticas[23] possuem prática insatisfatória, aderindo ao desmame precoce mais rapidamente. Outros dois estudos comprovaram que ainda é alta a incidência do aleitamento materno para mulheres da raça parda, seguida da raça branca, e por último, mulheres negras[24].

Nesta pesquisa, o rendimento mensal apontou 48 (69,6%) mulheres vivendo com dois salários mínimos ou mais, 16 (23,2%) possuíam a renda de um salário mínimo, 2 (2,9%) eram custeadas por programas sociais, 2 (2,9%) tinham renda superior a dez salários mínimos e 1 (1,4%) era cadastrada no MEI e não referiu rendimento. Por fim, 64 (92,8%) mulheres viviam com parceiro e cinco (7,2%) sem parceiro. Quando questionadas sobre com quem moravam, 49 (71,1%) relataram morar com parceiro e filho(a)(s), 8 (11,7%) moravam apenas com parceiro, 5 (7,2%) com parceiro e familiares, 5 (7,2%) morava só com familiares, 1 (1,4%) morava só com a filha e 1 (1,4%) morava sozinha (Dados não expostos em tabela).

Conforme pesquisas nacionais, mulheres mais jovens e com menor renda[25], com menos filhos e baixa escolaridade[26]. possuem menor chance de amamentar adequadamente. Sobre as características sexuais e reprodutivas das gestantes e puérperas deste estudo, a maioria (95,7%) se relacionava apenas com homem e 3 (4,3%) com homens e mulheres. O tipo de parto eliciado por 38 (55,1%) mulheres foi cirurgia cesariana, 20 (29%) foi via vaginal e 11 (15,9%) ainda não tiveram filhos. Sobre a paridade, 29 (42%) não estavam grávidas, mas tem bebê menor de seis meses, 23 (33,3%) não estavam grávidas, mas têm filho menor de um ano, 10 (14,5%) estavam grávidas pela primeira vez e 7 (10,2%) estão grávidas e já tem filho(a)(s) (Dados não expostos em tabela).

Neste estudo, em relação às consultas de atendimento pré-natal, 54 (78,3%) realizaram mais de seis consultas e 15 (21,7%) relataram terem ido a cinco consultas ou menos (Dados não expostos em tabela).

Evidência comprova que o conhecimento acerca do aleitamento materno é melhor escolha alimentícia para ser oferecida ao lactente, como proteção da saúde do RN, atua na imunidade, no fator crescimento e desenvolvimento por ter alto valor nutricional. Todavia, torna-se necessária o acompanhamento pré-natal e ter a rede de apoio possibilitando amparo emocional[27].

Os dados desta pesquisa mostraram que as fontes de informação relacionadas ao conhecimento sobre amamentação, as mulheres eliciaram 173 respostas, das quais 51 (29,5%) foi internet, 48 (27,7%) profissionais de saúde, 37 (21,4%) família, 16 (9,2%) amigos, 10 (5,8%) televisão e rádio, 8 (4,6%) escola, 3 (1,8%) não obtiveram informações

(Dados não expostos em tabela).

A importância dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, decorre do papel que desempenham no incentivo do aleitamento materno exclusivo prevenindo as morbidades e mortalidades, através do planejamento da promoção em saúde, e do apoio assistencial e da melhoria da qualidade infantil[28].

Nesse contexto, para que o processo de aleitamento materno ocorra de forma adequada, é necessário que a puérpera receba, cuidado qualificado, proporcionado pela equipe multiprofissional. As orientações buscam suprir necessidades sobre o quê fazer a partir do momento no qual a mulher descobre a gravidez. As intervenções oferecidas durante o pré-natal como incentivo à família, preparo das mamas, atenção aos relatos de problemas relacionados à parte afetiva, faz parte da função do profissional de enfermagem. Neste contexto, a equipe multiprofissional deverá elencar um determinado plano de cuidado específico, sobretudo, com a garantia de direitos e que a experiência do momento seja respeitada[29].

Na tabela 1, observa-se que os benefícios mais eliciados foram: redução do câncer de mama e ovário, emagrecimento materno, hidratação do bebê e contribuição quanto ao crescimento e desenvolvimento do bebê. Para as lactantes o AM traz o fortalecimento afetivo entre mãe e filho, auxilia nas contrações uterinas, reduz quadros de hemorragia uterina, além de reduzir o risco de desenvolvimento de tumores nas mamas[3]. A maioria indicou o aleitamento materno exclusivo por um período mínimo de seis meses.

O queixo tocando a mama da mãe e o apoio corporal adequado foram os cuidados principais da pega e posicionamento. Equilíbrio emocional e a ingestão de água, sucos e chás foram as estratégias mais citadas para aumento da produção láctea. Todas as participantes relataram que realizam a ordenha fazendo massagem nas mamas. A maioria afirmou que o tempo de conservação no congelador é de 15 dias e que a forma de descongelamento do leite é em banho maria (Tabela 2).

Fazer uso de bicos e chupetas é considerado uma conduta inapropriada, em recém-nascidos. Estudos têm evidenciado associação entre uso de chupeta e menor duração do aleitamento materno, pois confusão de sucção causada pelas diferenças de técnica de sucção da chupeta e do seio pode interferir no sucesso do aleitamento materno[31]. Posicionamento e sucção inadequada podem levar a queda da produção de leite, o que

traz como consequências, o processo do desmame e a introdução de alimentos de forma precoce. Grupos de apoio utilizam da promoção em saúde para que o desmame precoce possa ser evitado, prevenindo o desenvolvimento de patologias[31].

Tabela 1 – Conhecimentos sobre aleitamento materno das puérperas em alojamento conjunto. João Pessoa, PB, Brasil, 2020. (n=69)

CONHECIMENTOS	f	%
Leite descido no primeiro dia: colostro (N=69)		
Verdadeiro	69	100
Falso	-	-
Descida de mais leite deixando a mama cheia (N=69)		
Primeiro dia	4	5,8
Segundo dia	8	11,6
Terceiro dia	32	46,4
Quarto dia	6	8,7
Quinto dia	10	14,5
Sétimo dia	9	13
Benefícios para a mãe (N= 225) *		
Ajudar o útero reduzir para o tamanho antes da gestação	57	25,3
Aumentar o sangramento no pós-parto	3	1,3
Reduzir o risco de câncer de mama e ovário	63	28
Melhoria da Enxaqueca	36	16
Aumentar o risco de depressão pós-parto	3	1,3
Emagrecimento materno	61	27,1
Aumento do inchaço	2	0,9
Benefícios para o bebê (N=263) *		
Crescimento e Desenvolvimento	68	25,9
Aumentar Cólicas	2	0,8
Vacina Natural	60	22,8
Amadurecimento do estômago e intestino	63	24
Hidratar a criança	69	26,2
Aumentar diarreias	1	0,4
Alimentos antes dos seis meses (N=69)	**f**	**%**
Apenas leite materno	67	97,1
Papinhas industrializadas ou feita em casa, leite natural da vaca e em pó, mingau	2	2,9
Tempo de conservação no congelador (N=69)		
15 dias	42	60,9
30 dias	19	27,5
45 dias	1	1,4
60 dias	7	10,1
Forma de Descongelar (N=69)		
Em banho-maria	61	88,4
Em temperatura ambiente	8	11,6

*Variáveis de múltiplas respostas;

No processo de armazenamento do leite materno ordenhado e para estocagem a domicílio, o frasco deve ser mantido em posição vertical e conter rótulo com a data da primeira coleta. Se o leite materno cru congelado for doado para um banco de leite, o mesmo deve respeitar o prazo máximo de 15 dias após a ordenha. O tempo necessário para degelo do leite humano ordenhado varia de acordo com o volume, o tipo de embalagem e o equipamento utilizado. O degelo pode ser feito em banho-maria ou em forno de micro-ondas, respeitando as variáveis de tempo e volume, de forma a garantir que não se exceda a temperatura de 5ºC no leite.32

Tabela 2 – Conhecimento das mulheres sobre pega, posicionamento, produção e ordenha acerca do aleitamento materno. João Pessoa, PB, Brasil, 2020 (n=69).

CONHECIMENTOS	Concorda	%	Discorda	%
Cuidados com a pega (N= 69)				
Boca aberta parcialmente	20	29	49	71
Aréola visível acima da boca	28	40,6	41	59,4
Queixo tocando a mama	60	87	9	13
Abocanhar apenas mamilo	9	13	60	87
Nariz tocando a mama	18	26,1	51	73,9
Boca com lábio para dentro	6	8,7	63	91,3
Cuidados com o posicionamento (N= 69)				
Bebê apoiado no abdome da mãe, cama ou travesseiro	51	73,9	18	26,1
Cabeça virada de lado	28	40,6	41	59,4
Corpo do bebê próximo a mãe	67	97,1	2	2,9
Mãe apenas sentada	15	21,7	54	78,3
Tronco alinhado com a cabeça	59	85,5	10	14,5
Nariz direcionado à altura do mamilo	52	75,4	17	24,6
Maneiras de aumentar a produção (N= 69)				
Pega e posicionamentos adequados	56	81,2	13	18,8
Ingestão de Líquidos	62	89,9	7	10,1
Dormir poucas horas	1	1,4	68	98,6
Ingerir alimentos açucarados	11	15,9	58	84,1
Equilíbrio Emocional	68	98,6	1	1,4
Fazer a retirada do leite para estimulação	59	85,5	10	14,5
O que fazer para a ordenha (N=69)				
Realizar massagem nas mamas	69	100	-	-
Colocar os dedos em forma de C no mamilo	23	33,3	46	66,7
Colocar os dedos em forma de C na aréola	48	69,6	21	30,4
Apertar contra o tórax	22	31,9	47	68,1

Deslizar os dedos na aréola	48	69,6	21	30,4
Manter os dedos fixos na aréola	22	31,9	47	68,1

Sobre as atitudes, a maioria 53 (76,8%), expressou o desejo de amamentar exclusivamente mais de seis meses, 12 (17,4%) menos até seis meses e 4 (5,8%) menos de seis meses. Sobre se a amamentação exclusiva é necessária, 66 (95,7%), eliciaram que é sempre necessário e 3 (4,3%) afirmaram ser desnecessário. Sobre a prática das multíparas, 55 (80%) afirmaram que amamentaram todos os seus filhos anteriormente, dessas 39 (71%) amamentaram seis meses ou mais e 16 (29%) menos de seis meses (Dados não expostos em tabela).

Ainda sobre o comportamento das multíparas, dos motivos para não amamentar exclusivamente até os seis meses de vida relatados por elas, 14 (23,6%) relataram não terem leite suficiente, 13 (25,5%) retorno ao trabalho, 6 (10,9%) estresse, 5 (9,1%) dor, 5 (9,1%) ferida no mamilo, 5 (9,1%) depressão pós-parto, 3 (5,5%) não tiveram rede de apoio, 3 (5,5%) mastite e 1 (1,7%) o bebê teve alergia a lactose (Dados não expostos em tabela).

Fatores emocionais, socioculturais, socioeconômicos, baixo nível de escolaridade, vida externa ao seu lar, alegação de leite fraco, baixa produção, mamilos achatados e invertidos, fissuras mamilares, mastite, retorno aos estudos, cansaço e desgaste físico, relacionados a dupla jornada de trabalho, obrigações do lar e de sua família contribuem para falta de tempo e dedicação ao lactente, culminando no desmame precoce.[33]

Um estudo feito com 362 crianças menores de seis meses em Goiânia observou que metade dessas crianças ingeriu alimentos antes dos seis meses de vida. No primeiro mês de vida os lactentes já haviam recebido líquidos como água e chá, leites, sucos, introdução de comida de sal e frutas ocorreram aos seis meses de vida.[17] Introduzir alimentação e fazer o desmame precoce ocorre em 65% de casos no mundo.[34]

Ingurgitamento, fissuras mamárias e mastite são fatores clínicos que causam interferência no aleitamento materno.[35] Além disso, o trabalho é fator determinante para que ocorra a interrupção do AME. Podendo ocorrer diminuição da afetividade entre mãe e filho, longe de seus lares exercendo rígidas rotinas trabalho, com horários rigorosos faz com que o processo de amamentação seja dificultado.[36]

Mulheres trabalhadoras com carteira assinada ou as que realizam atividades laborais informais que por sua vez contribuem com a seguridade social e que precisam retornar aos seus trabalhos precisam de estratégias para continuar amamentando seja fazendo uso da ordenha e armazenamento ou saindo algumas vezes no intervalo do almoço.[37]

Todavia, algumas mulheres realizam a introdução alimentar antes do recomendado, alegando ter leite fraco ou insuficiente para o bebê ou retorno ao trabalho.[38] As dificuldades na prática de amamentar podem ser consequência de falhas na recomendação profissional, e ressaltam a importância do processo de comunicação na efetividade das orientações fornecidas às gestantes pelos profissionais da saúde.[39]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Houve maior prevalência para respostas positivas em relação ao conhecimento, atitude e prática. Sobre o conhecimento, referiram os benefícios do aleitamento materno para o bebê e para a mãe e os cuidados principais da pega e posicionamento. Em relação à atitude, a maioria expressou o desejo de amamentar exclusivamente mais de seis meses. E sobre a prática das multíparas, maioria afirmou que amamentaram todos os seus filhos anteriormente por seis meses ou mais. Não terem leite suficiente e retorno ao trabalho foram os principais motivos ao desmame precoce.

A limitação da pesquisa se deve ao fato de ter sido por formulário *online*, onde em determinado momento, mesmo com a adesão de participantes e compartilhamento nas redes sociais, os formulários passaram a não serem mais respondidos, sendo necessária elaboração de nova estratégia para captação da amostra. O benefício desta pesquisa é trazer subsídios às ações de Enfermagem, contribuindo com a ampliação do conhecimento, conscientização e capacitação de profissionais de saúde em relação ao aleitamento, com ações de promoção, proteção e apoio a essa prática social, favorecendo o incremento dos índices de adesão por parte das mães.

REFERÊNCIAS

1 BOCCOLINI CS, BOCCOLINI PMM, MONTEIRO FR, VENÂNCIO SI,

GIUGLIANI ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. Rev Saúde Pública. 2017;51:108. doi: http:://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2 01.705000029

2 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newbornservices [Internet]. Geneva: WHO; 2017. doi: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180722.

3 ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos humanos da ONU. [Internet]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.ph p?option=com_content&view=article&id=5631:oms-e-unicef-lancam-novas-orientacoes-para-promover-aleitamento-materno-em-unidades-de-saude-de-todo-o-mundo&Itemid=820. Acesso em: 8 mar. 2020

4 SILVA JN da. Aleitamento Materno: motivos e consequências do desmame precoce em crianças. Artigos@ [Internet]. 2020;20:e4756. Disponível em: https://www.ac ervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/4756. Acesso em: 8 out. 2020

5 SOUZA MHN, Nespoli A, Zeitoune RCG. Influence of the social network on the breastfeeding process: a phenomenological study. Esc Anna Nery [Internet]. 2016;20(4):e20160107. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14 1481452016000400224&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 8 out. 2020

6 BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. Brasília, [online], 2018. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/. Acesso em: 20 mar. 2020

7 BRASIL. Lei N. 8.069, de 13 de julho de 1990. ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069 compilado.htm. Acesso em 15 set. 2020

8 MOREIRA LA, VELASCO E CRUZ N, LINHARES FMP, GUEDES TG, MARTINS FDP, PONTES CM. Support to woman/nourisher in the advertising pieces of the World Breastfeeding Week. Rev Bras Enferm. 2017;70(1):55-64. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0376

9 BURILLE A, GERHARDT TE. Experienciações de reconhecimento e de cuidado no cotidiano de homens idosos rurais. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2018;28(3):e280307. doi: https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280307

10 GIL AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2018.

11 Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

12 MELLO SH, SILVEIRA AT. Guia básico para elaboração de trabalhos acadêmicos no âmbito do IFRS. Rolante: IFRS-Campus Rolante, 2018.

13 DATASUS - DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Informações em saúde: nascidos vivos Paraíba/Município de João Pessoa. Ministério da Saúde: Brasília, 2018. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc /cnv/nvpb.def . Acesso em 18 set.

2020

14 BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015

15 ANDRADE SSDC, ZACCARA AAL, LEITE KNS, BRITO KKGD, SOARES MJGO, COSTA MML, et al. Knowledge, attitude and practice of condom use by women of an impoverished urban area. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(3):364-71

16 DAMACENA GN, SZWARCWALD CL, SOUZA JÚNIOR PRBD, FERREIRA JÚNIOR ODC, ALMEIDA WDSD, Pascom ARP, et al. Aplicação da metodologia Respondent-Driven Sampling em pesquisa biológica e comportamental com mulheres trabalhadoras do sexo, Brasil, 2016. Rev Bras Epidemiol. 22(1):e190002, 2019. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190002

17 OLIVEIRA TM de, Melere C. Contribuição do desmame precoce na ocorrência da anemia ferropriva em lactentes. Universidade do Vale do Rio dos Sino-São Leopoldo-Brasil Arch. Health. Sci. 2018;25(3):32-35. doi: http://dx.doi.org/10.176 96/2318-3691.25.3. 2018.1113

18 BRASIL. Ministério da Educação. Manual do aplicador do estudo CAP. Brasília: Ministério da Educação, 2012

19 Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564,06 de dezembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 30 out 20

20 BATISTA CLC, RIBEIRO VSR, NASCIMENTO MDSB. Influência do uso de chupetas e mamadeiras na pratica do aleitamento materno. J. Health Biol Sci. 2017;5(2):18491. doi: http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v5i2.1153.p184-191.2017

21 SILVA MND, FACIO BC, SARPI LL, BUSSADORI JCDC, FABBRO MRC. Amamentação em foco: O que é publicado nas revistas femininas no Brasil?. REME Rev. Min. Enferm. 2018;22:e1113. doi: http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180041

22 LÍCIO JSA, FÁVARO TR, CHAVES CRMDM. Anemia em crianças e mulheres indígenas no Brasil: revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21:2571-81. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.00532015

23 PANG WW, ARIS IM, FOK D, SOH SE, CHUA MC, LIM SB.; et al. Determinants of breastfeeding practices and success in a multi-ethnic asian population. Birth. 2016;43(1):68-77

24 ALVARENGA SC, DE CASTRO DS, LEITE FMC, BRANDÃO MAG, ZANDONADE E, PRIMO CC. Fatores que influenciam o desmame precoce. Aquichan. 2017;17(1):93-103. doi: http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.910.5294/aqui.2017.17.1.9

25 SILVA RS, ROSA M, CÔRTES RM, ABRAHÃO DPS. Conhecimentos e

orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério acerca do aleitamento materno e as dificuldades apresentadas durante a prática da amamentação. Jornal de Ciências Biomédicas e Saúde. 2017;2(3):88-94. Disponível em: http://publicacoes.facthus. edu.br/index.php/ saude/article/view/154. Acesso em: 30 out 20

26 TELES MAB, SILVA JUNIOR RFD, SANTOS JÚNIOR GGD, FONSECA MP, EUGÊNIO KK, MENEZES PIFBD. Conhecimento e práticas de aleitamento materno de usuárias da Estratégia Saúde da Família. Rev. enferm. UFPE on line. 2017;11(6):2302-8. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/ download/23391/19045. Acesso em: 12 out. 2020

27 SALUSTIANO LP, DINIZ AL, ABDALLAH VO, PINTO RM. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017;34:28-33. doi: https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000100006

28 DA ROCHA ALA, GÓES FGB, PEREIRA FMV, DE MORAES JRMM, DO COUTO BARCIA LL, DA SILVA L F. O processo de ensino-aprendizagem de puérperas nutrizes sobre aleitamento materno. Revista Cuidarte. 2018;9(2):2165-76. Disponível em: http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v9n2/2346-3414-cuid-9-2-2165.pdf. Acesso em: 30 out. 20

29 KETBI, M. I.; *et al*. Knowledge, attitudes, and practices of breastfeeding among women visiting primary healthcare clinics on the island of Abu Dhabi, United Arab Emirates. International Breastfeeding Journal. 2018;26:e2997. doi: https://doi.org/10.1186/s13006-018-0165

30 VIRGENS TR, GRECO CSS, CARVALHO ML. A influência da sucção não nutritiva como analgesia não farmacológica em recém-nascidos durante procedimentos dolorosos: revisão sistemática. Rev. Ciênc. Méd. 2018;27(1):23-37. doi: https://doi.org/10.24220/2318-0897v27n1a3951

31 PEREIRA TS, OLIVEIRA F, CARDOSO MCAF. Associação entre hábitos orais deletérios e as estruturas e funções do sistema estomatognático: percepção dos responsáveis. CoDAS. 2017;29(3):e20150301. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/codas /v29n3/2317-1782-codas-29-3-e20150301.pdf. Acesso em: 29 set. 20

32 BOSCO SMD, CONDE SR. Nutrição e saúde. Lajeado: Ed. Univates, 2013.

33 Belemer LCC, Ferreira WFS, Oliveira EC. Assistência de enfermagem na manutenção do aleitamento materno: uma revisão sistemática de literatura. Revista de Atendimento à Saúde. Rev. Aten. Saúde. 2018;16(58):109-24. doi: https://doi.org/10.13037/ ras.vol16n58.4994 3333

34 SILVA RA, BARRETO CCM, BEZERRA AMF, BEZERRA KKS, BEZERRA WKT. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce. Revista Brasileira de Educação e Saúde. 2015;5(3):1-7. Disponível em: http://www.gvaa.org.br/ revista/index.php/ REBES/ article/view/3582. Acesso em: 08.05.19.

35 BRANDÃO ADPM, ALMEIDA APRD, SILVA LCBD, VERDE MRV. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce. Revista Científica FacMais.

2016;4(1):11-24.

36 ALTAMIMI E, AL NSOUR R, AL DALAEN D, ALMAJALI N. Knowledge, attitude, and practice of breastfeeding among working mothers in South Jordan. Workplace Health & Safety. 2017;65(5):210-8. Disponível em: http://www.sagepub.com /journalsPermissions.nav. Acesso em: 08 set. 20.

37 RIBEIRO KV; FLORENTINO CLV; MARIANO DCA; PERES PLP; RODRIGUES BMRD. A amamentação e o trabalho informal: a vivência de mães trabalhadoras. Revista Pró-UniverSUS. 2017;8(2):3-9.

38 AMARAL LJX, SALES SDS, CARVALHO DPDSRP, CRUZ GKP, AZEVEDO ICD, FERREIRA JÚNIOR MA. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. Rev Gaúcha Enferm. 2015;36:127-34. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0127.pdf. Acesso em: 18 ago. 20

39 BARBOSA LN, SANTOS NCD, MORAES MAMD, RIZZARDI SD, CORRÊA EDC. Prevalência de práticas educativas acerca do aleitamento materno exclusivo (AME) em Cuiabá - MT. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2015;19(1):147-53. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0147.pdf. Acesso em: 07 ago.20

CAPÍTULO XVIII

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR

Cynthia Cybelle Rodrigues dos Santos[77]; Viviane Cordeiro de Queiroz[78];
Jackson Soares Ferreira[79]; Maria de Lourdes Vieira Lins[80];
Maria Aparecida de Souza Oliveira[81].
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-18

RESUMO:
Objetivo: objetivou-se averiguar o conhecimento dos enfermeiros de um hospital público da cidade de João Pessoa/PB sobre a higienização hospitalar. Método: Trata-se de um estudo do tipo descritivo – exploratório, de abordagem quantitativa, com todos 23 enfermeiros que exercem suas funções no referido hospital. O instrumento para coleta de dados foi um formulário estruturado. Os dados foram analisados sob o enfoque quantitativo, e foram apresentados através de tabelas. Resultados: a maioria dos participantes 43,48% receberam capacitação sobre higienização hospitalar, 47,83% concordam que deve haver mais investimentos acerca da educação continuada, todos disseram que existe Procedimento Operacionl Padrão na instituição, entretanto não houve participação da maioria deles 73,91% na elaboração do mesmo. Conclusão: a resolução dos problemas na administração do controle de infecções hospitalares tem hoje caráter institucional e instrucional. É evidente a necessidade da implatanção de ações que favoreçam o controle da infecção hospitalar, principalmente da adoção do Procedimento Operacional Padrão na instituição.
PALAVRAS-CHAVE: Higienização Hospitalar. Infecção Hospitalar. Cuidados de Enfermagem. Infecção – prevenção e controle. Papel do Profissional de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Em países em desenvolvimento, a incidência das infecções hospitalares associadas

77 Enfermeira graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa – PB – Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4060512655206862. E-mail: cyncyb@gmail.com
78 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFPB. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade IBRA/MG. João Pessoa – PB – Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7705025336495099. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2037-921X. E-mail: vivicordeiroqueiroz35@gmail.com
79 Enfermeiro. Pós-graduando em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental e Educação Profissional e Tecnologia pela Faculdade FARESE. João Pessoa - PB – Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0300237519150910. E-mail: soaresjf21@gmail.com
80 Graduação em Enfermagem - Faculdades de Enfermagem Nova Esperança (2019) e graduação em Pedagogia pela Universidade Federal da Paraíba (2008). Lattes: http://lattes.cnpq.br/7315750516043579. E-mail: maluvlins@gmail.com.
81 Enfermeira graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Enfermeira do Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga. João Pessoa – PB – Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0706661654855339 . E-mail: cida-tec@outlook.com

aos cuidados de saúde é ainda maior e o comprometimento com a prevenção destas por meio da higiene hospitalar do ambiente, das mãos é inferior a 40% entre os profissionais de saúde (LONGTIN *et al*., 2011).

A aquisição de infecção hospitalar na atualidade é um dos principais determinantes no aumento da morbidade, mortalidade, nos custos diretos e indiretos associados à assistência à saúde e do prolongamento do tempo de internação do paciente, constituindo dessa forma um fardo social e econômico significativo tanto para os pacientes quanto para o sistema de saúde (INOVE, 2017).

Nos Estados Unidos, as infecções hospitalares afetam de 7 a 10% dos pacientes internados e são responsáveis por aproximadamente 99 mil mortes por ano, o que representa uma taxa de mortalidade por IH de 5% (ROSENTHAL, *et al*., 2015).

No Brasil, a cada dia, a problemática da infecção hospitalar cresce apresentando altos índices de 15,5%, o que corresponde a aproximadamente dois episódios de infecção por paciente internado com infecção hospitalar nos hospitais brasileiros. Além disso, considera-se mais um agravante, o fato das instituições de saúde pública possuírem as maiores taxas de prevalência no país, 18,4% (SALES *et al*., 2018). Estima-se que em 2015 tenham ocorrido um milhão de casos e considerando que são acrescidos, em média, 5 a 10 dias ao período de internação hospitalar teríamos 10 milhões de dias de internação atribuídos à infecção adquirida no sítio hospitalar (BRASIL, 2010).

Em João Pessoa, capital da Paraíba, estudos que estimem a inter-relação dos fatores de risco para o desenvolvimento da infecção hospitalar são escassos, e mais escassos ainda quando refere-se especificamente às infecções hospitalares em Unidade de Terapia Intensiva. Acresce o fato de não existir uma avaliação efetiva, rotineira e padronizada por parte das instituições públicas pessoenses em pacientes críticos para que se avalie adequadamente a importância deste problema, permitindo a partir destes dados identificar com precisão os fatores de risco associados à infecção hospitalar mais importantes na realidade local e assim traçar estratégias adequadas e viáveis a realidade para o controle e prevenção deste agravo (FIGUEIREDO, 2012).

Apesar de todo o avanço científico – tecnológico, a exemplo dos novos fármacos e do desenvolvimento de procedimentos menos invasivos, a infecção hospitalar configura-se ainda como um importante problema de saúde pública, não só pela alta

incidência e custos que lhe são atribuídos, mas também pela resistência bacteriana a diversos tipos antimicrobianos, dificultando ainda mais seu combate e alertando para a importância da prevenção e controle desta problemática, supõe-se com isso que os profissionais enfermeiros, ligados diretamente ao cuidado com o paciente não estejam dando a devida importância às forma de higienização nem ao rigor delas.

Uma das questões relativa ao tema pauta-se, especialmente, na responsabilidade dos profissionais e das instituições de saúde, com repercussões penais, civis e éticas. Isto porque, por vezes, a infecção hospitalar é decorrente de atos falhos cometidos pelos profissionais. Diante do exposto, é de grande valia o conhecimento por parte dos profissionais da saúde sobre a importância de uma comissão de controle de infecção hospitalar nas instituições, sendo indispensável que componentes das equipes multidisciplinares saibam das responsabilidades desta comissão, pois estão ligados direta e indiretamente aos cuidados com o paciente e tudo que o envolve, desde a qualidade do material escolhido até o mais complexo plano de cuidado traçado para o paciente internado. Baseado nisso, surge o questionamento: os profissionais enfermeiros possuem o conhecimento adequado sobre a higienização hospitalar e sabem diferenciar os tipos de limpeza e sua importância? Para isso, objetivou-se averiguar o conhecimento dos enfermeiros sobre a higienização hospitalar.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo do tipo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, realizada no Hospital da Polícia Militar General Edson Ramalho, hospital público na cidade de João Pessoa/Paraíba – Brasil. Com relação à amostra, a quantidade de pescadores foi calculada por meio da Amostragem Aleatória Simples (AAS) para amostra finita. O nível de confiança foi de 95%, com margem de erro de 5%, ou seja, $\alpha = 0,05$ ($z = 1,96$), $p=0.12$. Sendo assim, a amostra probabilística foi calculada em 23 enfermeiros (NETO, 2012).

Os critérios de inclusão foram: todos os enfermeiros que atuavam na parte assistencial do hospital. E os critérios de exclusão foram: profissionais que estavam de férias, licença, ou que trabalhava na parte burocrática do hospital.

O instrumento escolhido para a coleta de dados foi um formulário de entrevista,

semiestruturado, dividido em duas partes: dados para caracterização socioprofissional da amostra e questões do objeto do estudo. A coleta de dados foi formalizada mediante a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, respeitando todas as etapas, realizada em dias úteis, de segunda a sexta-feira, onde nesta ocasião foram explicados os objetivos da pesquisa e sua importância, bem como apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE para maiores de 18 anos o qual foi devidamente assinado.

Os dados foram analisados num enfoque estatístico, e foram apresentados através de tabelas, contendo números absolutos e relativos, os quais foram acompanhados da discussão, nesse tipo de abordagem se trabalha com dados passíveis de mensuração através especialmente de procedimentos estatísticos. É frequentemente aplicado nos estudos descritivos, bem como nos que investigam a relação de causalidade entre fenômenos (FLICK, 2013).

O presente estudo respeitou os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/12, no art. III, que implica no respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 2012), como também a Resolução COFEN 564/2017, que trata do código de ética dos profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017). Com aprovação sob protocolo n. 123/2019 e CAEE 20661219.2.00005179.

RESULTADOS

Os resultados apontados na tabela 1, demonstram a caracterização da amostra quanto aos aspectos socioprofissional, em que percebe-se que houve uma predominância da faixa etária entre 31 a 40 anos 39,13% (9) dos profissionais. Quanto ao gênero observa-se o predomínio do sexo feminino perfazendo 95,65% (22) dos participantes do estudo. Em relação escolaridade 56,52% (13) dos profissionais possuem pós-graduação, quanto ao tempo de formação 34,78% (8) tem entre 01 a 5 anos de formação, e em igual porcentagem entre 6 a 10 anos. A tabela mostra ainda que 34,78% (8), atuam em clínica médica e 69,57% (16), tem entre 1 a 10 anos de atuação como enfermeiro.

Tabela 1 – Distribuição da amostra (n=23) de acordo com a caracterização socioprofissional.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	n	%
FAIXA ETÁRIA		
21 - 30 anos	04	17,39
31 – 40 anos	09	39,13
41 – 50 anos	05	21,74
51 – 60 anos	05	21,74
GÊNERO		
Masculino	01	4,35
Feminino	22	95,65
ESCOLARIDADE		
Apenas Graduado	02	8,7
Pós em andamento	07	30,43
Pós Concluída	13	56,52
Mestrado em Andamento	0	-
Mestrado Conclúido	01	4,35
Doutorado em Andamento	0	-
Doutorado Concluído	0	-
TEMPO DE FORMAÇÃO		
De 01 a 05 anos	08	34,78
De 06 a 10 anos	08	34,78
De 11 a 15 anos	04	17,39
Acima de 16 anos	03	13,04
SETORES DE ATUAÇÃO		
Obstetrícia	07	30,43
UTI	01	4,35
Gerência	01	4,35
Clínica Médica	08	34,78
Clínica Cirúrgica	06	26,09

FONTE: Pesquisa direta, João Pessoa, PB, 2019.

Na tabela 2, estão expostos os resultados referentes à atuação dos enfermeiros acerca da higienização hospitalar. Os participantes do estudo foram arguidos sobre o oferecimento de capacitação dos mesmos para que atuem de forma eficaz nessa área da enfermagem, observando-se que 82,61% (19) disseram que o hospital onde atuam ofereceu capacitação a cerca da higienização hospitalar no último ano. As outras variáveis desta tabela mostram que para 47,83% (11) dos entrevistados, investir na educação continuada em relação à higienização hospitalar é o mais relevante. Sobre a elaboração do Procedimento Operacional Padrão (POP) no setor, todos 100% (23) afirmaram que foi sim elaborado e 73,91% (17) não participou dessa elaboração.

Tabela 2 – Distribuição da amostra (n=23) de acordo com a atuação do enfermeiro acerca da Higienização Hospitalar.

OFERTA DA INSTITUIÇÃO ACERCA DA HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR NO ULTIMO ANO	N	%
Sim	1	82,61
Não	9	17,39
	0	
	4	
ALTERNATIVA MAIS RELEVANTE NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO QUE SE RELACIONA HIGIENIZAÇÃO HOSPITALAR		
Realizar orientação a equipe	05	21,74
Realizar curso de capacitação	03	12,04
Investir na educação continuada	11	47,83
Considerem duas alternativas	02	8,70
Considerem três alternativas	02	8,70
ELABORAÇÃO DO POP PARA O SETOR		
Sim	23	100
Não	-	-
PARTICIPAÇÃO NA ELABORAÇÃO DO POP		
Sim	06	26,09
Não	17	73,91

FONTE: Pesquisa direta, João Pessoa, PB, 2019.

A Tabela 3, trás informações sobre o conhecimento da Higienização Hospitalar. Assim, 43,48% (10) responderam que tem excelente conhecimento sobre as normas de higienização, esse mesmo percentual foi apontado para os que consideram que tem bom conhecimento. Quando questionados sobre a relevância da leitura das diretrizes de higiene, 86,96% (20) afirmaram que sim. Sobre a limpeza no setor de atuação dos entrevistados, 43,48% (10) relataram que é feita a limpeza terminal e a concorrente. Para o mesmo percentual 43,48% (10) também responderam que não sabiam que tipo de limpeza era feita no seu setor. A limpeza para 47,83% (11) dos entrevistados é feita diariamente. Além disso, quase todos 95,65% (22) relataram ser importante a higienização do ambiente na prevenção de infecção hospitalar.

Tabela 3 – Distribuição da amostra (n=23) de acordo com o conhecimento da Higienização Hospitalar.

VARIÁVEIS AVALIADAS	n	%
CONHECIMENTO SOBRE NORMAS DE HIGIENIZAÇÃO		
Excelente	10	43,48
Bom	10	43,48
Suficiente	03	13,04
Regular	-	-

Insuficiente	-	-
RELEVÂNCIA DA LEITURA DAS DIRETRIZES DE HIGIENE		
Sim	20	86,96
Não sabe onde encontrar	1	4,35
Não tem tempo para pesquisar	2	8,7
Não considera importante	-	-
TIPOS DE LIMPEZA REALIZADAS NO SETOR		
Terminal e Concorrente	10	43,48
Diária e Terminal	02	8,7
Terminal, Concorrente, Terminal e Diária	01	4,35
Não souberam responder	10	43,48
FREQUENCIA DA HIGIENIZAÇÃO NO SETOR		
Diariamente	11	47,83
A cada turno	02	8,7
De acordo com a necessidade	-	-
Duas alternativas	08	34,78
Três alternativas	02	8,70
QUAL A IMPORTANCIA DA HIGIENIZAÇÃO DO AMBIENTE NA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR?		
Muito pouca	-	-
Pouca	-	-
Média	-	-
Grande	1	4,35
Muito grande	22	95,65

FONTE: Pesquisa direta, João Pessoa, PB, 2019.

DISCUSSÃO

No que se refere à faixa etária dos participantes, o estudo mostra que a maioria se encontra na faixa etária de 31 a 40 anos, o que revela uma amostra relativamente jovem. Segundo a Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ, 2015), os trabalhadores de enfermagem incluem desde profissionais no começo da carreira (auxiliares e técnicos, que iniciam com 18 anos; e enfermeiros, com 22) até os aposentados (pessoas de até 80 anos).

Apesar de haver pessoas jovens na carreira da enfermagem o autor afirma que as alterações estruturais nos sistemas produtivos para a expressão frente a globalização, bem como o resultante empenho de competitividade pelos dirigentes econômicos têm levado a um processo de recombinação radical e frequente do mercado de trabalho. Cavalcante *et al.* (2017)

Ao contrário dos resultados apontados no estudo, quanto à maioria de pessoas

jovens, não é uma adversidade típica brasileira, obstáculos para a ampliação da necessidade de mão-de-obra, para no momento oportuno absorver os que entram no mercado de trabalho, resultando em taxas de inatividade alta, em especial para os mais jovens. Ainda sobre a questão da inativação dos jovens que é comumente elevada em comparação da população em geral, o crescimento observado no Brasil expressa apreensão, bem como pelo nível atingido, e progressiva remoção da taxa de inocupação geral (SANTOS, GIMENEZ, 2015).

Em análise acerca do predomínio das mulheres na enfermagem, em que aparece um percentual de 95,65% do público feminino, estudos apontam que a presença da mulher nas práticas de enfermagem vem desde os tempos antigos, por intermédio das gerações. No final do século XIX, sob a influência de Florence Nightngale ocorreu a feminilização das práticas de enfermagem, de modo que às mudanças são constantes, todavia ainda permanece o sexo feminino a frente do cuidado (SOUZA *et al*., 2014).

Essa realidade caracteriza-se por fatores com mais aproximação sócio-histórica no exercício das atividades que envolvem o cuidar. Nesse sentido, a predominância da mulher na profissão desde os primórdios persiste, permanecendo a equipe de enfermagem em maior parte composta por sua força de trabalho feminina. O que reafirma a mulher na faixa etária de adulto jovem, como representante mais expressiva dos trabalhadores de enfermagem (SILVA, 2014).

Quanto à escolaridade a maioria possui pós-graduação e estão formados entre 01 e 10 anos. A pós-graduação e sua colaboração na produção de conhecimentos para a qualificação profissional e também para a articulação de respostas às demandas colocadas pela sociedade tem papel primordial as universidades e os pesquisadores, em diversos níveis, envolvidos nesse processo (COSTA *et al.*, 2014).

Verifica-se que 82,61% (19), dos entrevistados receberam treinamento por parte do hospital que atuam, concordando com outro estudo que afirma que a educação permanente é considerada também fundamental para uma tomada de consciência da necessidade da formação profissional sistemática, programada de modo a atingir todos os níveis, oferecendo a todos a oportunidade de crescimento profissional e pessoal. Sales *et al*. (2018) A eficácia do treinamento de enfermeiros para uma assistência à saúde, em nível hospitalar, depende diretamente das experiências de ensino-aprendizagem

proporcionadas por essa Instituição, cujo programa global deve conter as ações de saúde que lhe compete prestar à população que lhe é adstrita. Isto significa que é intrínseco ao hospital, como a qualquer instituição produtora de bens ou serviços, responsabilizar-se pelo contínuo aperfeiçoamento de todo o seu corpo de pessoal (JOHNSON *et al.*, 2015).

Pesquisa realizada no Mato Grosso do Sul, afirma que na enfermagem, essa responsabilidade de treinamento e consequente capacitação está diretamente ligada ao serviço de Educação Permanente, que é o órgão corresponsável por treinar e capacitar os funcionários, a fim de realizarem adequadamente suas atribuições. Para tanto, é necessário o planejamento detalhado das propostas de capacitação de pessoal que alberguem conhecimento nas dimensões técnico-científica, ético-política e sócio-educativa. É necessário, ainda, que envolvam todas as dimensões do ser humano, ressaltando os valores sociais, políticos, religiosos e filosóficos que influenciam a percepção, o raciocínio, o julgamento e as decisões do aprendiz (MIRANDA, 2016).

O treinamento é muito importante para o aperfeiçoamento não só da área de controle de infecção, mas também para outros profissionais de outros setores, pois um simples ato pode corromper a vida de uma pessoa. Em relação ao treinamento sobre o controle de infecção nas instituições hospitalares, percebe-se que depende de cada instituição a sua implementação para a capacitação dos profissionais da área (LAM *et al.*, 2014).

Em relação à confecção do Protocolo Operacional Padrão (POP), todos os entrevistados 100% (23), relataram que a instituição elaborou o POP. A equipe dos serviços de saúde, a busca pela qualidade tem ocorrido principalmente com investimentos em processos educativos. Tal fato é uma apreensão constante do enfermeiro, pois não é incomum a exposição da equipe de enfermagem na mídia, devido à divulgação de erros de procedimentos, imprudência e falta de cumprimento de protocolos nos serviços de saúde (TRICK *et al.*, 2017). Dessa maneira, faz-se necessária a definição de padrões e ampliação da cultura de qualidade dos serviços da enfermagem, tornando-se, assim, imprescindível o papel do enfermeiro em implementar estratégias para que a sua equipe assegure aos pacientes a assistência desejada (OLIVEIRA *et al*., 2015).

Quando os entrevistados da atual pesquisa foram indagados sobre a participação deles na elaboração desse POP, foi visto que 73,91% (17) deles não participaram dessa

elaboração. Uma ferramenta gerencial que o profissional enfermeiro pode utilizar para melhorar a qualidade da assistência prestada é a padronização das intervenções de enfermagem, por meio POP, que deve ser construída juntamente com a sua equipe, levando em consideração a realidade do serviço e estimulando o alcance de melhorias em suas atividades, indo contrário ao que diz Hartz (2016).

A padronização dos procedimentos é considerada um instrumento gerencial atual e tem sido amplamente estudada pela enfermagem. Os resultados de sua utilização demonstram que se trata de uma ferramenta moderna que apoia a tomada de decisão do enfermeiro, possibilita corrigir as não conformidades, permite que todos os trabalhadores prestem cuidado padronizado para o paciente de acordo com os princípios técnico-científicos e, ainda, contribui para dirimir as distorções adquiridas na prática, tendo também finalidade educativa, diante disso é primordial a participação na elaboração dele (MIRANDA, 2016).

Além disso, a adoção de protocolos de cuidados pode proporcionar maior satisfação para a equipe de enfermagem e para o paciente, maior segurança na realização dos procedimentos e, consequentemente, maior segurança para o paciente, objetivando garantir um cuidado livre de variações indesejáveis na sua qualidade final, assim como implementar e controlar as ações assistenciais de enfermagem permeadas pela visão de integralidade do paciente. O gestor dos serviços de saúde deve entender a importância e responsabilidade no planejamento de ações educativas junto aos profissionais de saúde de sua instituição, sempre pautadas nas melhores evidências científicas (FOX; BUTLER, 2016; FERREIRA, 2015).

Foi observado nesse estudo que 43,48% (10) responderam que tem excelente conhecimento sobre as normas de higienização, esse mesmo percentual foi apontado para os que consideram que tem bom conhecimento. É altamente importante o conhecimento dos profissionais sobre as normas de higienização dentro das instituições de trabalho, pois, o cuidado em saúde tem sido caracterizado como resultante de um complexo sistema sócio-técnico, no qual papéis e responsabilidades, geralmente desafiam definições formais, tais como as descrições das atividades do trabalho. Nesse sistema, erros podem ocorrer em função do aspecto exploratório inerente ao permanente processo de aprendizagem associado à execução do trabalho clínico. Assim, corrobora com

Nascimento e Travassos (2015).

Na área de Segurança do Paciente, as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), representam um problema para o qual convergem pesquisas, procedimentos e estratégias, que abrangem desde a criação de insumos e tecnologias de alta complexidade até o treinamento dos recursos humanos e o envolvimento dos pacientes (PESSOA-SILVA *et al.*, 2012; EBSERH, 2017).

Duas questões importantes resultam do não conhecimento das normas de higienização. A primeira é o consenso de que o conhecimento e a prática da higienização é uma medida simples, de baixo custo e baixa complexidade e, portanto, um dos pilares na prevenção e controle da infecção hospitalar. A segunda é o reconhecimento, apontado por diversos estudos, da baixa adesão dos profissionais de saúde à prática de higienização. A baixa adesão à higienização constitui uma violação às normas prescritas e nos parece ser um fenômeno e condição exemplar a ser investigado com vistas à prevenção de erro. Os achados no presente estudo vão contrário ao que diz Oliveira *et al*. (2015).

Em relação à limpeza no setor de atuação dos entrevistados, 43,48% (10) relataram que é feita a limpeza terminal e a concorrente. A limpeza para 47,83% (11) dos entrevistados é feita diariamente. Dentre as atividades executadas no cotidiano dos hospitais há a limpeza de unidade, reconhecendo-a como uma das formas de manter o ambiente hospitalar biologicamente seguro. A unidade do paciente tem sido definida como o conjunto de espaços e de móveis destinados a cada paciente, variando seus componentes de hospital a hospital. A literatura tradicional de enfermagem distingue dois tipos de limpeza de unidade: a concorrente e a terminal. A concorrente é aquela realizada diariamente em algumas partes da unidade e em objetos pessoais após o seu uso. A limpeza terminal é feita em todos os componentes da unidade e tem sido indicada quando o paciente desocupa o leito por motivo de alta, óbito, transferência, período de hospitalização prolongada e nos casos de término de isolamento (ANDRADE *et al.*, 2016; BRASIL 2009).

Assim, de uma maneira geral, os dois tipos de limpeza são realizados para a remoção de sujidade, com a finalidade primordial de impedir a disseminação de microorganismos que colonizam as superfícies horizontais dos mobiliários, como *Staphylococus aureus*, *Clostridium difficile*, *Pseudomonas sp*, *Proteus sp*, *Serratia*

marcescens, *Candida sp* e outros. Dessa forma, os achados no estudo em questão corrobora com a literatura sobre a importância dessa limpeza ser realizada de acordo com Ayliffe (2015).

No processo de limpeza de unidade é recomendada ser feita diariamente, sempre que houver necessidade de tal procedimento, usando produtos químicos com ação germicida, eficazes para remoção e destruição de microorganismos existentes na superfície (BARROS, 2016; ANVISA, 2012; BRASIL, 2017).

CONCLUSÃO

Esse estudo teve como resultados que a maioria dos participantes receberam capacitação sobre higienização hospitalar, concordam que deve haver mais investimentos acerca da educação continuada, que existe Protocolo Operacional Padrão na instituição, entretanto, não houve participação da maioria deles na elaboração do mesmo.

Nesse âmbito, como estratégia para melhorar o cuidado de enfermagem ao paciente, é necessário formação com maior ênfase em infecção hospitalar, constante capacitação/conscientização dos profissionais frente à prevenção e controle de infecções, além da ética que envolve a questão e cada categoria profisisonal, com a ciência de que todos devem prezar pela vida do paciente, executando ações com responsabilidade, livre de danos decorrente de negligência, imperícia e imprudência.

Em relação ao Procedimento Operacional Padrão, a sua adoção no dia a dia da instituição se trata de um componente positivo, o qual gera uma prestação de assistência padronizada e em conformidade com parâmetros técnico-científicos instituídos e acatados pela comunidade científica, porém os funcionários da instituição devem participar da elaboração, contribuindo para dirimir as distorções adquiridas na prática, tendo também finalidade educativa, diante disso é primordial a participação na elaboração deste.

Esse estudo teve como limitações os horários disponíveis pelos profissionais para responderem os questionários, demandando muito tempo durante a coleta dos dados. Mas, essa pesquisa abre as portas para uma gama de discussões no âmbito da infecção hospitalar, tornando-se um leque para a realização de inúmeros estudos que contemplem os vários aspectos que envolvem a temática, especialmente por parte dos profissionais de enfermagem, pois são os que passam mais tempo na instituição de saúde e realizam a

maior parte dos procedimentos junto aos pacientes.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, D.D.; *et al*. Condição microbiológica dos leitos hospitalares antes e depois de sua limpeza. **Revista de Saúde Pública**, v.34, p.163-169, 2016.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde:** limpeza e desinfecção de superfícies. Brasília, 2012.

AYLIFFE, G.A.J. **Princípios para la desinfectión en un hospital**. Laboratório, v.78, p.223-35, 2015.

BARROS, M.M.A.; *et al*. O enfermeiro na prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde . **Universitas**, v. 14, n. 1, p. 15-21, jan./jun. 2016.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Ministério da Saúde. **Higienização das Mãos em Serviços de Saúde**. Brasília, 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos** / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. 105p.

CAVALCANTE, P.; *et al*. **Inovação no setor público:** teoria, tendências e casos no Brasil. Brasília: Enap: Ipea, p.266, 2017.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 564,06 de dezembro de 2017.** Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-642017_59145.html. Acesso em: 30.03.19.

COSTA, C. M. M. Da.; *et al*. Contribuições da pós-graduação na área da saúde para a formação profissional: relato de experiência. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.4, p.1471-1481, 2014.

EBSERH, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) – Ministério da Educação. **Protocolo/Limpeza e desinfecção de superfícies**. Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar do HC - UFTM, Uberaba, 2017. 23p.

FERREIRA, A.M.; *et al*. Avaliação da desinfecção de superfícies hospitalares por diferentes métodos de monitoramento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 466-74, maio-jun. 2015. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 13.04.19.

FIGUEIREDO, D.A. **Fatores de risco associados à infecção hospitalar em uma Unidade de Terapia Intensiva**. João Pessoa, 2012.

FLICK, U. **Introdução à Metodologia de Pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013

FOX, M.T.; BUTLER, J.I. Nurses' perspectives on how operational leaders influence function-focused care for hospitalised older people. **J Nurs Manag** [Internet], 2016 Disponível em: http://doi.wiley.com/10.1111/jonm.12421.

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ – **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil.** 2015. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil. Acesso em: 30 de nov. 2019.

HARTZ, Z.M.A**. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas** [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. Disponível em: http://static.scielo.org/scielobooks/3zcft/pdf/hartz-9788575414033.pdf.

INOVE, S. **7 tipos de higienização importantes para a limpeza hospitalar**. 2017, Disponível em: http://www.inoveservicos.com.br/7-tipos-de-higienizacao-importantes-para-a- limpeza-hospitalar/. Acesso em: 29.03.19.

JOHNSON, P.D.; *et al*. Efficacy of an alcohol/ chlorhexidine hand hygiene program in a hospital with high rates of nosocomial methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA). **Med J Aust**, v.183, p.509- 514, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16296963. Acesso em: 17.04.19.

LAM, B.C.; *et al*. Hand hygiene practices in a neonatal intensive care unit: a multimodal intervention and impact on nosocomial infection. **Pediatrics,** v.114, p.565-571, 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15492360. Acesso em: 07.05.19.

LONGTIN Y, S.H.; *et al*. Hand Hygiene Practices among Medical Students. **New England Journal of Medicine**. v. 363, n. 13, 2011. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/28e9/8632dd9fb62feb68187a7e998b5a2514c3df.pdf. Acesso em: 23.04.19.

MIRANDA, A.L.; *et al*. Resultados da implementação de um protocolo sobre a incidência de Infecção do Trato Urinário em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Latino-Am Enferm**, v.24, e2804, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24- 02804.pdf.

NASCIMENTO, N.B.D.; TRAVASSOS, C.M.D.R. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, v.20, p.625-651, 2015.

NETO, J. C. N. **Metodologia da Pesquisa Científica:** da graduação à pós-graduação. 1. ed. Curitiba, PR: CRV, 2012.

OLIVEIRA, A.R.S.; *et al.* From The Principles of Practice to The Nursing Outcomes Classification: perspectives on care strategies. **Ciênc Cuid Saúde**, v.14, n.1, p.986–92, 2015. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude /article/view/22034/14208.

PESSOA-SILVA, C.L.; *et al*. Infection due to extended-spectrum beta-lactamaseproducing Salmonella enterica subsp. enterica serotype infantis in a neonatal unit. **J. Pediatr**., v.141, n.3, p. 381-7, 2012. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12219059. Acesso em: 21.05.19.

ROSENTHAL, V.D.; *et al*. Reduction in nosocomial infection with improved hand hygiene in intensive care units of a tertiary care hospital in Argentina. **Am J Infect Control**, v. 33, p.392-397, 2015. Disponível em: ttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16153485. Acesso em: 05.05.19.

SALES, B.C.; *et al*. Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.71, n.1, 2018.

SANTOS, A. L. dos, GIMENEZ, D. M. Inserção dos jovens no mercado de trabalho. **Estudos Avançados**, v.29, n.85, São Paulo Sept./Dec. 2015.

SILVA, A.H. O perfil do enfermeiro na promoção de saúde. **(Monografia Conclusão de Curso). UFMG**, 2014. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6160.pdf. Acesso em: 02.05.19.

SOUZA L. L.; *et al*. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências & Cognição**, v. 19, n.2, p. 218-232, jul., 2014.

TRICK, W.E.; *et al*. Multicenter intervention program to increase adherence to hand hygiene recommendations and glove use and to reduce the incidence of antimicrobial resistance. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v.28, n.1, p.42-49, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17230386. Acesso em: 09.04.19.

CAPÍTULO XIX

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL ESCOLA SOBRE A ESCALA DE BRADEN

Adriana de Lima Cabral[82]; Viviane Cordeiro de Queiroz[83];
Cynthia Cybelle Rodrigues dos Santos[84]; Alexsandra de Luna Freire Holanda[85];
Viviane Michele da Silva[86].
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-19

RESUMO:
Reduzir os índices de Lesão por pressão tem sido uma preocupação constante dos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem. Uma das recomendações do *National Pressure Ulcer Advisory Panel* em 2014, foi realizar avaliação estruturada para identificar os pacientes em risco de desenvolver lesão por pressão. Para auxiliar na avaliação do risco foram desenvolvidos instrumentos, denominados de escalas de predição de risco, dentre as quais a escala de Braden. Baseado nisso, este estudo tem como objetivo identificar o conhecimento dos enfermeiros de um hospital escola sobre a aplicação da Escala de Braden como instrumento preditivo para avaliação da lesão por pressão. Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa, realizado nas unidades de internação do Hospital Universitário de uma instituição particular, localizado no município de João Pessoa/PB. A amostra foi composta por 30 enfermeiros. Os dados foram coletados no mês de novembro de 2019, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança. Foram respeitados todos os passos preconizados pela Resolução CNS 466/12 da pesquisa envolvendo seres humanos. Os resultados apontaram que 87% dos participantes eram do gênero feminino, 57% encontravam-se na faixa etária entre 20 e 30 anos, 83% tinham tempo de formação de 1 a 10 anos. Quando arguidos acerca do conhecimento sobre a Escala de Braden, 83% informaram já conhecer, 70% consideraram- se aptos para aplicar a escala, quando questionados quanto ao número de subescalas existentes na Escala de Braden, 34% referiram existir menos de seis subescalas. Com o presente estudo verificou-se que os enfermeiros conhecem a Escala de Braden, porém necessitam de capacitação para melhor domínio da mesma, uma vez que desconhecem o número de subescalas existentes na Escala de Braden.
PALAVRAS-CHAVE: Escala de Braden; Conhecimento. Enfermagem.

82 Bacharel em Biomedicina (CRBM 29295), Lattes: http://lattes.cnpq.br/3316023075009869. E-mail: adrianadelima1998@gmail.com
83 Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFPB. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade IBRA/MG. João Pessoa – PB – Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7705025336495099. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2037-921X. E-mail: vivicordeiroqueiroz35@gmail.com
84 Enfermeira graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa – PB – Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4060512655206862. E-mail: cyncyb@gmail.com
85 Enfermeira. Pós-graduanda em Centro Cirúrgico, CME e SRPA pela Faculdade CEFAPP. João Pessoa - PB – Brasil. E-mail: alexsandraluna1989@gmail.com
86 Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Docente do Curso Técnico de Enfermagem da Escola São Vicente de Paula. João Pessoa - PB - Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9232004755225152 . E-mail: vivi-michele015@gmail.com

INTRODUÇÃO

A lesão por pressão (LPP), terminologia utilizada desde 2016, é definida segundo o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP), como detrimento da pele ou tecido mole subjacente, na maioria das vezes sobre uma proeminência óssea, podendo ainda está associada a dispositivos médicos (MORAES *et al.*, 2016).

As LPP são consideradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um evento adverso, várias são suas causas, inclui fatores externos e internos como condições clínicas do paciente, idade, umidade da pele, pressão exercida sobre determinada área, dispositivos médicos, dentre outros. Muitas vezes esse tipo de lesão pode ser evitada, sua presença é considerada um indicador da qualidade da assistência à saúde, onde índices baixos significam uma boa assistência, estando associado ao cuidado de enfermagem de qualidade (MAZZO *et al.*, 2018).

As LPP são consideradas um grave problema de saúde pública em todo o mundo, e para as instituições hospitalares uma preocupação por aumentar o tempo de internação do paciente, aumentando os custos financeiros para as instituições e muitas vezes trazendo prejuízo também para o paciente e familiares (GOMES *et al.*, 2017).

Esse tipo de lesão pode se instalar em pacientes, em qualquer cenário da assistência, hospitalar, domiciliar ou em instituição de longa permanência. A incidência e prevalência, varia de acordo com a unidade em que o paciente se encontra. Na Europa e Canada estudos revelaram uma prevalência oscilando de 8,3 a 23% em internações prolongadas. Nos EUA, a prevalência varia entre 3% a 14%, aumentando para 15 a 25% em pacientes acamados. Na China identificou-se uma prevalência de 1,58% e incidência de 0,63% (BORGHARDT *et al.*, 2015).

Justifica-se a prevalência e incidência respectivamente da China demonstrar uma baixa em relação a estudos desenvolvidos em outros países, por ser uma população e cuidados preventivos diferenciados e por ter sido desenvolvido em instituições diferentes das dos países europeus (BARROS; SILVA; ANDRADE, 2014). No Brasil, essa incidência e prevalência respectivamente oscilam entre 23,1 a 59,5% nas unidades de terapia intensiva, de 15 a 20% em instituições de longa permanência e de 30 a 50% em centros de reabilitação (BORGHARDT *et al*., 2014). Observa-se que mesmo nos dias atuais e com as inúmeras tecnologias existentes as taxas de incidência e prevalência dessas

lesões são elevadas, e variam de acordo com a unidade em que o paciente se encontra. Porém, reduzir essas taxas tem sido motivo de preocupação nos serviços de saúde para diminuir os custos e evitar agravar o estado clínico do paciente que pode evoluir para óbito (SOUZA, 2018).

Reduzir os índices de LPP tem sido uma preocupação constante dos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem, uma das recomendações do *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) em 2014, foi realizar avaliação estruturada para identificar os pacientes em risco de desenvolver lesão por pressão (GALVÃO *et al.*, 2017).

Para auxiliar na avaliação do risco foram desenvolvido instrumentos, denominados de escalas de predição de risco porem, além das escalas é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento do estado clinico do paciente, para assim poder identificar os fatores de risco e implementar intervenções preventivas para lesão por pressão de forma individualizada e de acordo com a necessidade de cada paciente (ROLIM *et al*., 2015).

Dentre as várias escalas desenvolvidas para avaliar o risco do paciente desenvolver LPP, tem-se a escala de Braden, na qual é americana, mas foi traduzida para o Brasil em 1999 por Santos e sendo, desde então, tem sido a mais utilizada na pratica assistencial e em pesquisa (ZIMMERMAN *et al.*, 2018).

A mesma é composta por seis parâmetros os quais são: percepção sensorial, umidade, estado nutricional, grau de atividade, mobilidade, fricção e cisalhamento. Esses apresentam pontuação que varia de 1 a 4 pontos com exceção do parâmetro fricção e cisalhamento que vai de 1 a 3 pontos. Seu escore total varia de 6 a 23, sendo o risco classificado em baixo (15-18), moderado (13-14), alto (10-12) e muito alto (menor ou igual a 9), portanto quanto menor o escore total, maior o risco de desenvolver LPP (DEBON *et al.*, 2018).

Porém, avaliar o risco de os pacientes desenvolver LPP é um processo que exige interpretação de vários aspectos, mesmo utilizando uma escala, temos que associá-la ao julgamento clínico, assim o conhecimento do instrumento no qual utilizaremos proporcionara maior segurança na escolha dos parâmetros e na classificação do risco (CAMPANILI, *et al.*, 2015).

O presente tema ressalta a importância do papel do enfermeiro frente a prevenção de LPP, sendo a lesão por pressão um problema da atualidade fez-se necessário entender como podemos preveni-las. As escalas de predição de risco é uma forma inovadora de predizer o risco de lesão por pressão e dentre as mais utilizadas aqui no Brasil encontramos as escalas de Braden, na qual é mais utilizadas tanto em pesquisas como na pratica assistencial. É uma ferramenta importante para detecta o risco dessas lesões e se usada corretamente pode leva ao enfermeiro a ter uma visão mais completa do seu paciente e posteriormente realizar um plano de cuidado (SANTOS; LINO, 2018).

Sendo assim, faz-se necessário entender como de fato a escala funciona de modo a poder contribuir com o dia a dia da prática assistencial de forma a auxiliar na prevenção das LPP. Diante disso, surgiu os seguintes questionamentos: Os enfermeiros de um hospital escola conhecem a escala de Braden? Será que os enfermeiros têm dúvidas sobre a escala de Braden? Para isso, teve-se como objetivo identificar o conhecimento dos enfermeiros de um hospital escola sobre a aplicação da Escala de Braden como instrumento preditivo para avaliação da lesão por pressão.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativo. Tem como finalidade observar os fatos de maneira como ocorrem na realidade, coletar dados referentes aos elementos observados e depois analisá-los (CHEHUEN NETO, 2012). A pesquisa foi realizada nas unidades de internação do Hospital Universitário Nova Esperança (HUNE), localizado no bairro de Jaguaribe, no município de João Pessoa / PB. Essa escolha se dá em virtude de o hospital ser próprio da Instituição de Ensino, o que facilitará a realização da pesquisa.

A população do estudo foi constituída por todos os enfermeiros assistenciais do HUNE, que corresponde a um número de 33 enfermeiros; sendo seis na unidade de terapia intensiva, vinte na clínica medica, quatro no bloco cirúrgico, 03 na hemodinâmica. A amostra inicial seria composta por 31 enfermeiros, para esse quantitativo foi utilizado a calculadora para cálculo amostral online do programa *Survey Monkey*, com nível de segurança 95% e margem de erro de 5%, porem um enfermeiro não devolveu o instrumento de coleta de dados, sendo a amostra constituída por 30 enfermeiros.

Foram considerados critérios de inclusão: encontrar-se no ambiente de trabalho no momento da coleta de dados, ter no mínimo dois meses de serviço na instituição. Como critérios de exclusão: encontrar-se de férias e /ou licença médica.

A coleta dos dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário estruturado. Para organização dos dados, o questionário foi divido em duas partes: a primeira composta por variáveis referentes a caracterização do perfil sócio demográfico dos participantes e a segunda, por questões relacionadas aos objetivos da pesquisa.

O projeto foi avaliado primeiramente pela banca examinadora e em seguida encaminhado para a provação do Comitê de Ética e pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, que se deu entre os meses de junho a outubro de 2019, em datas e horários predeterminados pelos responsáveis. A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2019, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança FACENE/FAMENE, como também, após o encaminhamento de um ofício da Coordenação do Curso de Enfermagem para os responsáveis pela instituição onde será realizada a pesquisa.

Inicialmente foi realizado um contato prévio com os Enfermeiros de cada setor para explanação dos objetivos do estudo e a importância da participação dos mesmos na pesquisa. Neste momento, foi solicitado a assinatura do TCLE indicando a adesão e aceitação dos enfermeiros em participar da pesquisa. No segundo momento foi realizado à aplicação do questionário. Com o objetivo de diminuir a possibilidade de inibição dos participantes durante a aplicação do instrumento de coleta de dados, a pesquisadora solicitou a possibilidade de utilizar um ambiente reservado, com a presença apenas dos enfermeiros, sem a interferência de outras pessoas.

As informações coletadas foi agrupadas e compiladas através de um aplicativo computacional (*Microsoft Excel*) de acordo com as necessidades e/ou complexidades impostas pelo problema. Serão analisados com base na estatística descritiva (números absolutos, media e percentuais) e os dados apresentados por meio de gráficos ilustrativos e tabelas e discutido a luz da literatura pertinente.

A pesquisa seguiu os aspectos éticos preconizados pela Resolução COFEN 564/2017, que trata do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem e ressalta em seu Art.90 que a pesquisa deverá ser cancelada se representar perigo à vida do

entrevistado, bem como no Art. 91 os princípios da sinceridade, integridade, lealdade e respeito na divulgação dos resultados (COFEN, 2017). E pela Resolução CNS 466/12, no art. III, que implica no respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando ao participante a voluntariedade para contribuir e permanecer na pesquisa, após assinatura do TCLE bem como desistir da participação em qualquer tempo (BRASIL, 2012).

Além da Norma Operacional Nº 001/2013 MS/CNS que dispõe sobre a organização e funcionamento do Sistema CEP/CONEP, e sobre os procedimentos para submissão, avaliação e acompanhamento da pesquisa e de desenvolvimento envolvendo seres humanos no Brasil, nos termos do capítulo XIII, da Resolução 466/12 MS/CNS (BRASIL, 2013).

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos e benefícios em tipos e gradações variados. Esta pesquisa pôde apresentar risco mínimo, de ordem psicológica, aos participantes, pelo possível constrangimento provocado ao responderem o questionário. Como benefício, a pesquisa poderá contribuir com o engrandecimento do conhecimento técnico científico e reflexões sobre os cuidados de enfermagem em torno das Lesões por pressão.

Para minimizar os riscos foi realizado uma explicação prévia do objetivo e benefício da pesquisa, assegurado a garantia do sigilo e anonimato das informações obtidas no questionário e liberdade de responder ao instrumento em local reservado sem interferir no seu serviço. A decisão de participar ou não do estudo foi tomada exclusivamente pelos participantes de livre e espontânea vontade, em qualquer etapa do seu desenvolvimento.

RESULTADOS E DISCURSSÃO

Dentre os 30 entrevistados nesta pesquisa, a caracterização sócio demográfica apresentou um perfil predominantemente feminino (87%), com idade na faixa etária de 20-30 anos (57%), com média de 1 a 10 anos de formação (83%), de 1 a 5 anos de trabalho na instituição (47%) e com nível de pós graduação referente a especialização(63%), porém apenas um (3%) na área de dermatologia.

Tabela 1- Distribuição da amostra segundo a caracterização demográfica dos (as) enfermeiras (os) da pesquisa. João pessoa-PB, 2019 (n=30).

VARIÁVEL	N	%
Sexo		
Masculino	4	13
Feminino	26	**87**
Faixa Etária		
De 20-30 anos	17	57
De 31 a 40 anos	12	40
> que 40 anos	01	3
Tempo de Formação		
< de 1 ano	01	3
De 1 ano a 10 anos	25	**83**
> que 10 anos	03	10
Não respondeu	01	3
Tempo de Trabalho na Instituição		
< de 1 ano	14	47
De 1 ano a 5 anos	14	**47**
> de 5 anos	02	7
Pós-Graduação		
Especialização	19	63
Mestrado	01	3
Doutorado	00	00
Não respondeu	10	34
Total	**30**	**100**

Fonte: Pesquisa Direta. João Pessoa/ PB, 2019.

Nesta pesquisa observa-se a predominância do sexo feminino o que corrobora com a pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), onde o gênero feminino predomina na profissão, correspondendo a 87,24% dos profissionais em todo o Brasil, tendo apenas 12,76% do sexo masculino (BAVARESCO; MEDEIROS; LUCENA, 2011). Segundo Souza (2018) o cuidar sempre esteve relacionado ao sexo feminino desde a antiguidade, na qual está era responsável pelo cuidar dos homens, crianças, idosos e delas próprias.

No Brasil tem sido a mais utilizada e testada até o momento, foi adaptada para o idioma nacional em 1999. As escalas tem um grande poder aquisito de conhecimento, pois sua aplicação tem facil desenvolvimento, e a aplicabilidade, porém é importante que a equipe multipliscinar tenha conhecimento de cada subsescala, para assim denotar cada escore correto para cada perfil do paciente (MATOZINHO et al., 2017; SILVA, 2017).

Diante do exposto, observa-se que apesar dos participantes informarem que conhece algum instrumento de predição de risco para LPP, 43% (10) dentro dos 77% (23) que referiram conhecer instrumentos citaram medidas preventivas em vez de escalas e/ou instrumentos preditivos. Cada escala tem sua dimensão, e a equipe multidisciplinar precisa ter um conhecimento teórico para poder aplicar, deste modo a sistematização da assistência tem eficácia (SOARES; HEIDEMANN, 2018).

Com relação aos questionamentos referentes ao conhecimento dos enfemreiros sobre a escala de Braden, observa-se no Quadro 1, que 83% (25) dos enfemreiros já ouviram falar da Escala de Braden, 50% (15) referem não utilizarem a EB no setor de trabalho como instrumento preditivo de LPP e 50%(15) não utilizam a escala na pratica assistencial. Quanto aos participantes se sentirem aptos para aplicar a escala, 70% (21) referem se sentirem capazes de aplicarem a Escala de Braden no seu serviço. Em relação ao momento que utilizam a escala de Braden, 50% (15) referiram diariamente e 20% (06) apenas no momento da admissão.

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo as questões relacionadas à temática. João Pessoa-PB, 2019 (n=30).

VARIAVEL	N	%
Já ouviram falar na Escala de Braden		
Sim	25	83
Não	05	17
A Escala de Braden é utilizada no setor como instrumento preditivo do risco de LPP?		
Sim	14	47
Não	15	50
Não responderam	01	3
A Escala de Braden é utilizada na sua prática assistencial?		
Sim	15	50
Não	15	50
Você se considera apto para aplicar a Escala de Braden?		
Sim	21	70
Não	09	30
Em que momento utiliza a Escala de Braden?		
Apenas na admissão do paciente	06	20
Diariamente	15	50
Não utiliza	03	10
Não respondeu	03	10

Outras respostas	03	10
TOTAL	**30**	**100**

Fonte: Pesquisa Direta. João Pessoa/ PB, 2019.

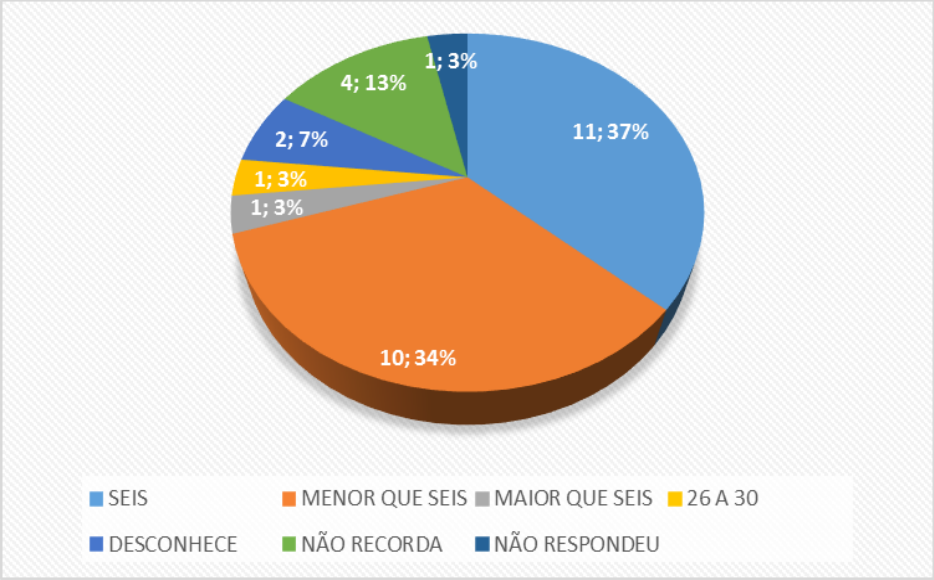
É importante que o enfermeiro tenha conhecimento sobre alguma escala de predição de risco das LPP, dentre os instrumentos traduzidos para o idioma nacional, a Escala de Braden é a mais utilizada por ser um instrumento considerado de fácil aplicação, e tem sido utilizada em vários setores, mas principalmente na unidade de terapia especifica, tanto na pratica assistencial como em pesquisas relacionadas a prevenção das LPP (DEBON et al., 2018). No quadro acima observa-se que a escala de Braden não é adotada como instrumento preditivo na pratica assistencial, sabe-se que a escala auxilia na identificação do paciente em risco de desenvolver a LPP, proporcionando uma assistência qualificada (ROLIM et al., 2013).

É necessario que os enfermeiros estejam empenhados em aplicar a Escala de Braden, capacitando sua equipe na detecçao e na prevenção dos fatores de risco, garantindo e ofertando melhor conforto para o seu paciente. Em estudo de caso observou que a escala de braden tem grande determinante na clausula domiciliar, predizendo o risco de adquirir lesões por pressão (DANTAS, 2014).

Um instrumento de predição de risco para detectar adiantado é importante para que seja criadas medidas de prevenção, contribuindo para uma assistência de qualidade (SANTOS; LINO, 2018).

Em relação as respostas dos participantes quanto ao numero de subescalas existentes na Escala de Braden, 37% (11) referiram existir seis subescalas, 34% (10) menos de seis subescalas. Avaliando o grafico e somando-se as respostas menor que seis, maior que seis e entre 26 a 30, obtem-se um percentual maior de respostas erradas em relação a certa, o que pode indica que os enfermeiros apesar de referirem conhecer a escala de Braden não relataram o numero de subescalas corretamente.

GRAFICO 2: Distribuição das respostas dos participantes (n=30) quanto ao numero de subescalas existentes na Escala de Braden. João Pessoa-PB, 2019.

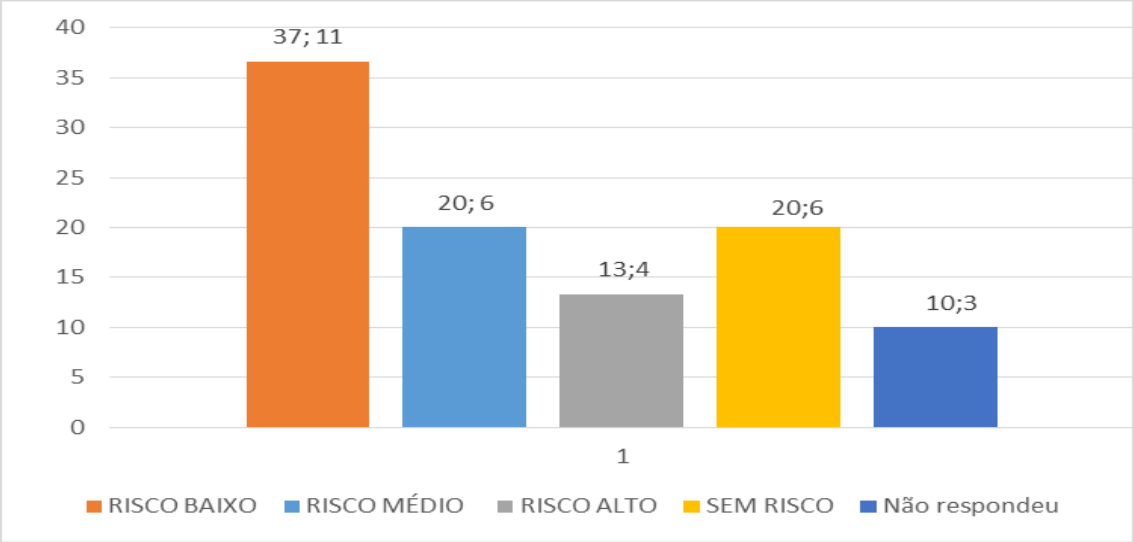


Fonte: Pesquisa Direta. João Pessoa/ PB, 2019.

A escala de Braden possui seis subescalas consideradas fatores de risco para desenvolver LPP no paciente, que são: que são: *Percepção sensorial*: capacidade do paciente para reagir significativamente ao desconforto relacionado à pressão; *Umidade*: nível em que a pele é exposta à umidade; *Atividade*: avalia o grau de atividade física; *Mobilidade*: capacidade do paciente em mudar e controlar a posição de seu corpo; *Nutrição:* padrão usual de consumo alimentar do paciente; Fricção e Cisalhamento: dependência do cliente para a mobilização e posicionamento e sobre estados de espasticidade, contratura e agitação que podem levar à constante fricção (PEDRONI; BONATTO; MENDES, 2014). Dessas seis subescalas, percepção sensorial, atividade e mobilidade avaliam determinantes clinicos de exposição para prolongada pressão; e tres mensuram a tolerancia do tecido a fricção, que são umidade, nutrição, fricção e cisalhamento (ROCHA *et al.*, 2017).

No gráfico 3, observa-se que 37% (11) dos participantes referiram que a soma da escala de Braden igual a 17 pontos, o risco do paciente em desenvolver LPP é baixo, enquanto que 20% (06) referiram risco médio e sem risco respectivamente.

GRAFICO 3: Distribuição das respostas dos participantes (n=30) quanto a classificação do risco quando a soma da Escala de Braden for 17. João Pessoa-PB, 2019



Fonte: Pesquisa Direta. João Pessoa/ PB, 2019.

Vieira, Guedes e Barros (2016), afirmam que quanto menor o escore maior a probabilidade de adquirir LPP. A cada subsescore a uma pontuação, onde os menores números, piores os prognósticos. Ao score adequado, aguns autores afirmam que o 16 , mais atualmente alguns recomendam o 18 como score , principalmente para pacientes pacientes idosos fisiologicamente instáveis (SALGADO, 2018).

Para Soares (2018), algumas ações são importantes para evitar, além do conhecimento teórico e pratico do profissional é importante que ele tenha um instrumento preditivo para notear sua prática. Segundo Debon *et al*. (2018), a pontuação da escala de braden, é de 4 a 23, onde (baixo risco) referen a pontuação com escore menor ou igual 16, de 11 a 16 equivale (risco moderado), abaixo de 11 indica risco alto de adquirir as LPP. De acordo com Wechi *et al.* (2017), a classificação de risco do paciente também se dar por vários fatores de risco como a idade do paciente, que maior de 65 anos, e com condições fisiológicas prejudicada, e mesmo com o score de 17 a 18 tem risco de adquirir as LPP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das análises dos dados, foi evidenciado que os enfermeiros tem pouco conhecimento sobre a escala de Braden, e que ainda precisam de uma didática que possam

estabelecer um contato maior com a mesma, é possivel observar que ainda não estão aptos para aplicar e validar os resultados, pois ainda desconhecem sobre cada subescala, dito isto, podemos inferir que os resultados desta investigação foram alcançados.

A instituição tem que planejar novas maneiras de poder ofertar esse vínculo dos profissionais com a escala, como projetos, palestras, para assim, ter maior conhecimento, para poder pontuar adequadamente cada subescala. O método da escala é de extrema importância, pois qualifica os cuidados de enfermagem, e tem grande benefício na saúde do paciente. A qualidade da assistência, trás benefícios tanto mentalmente quanto físicamente, pois, as lesões por pressão agride tanto a fisiologia do paciente como o emocional, retardando e podendo aumentar a comorbidade já existente dele.

As grandes dificuldades encontradas na pesquisa, foi por ser horário de troca de plantões, muitos levavam para casa e não devolviam o instrumento. O aperfeiçoamento da escala permitirá ao enfermeiro um maior embasamento na hora de pontuar e saber o que cada subsescala realmente afirma.

REFERÊNCIAS

BARROS, C.V.L,; SILVA, R.C; ANDRADE, J.M.S. Fatores preditivos para o desenvolvimento de úlceras por pressão segundo a escala de braden em pacientes de UTI. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações,** v. 12, n. 1, p. 327-337, jan./jul. 2014.

BAVARESCO, T.; MEDEIROS, R.H.; LUCENA, A.F. Implantação da Escala de Braden em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm**., Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 703-10, 2011.

BORGHARDT, A.T. *et al.;* Evaluation of the pressure ulcers risk scales with critically ill patients: a prospective cohort study**. Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n.1, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ arttext &pid=S0104- 11692015000100028. Acesso em: 29/03/2019.

BRASIL. MS - Ministério da Saúde. **Norma Operacional Nº 001/2013**. Brasília, 2013.

BRASIL. MS - Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012**.

Brasília, 2012.

CAMPANILI, T.C.; *et al.* Incidência de úlceras por pressão em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva Cardiopneumológica. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2015, v.49, n.spe, p.7-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid =S0080-6234201 5000700007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 13/05/2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 564/2017.** Disponível em: http//:www.confen.gov.br/resolução-cofen-no-5642017. _59145.html. Acesso em: 14/05/2019.

DANTAS, A.L.M.; *et al*. Prática do enfermeiro intensivista no tratamento da úlcera por pressão. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online.** Rio de Janeiro (RJ), v. 6, nº 2, p. 716-24, abr./jun., 2014. Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3081/pdf_1271.

DEBON, R., *et al*. A Visão de Enfermeiros Quanto a Aplicação da Escala de Braden no Paciene Idoso. **Rev Fund Care Online**. v. 10, n. 3, p. 817-823, 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.9789/2175- 5361.2018.v10i3.817-823 Acesso em 21-04/2019.

GALVÃO, N.S.; *et al.* Knowledge of the nursing team on pressure ulcer prevention. **Rev. Bras. Enferm., Brasília,** v.70, n.2, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200294. Acesso em: 08/05/2019.

GOMES, F.S.L.; *et al.* Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev Esc Enferm USP**. v.45, n.2, p,313-18, 2017.

MATOZINHOS, F. P. *et al*. Factors associated with the incidence of pressure ulcer during hospital stay. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017.

MAZZO, A.; *et al*. Ensino de prevenção e tratamento de lesão por pressão utilizando simulação. **Esc Anna Nery**, v. 22, n. 1, p. 2017-0182, 2018.

MORAES, J.T.; *et al*. Conceito e classificação de lesão por pressão: atualização do National Pressure Ulcer Advisory Panel. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 2, 2016.

CHEHUEN NETO, J. A. **Metodologia da pesquisa cientifica da graduação à pós-graduação.** Curitiba: CRV, 2012.

PEDRONI, L.; BONATTO, S.; MENDES, K. O impacto da desnutrição no desenvolvimento e na gravidade das úlceras por pressão: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 11, n. 1, 2014.

ROCHA, S.C.G.; *et al*. Comparação das escalas de avaliação de risco de lesão por

pressão. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 18, n. 4, p. 143-151, 2017.

ROLIM, J.A; *et al.* Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas. **Revista Rene** – Revista da Rede de Enfermagem no Nordeste, Fortaleza (CE), v. 14, nº1, p. 148-57, 2015. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/336. Acesso em:01 de dez de 2019.

SANTOS, L.R.C.L; LINO, A.I.A. Riscos de lesão por pressão: aplicação da Escala de Braden em terapia intensiva. ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther., 16: e0818. 2018. doi: 10.30886/estima.v16.443_PT.

SILVA, D.R.A.; *et al.* Pressure ulcer dressings in critical patients: a cost analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017.

SOARES, C.F.; HEIDEMANN, I.T.S.B. Promoção da saúde e prevenção da lesão por pressão: expectativas do enfermeiro da atenção primária. **Texto contexto - enferm. [online].** v..27, n.2, 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201 80001630016. Acesso em: 04/05/2019.

SOUZA, A.P.M.A. Escala de Braden: evidência psicométrica, associações de fatores de risco e sua aplicabilidade na prática clínica. 2018. 130f **Tese (Doutorado)** – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – Paraíba, 2018.

VIEIRA, L.A.; GUEDES, M.V.C.; BARROS, A.A. Aplicação das escalas de Glasgow, Braden e Rankin em pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 10, n. 5, p. 4226-4232, 2016.

WECHI, J.S.; *et al.* Escala de Braden: instrumento norteador para a prevenção de úlceras por pressão. **Estima–Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, v. 15, n. 3, 2017.

ZIMMERMANN, G. dos S.; *et al.* Predição de risco de lesão por pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018.

CAPÍTULO XX

EFEITOS DO EXERCÍCIO RESISTIDO E DIETA EM INDIVÍDUOS COM DIABETES TIPO I: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA CURTA

Larissa Pereira de Moura[87]; Mara Sebastião da Silva[88]; Nayla Regina da Silva[89]; Francisco de Morais Silva[90]; Fábio Nascimento da Silva[91].

DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-20

RESUMO:
Diabetes mellitus é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos dos substratos de energia que apresenta em comum a hiperglicemia, resultada de defeitos na ação da insulina, na secreção ou em ambas. Trata-se de uma revisão da literatura dos bancos de dados do Google Acadêmico, Scielo, Lilacs e Pubmed, publicados entre os anos de 2018 e 2019. Buscou-se estudar e compreender os principais parâmetros e respostas relacionadas ao Diabetes tipo I, às recomendações dos exercícios físicos e dieta, além da correlação entre ambos. Efeitos do exercício físico em conjunto com dieta adequada, horários de refeições e ingestão adequada de proteínas evidenciaram estratégias positivas para o controle glicêmico, diminuição de risco de doenças secundárias, melhora de exames clínicos e preservação de funções vitais dos seres humanos.
PALAVRAS-CHAVE: Diabetes. Exercício Físico. Dieta.

INTRODUÇÃO

De acordo com Lima (2019), Diabetes mellitus (DM) é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos dos substratos de energia que apresenta em comum a hiperglicemia, resultada de defeitos na ação da insulina, na secreção ou em ambas. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação

87 Mestrado Profissional em andamento em Ensino de Ciências e Matemática pela Universidade Federal do Acre – UFAC. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7975984276208688. E-mail: larissamoura40@gmail.com
88 Graduação em andamento em Nutrição pelo Centro Universitário Estácio de Rio Branco – Estácio Unimeta. E-mail: marabela080111@gmail.com
89 Graduação em andamento em Nutrição pelo Centro Universitário Estácio de Rio Branco – Estácio Unimeta. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9154241800735294. E-mail: naylaregina00@gmail.com
90 Graduação em Educação Física (Bacharelado) em andamento pelo Centro Universitário Estácio de Rio Branco – Estácio Unimeta. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5585699442993851. E-mail: fms321@hotmail.com
91 Mestrado em Gestão de Cuidados da Saúde pela Miami University of Science and Technology (MUST-2020), Atualmente é docente, membro do Núcleo Docente Estruturante dos cursos de Licenciatura e Bacharelado em Educação Física e Responsável Técnico da Academia Escola no Centro Universitário Estácio de Rio Branco – Estácio Unimeta. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5002965607352453. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2503-2450 E-mail: fabio.nascimento@unimeta.edu.br

Americana de Diabetes (ADA) inclui duas classes clínicas bem conhecidas, sendo o DM tipo 1 (DM 1) e DM tipo 2 (DM 2).

O Atlas da Diabetes (2017) coloca o DM 1 como uma condição crônica, causada por uma reação autoimune que provoca alterações nas células beta produtoras de insulina das ilhotas de Langerhans localizadas no pâncreas. Consequentemente, o organismo não produz insulina, ou produz em quantidades muito reduzidas, o que leva a uma deficiência relativa ou total deste hormônio, o que pode levar a um estado de hiperglicemia, que se não for controlado a longo prazo, pode causar lesões em vários órgãos e pode levar ao desenvolvimento de complicações, a exemplo: cardiovasculares, neuropatia, nefropatia e retinopatia. Existiam em todo o mundo mais de 1.100.000 crianças e jovens até aos 20 anos de idade com DM 1, estimando-se um aumento da incidência da doença nos próximos anos.

Mendes (2010) afirma que, há uma preocupação do controle da doença, especificamente no que diz respeito ao Brasil, tendo em vista que foi constatado uma elevada porcentagem de indivíduos com DM 1 que não mantêm a glicemia em níveis seguros. Corroborando com a idéia, Homma (2015) cita que o mau perfil lipídico contribui diretamente com a associação com as doenças cardiovasculares, muito devido ao risco precoce de desenvolvimento de aterosclerose induzido pelo desenvolvimento de placas de ateroma, processo esse que já se inicia na infância, o que leva a crer que a dieta nestes indivíduos é fundamental para que este fator possa ser controlado.

Nesta perspectiva, o exercício físico se torna fundamental juntamente com a dieta, pois ajuda no tratamento da doença devido à relação direta do metabolismo energético com o controle de absorção de glicose. Um dos grandes desafios para o metabolismo destas pessoas é assegurar um bom funcionamento associado à prática de exercício físico e nutrição, visto que os quadros de hipoglicemia durante, logo após ou tardiamente após os exercícios físicos são comuns. Robertson (2009) relaciona o equilíbrio entre a insulina e hormônios contrarreguladores, que varia de acordo com o tipo, volume e intensidade do exercício físico.

Diante desses fatos, objetivou-se nesta pesquisa fazer um levantamento sobre como o tipo de exercício, neste caso em específico o resistido, pode contribuir juntamente com a dieta na melhoria do tratamento de indivíduos que possuem diabetes tipo I.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão da literatura dos bancos de dados do Google Acadêmico, Scielo, Lilacs e Pubmed, publicados entre os anos de 2018 e 2019. Para a discussão, os cruzamentos de palavras-chave utilizados na busca foram: "exercício físico resistido" , "dieta" e "diabetes tipo I". Os estudos foram incluídos de acordo com o seguinte critério: avaliar os efeitos do exercício físico resistido e dieta sobre o controle glicêmico dos indivíduos. Excluídas revisões bibliográficas, estudos de caso e artigos que não fossem de livre acesso. Buscou-se estudar e compreender os principais parâmetros e respostas relacionadas ao Diabetes tipo I, recomendações dos exercícios físicos e dieta, além da correlação entre ambos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Em estudos de Campbell (2014) sobre dieta em conjunto com exercício físico, foi averiguado o consumo de alimentos com baixo índice glicêmico e sua relação com a redução da dose de insulina de ação rápida pós-exercício (50%). Foi constatado que assim, é evitado a hiperglicemia pós-prandial, diminui - se a presença de marcadores metabólicos e inflamatórios e, além disso, é fornecido proteção sobre hipoglicemia em até oito horas pós-exercício. Entretanto, o risco de hipoglicemia noturna ainda permanece. Além disso, ainda foi observado que refeições com alto índice glicêmico no pós-exercício é capaz de induzir uma redução de apetite e menos fome, independente da ação da insulina.

Nesse contexto, de acordo com Chiang (2014), baseado na Associação Americana de Diabetes 1, a hiperglicemia pode ocorrer antes, durante e após o exercício, visto que não há necessidade de evitar a prática de exercício se o paciente se sente bem, sem presença de cetonas no sangue ou urina e há razão clara para o nível de glicemia elevado. No entanto, se existe privação de insulina de 12-48 h, certamente o indivíduo apresentará corpos cetônicos na circulação sanguínea e hiperglicemia. Nesses casos, o exercício físico vigoroso deve ser evitado.

Por isso, Riddell (2017) diz que deve haver atenção total ao controle da glicemia por meio da auto-monitorização frequente, antes, durante e após o exercício, em ajustes, tanto nas doses de insulina basal, como nas doses de insulina prandial de ação rápida, e na ingestão adicional de glicose antes, durante e após o exercício físico, principalmente

pelo fato de que os objetivos da prática de exercício físico são variados, o que consequentemente afetará este controle.

Fayh (2013) descreve que suplementação com o aminoácido L-arginina (7g/dia), em curto prazo, é capaz de melhorar, em condições basais, a função endotelial e, consequentemente, o fluxo sanguíneo em adultos jovens com DM 1, sem complicações secundárias.

De acordo com os estudos de Davey (2013) o horário da prática do exercício também deve ser considerado, tendo em vista que o aumento de risco de quedas agudas da glicose foram encontrados em exercícios realizados no fim da tarde.

Dubé (2013) constatou ainda que a ingestão de 30 gramas de carboidratos antes de 60 minutos de exercício de intensidade moderada podem ser estratégias seguras para evitar a hipoglicemia em usuários de insulina glargina/glulisina. Desse modo, o profissional de educação física pode adequar o exercício ao paciente DM 1 de acordo com o seu estilo de vida.

Em revisão de literatura feita por Chimen (2012), demonstrou que o exercício melhora a aptidão física, perfil lipídico, resistência à insulina, bem-estar, além de auxiliar na diminuição de riscos cardiovasculares e mortalidade em pessoas diagnosticadas com DM 1 a muito tempo. Corroborando com isso, Lascar (2013) demonstrou que o estímulo ao aumento da duração e intensidade traz benefícios à preservação do desempenho das células betapancreáticas, evitando assim, complicações secundárias, o que é enfatizado por Pedicino (2013), em que ressalta a importância do exercício, juntamente com a dieta e medicação.

Recentemente, Ferrari (2019) destaca que o exercício resistido parece associar-se com uma estabilidade da glicose pós-exercício, além de exigir menos ingestão de carboidratos, confrontando com o exercício cardiorrespiratório em nível aeróbio, o que atenua efeitos hipoglicemiantes mais prevalentes no metabolismo aeróbio.

Yardley (2013) estudou os impactos agudos dos exercícios resistidos sobre a glicemia durante e nas 24 horas subsequentes ao exercícios comparados com o exercício cardiorrespiratório em metabolismo aeróbio com grupo controle. Os resultados demonstraram que exercícios resistidos provocam menor declínio inicial de glicose durante a prática. Entretanto, está associado às reduções mais prolongadas na glicemia

pós-exercício do que o exercício cardiorrespiratório em metabolismo aeróbio. Isso pode explicar a melhoria nos valores de hemoglobina glicosilada encontrados em estudos de exercícios resistidos, mas não em exercícios cardiorrespiratórios. É corroborado com os estudos de Turner (2015), em que menciona a relação do exercício físico resistido a uma maior estabilidade glicêmica comparado ao exercício cardiorrespiratório contínuo de intensidade moderada, em metabolismo aeróbio, apesar de poderem provocar um aumento moderado dos níveis de glicemia em alguns indivíduos. Isto ocorre, segundo Yurkewicz (2017), corroborado por estudos de Bally (2016) devido a um aumento da concentração de hormônios contrarreguladores (catecolaminas, epinefrina, norepinefrina, hormônio do crescimento e cortisol) e vários metabólitos (como o lactato) que aumentam a disponibilidade de glicose, sendo importante destacar que a ação das catecolaminas, que promovem um aumento da produção hepática de glicose, que muitas vezes excede a taxa de utilização, o que resulta num aumento dos níveis de glicemia, podendo levar à ocorrência de hiperglicemia.

Em outra intervenção com exercícios resistidos em pacientes com DM 1, analisou-se a concentração de Interleucina – 6 (IL-6), que de acordo com Ellingsgaard (2011) é um importante fator de regulação do metabolismo e função imunológica. O estudo apontou que concentrações de IL-6 aumentam progressivamente após a ampliação do volume e intensidade de exercícios com peso, diretamente. Por meio dos resultados obtidos pode-se concluir que há correlação entre o aumento de IL-6 e diminuição de hiperglicemia pós exercício em DM 1. Em estudo de Lima (2017), no qual analisou o efeito agudo exercício sobre a glicemia em adolescentes com DM I, verificou-se uma diminuição da glicemia pós-exercícios de 21,61% e após os 30’ de recuperação, obteve um aumento no nível de glicemia devido aos ajustes metabólicos.

Mota (2014), examinando o papel que o treinamento resistido exerce em relação à função endotelial e pressão arterial apresentou um estudo com 16 ratos diabéticos do tipo 1, dos quais 8 deles realizaram exercícios de agachamento e 8 permaneceram no grupo controle. Os animais diabéticos que permaneceram destreinados apresentaram aumento dos níveis de glicemia sanguínea, além de uma perda significativa na função endotelial e no ganho de força. Já no grupo dos diabéticos treinados, os autores observaram ganho de força, redução na pressão arterial e nos níveis de glicemia (proveniente do restabelecimento da função vascular induzida pelo exercício físico).

Nos dias atuais, a American Diabetes Association - ADA (2019) recomenda a prática de exercício físico resistido de 2 a 3 vezes por semana em dias não consecutivos.

Em relação às necessidades nutricionais, a Dietitians for Canada e o American College of Sports Medicine fazem recomendações específicas para as pessoas que praticam exercício físico e que possuem DM 1, sendo: glicose - 6 a 10 gramas por quilograma de peso por dia; proteínas – 1,2 a 1,7 gramas por quilograma de peso por dia com base em Rodriguez (2009); variando segundo Thomaz (2016) corroborado por Phillips (2016) com o tipo e a intensidade do exercício físico; e lípidos – 20% a 35% da ingestão energética total. Rodriguez (2009) ainda menciona que um consumo de lípidos inferior a 20% da ingestão energética total não melhora o desempenho.

Segundo a ADA (2019), as recomendações de ingestão de glicose baseadas nos níveis de glicemia antes do exercício físico são as seguintes:

• Glicemia capilar inferior a 90 mg/dL – deve ser ingerida uma quantidade de 15 a 30 gramas de glicose de absorção rápida antes do início do exercício, dependendo do peso do indivíduo e do tipo de exercício. Alguns exercícios de duração mais curta (menos de 30 minutos) ou com uma intensidade muito elevada podem não requerer um aporte adicional de glicose. Por outro lado, em exercícios com uma maior duração e uma intensidade moderada, deve ser ingerida uma quantidade adicional de glicose (0,5 a 1,0 gramas por quilograma de peso e por hora de exercício), de acordo com os valores da glicemia.

• Glicemia capilar de 90 a 150 mg/dL – devem ser ingerida glicose no início da maioria dos exercícios (0,5 a 1,0 gramas por quilograma de peso e por hora de exercício), de acordo com o tipo de exercício e a quantidade de insulina ativa.

• Glicemia capilar de 150 a 250 mg/dL – de acordo com Colberg (2016), pode ser iniciado o exercício físico, contudo, a ingestão de glicose só deve ser feita quando o valor da glicemia for inferior a 150 mg/dL.

• Glicemia capilar acima de 250 mg/dL – a intervenção prioritária é a verificação de corpos cetônicos e a correção da glicemia, sendo assim o exercício físico evitado.

Horton (2016) recomenda que imediatamente após a prática de exercício físico, deve ser ingerida glicose, de forma a repor as reservas de glicogênio de maneira mais

eficaz. Assim, devem ser ingeridos 1,5 gramas de glicose por quilograma de peso, até 30 minutos após o exercício com uma duração superior a 90 minutos. Além disso, uma quantidade adicional de glicose de 1,5 gramas por quilograma de peso deve ser ingerida uma a duas horas depois, de forma a repor as reservas de glicogênio para níveis pré-exercício e reduzir o risco de hipoglicemia tardia. Thomas (2016) enfatiza a ingestão de 20 a 30 gramas de proteína, juntamente com a ingestão adicional de glicose, o que pode contribuir para a síntese de proteína muscular.

Riddell (2017) ainda menciona a importância do índice glicêmico (IG) dos alimentos. Assim, as bebidas esportivas com um elevado IG podem ser usados para previnir a hipoglicemia, bem como o consumo de refeições com um elevado IG após o exercício que contribui para melhorar a recuperação. Corroborado por Horton (2016), o consumo de alimentos com um baixo IG antes do exercício físico (1 a 3 horas) também pode ajudar, pois permite manter a disponibilidade de glicose e assim uma glicemia adequada. O mesmo ainda destaca a importância da ingestão de água durante o exercício físico para evitar a desidratação.

CONCLUSÃO

Dessa forma, o exercício físico no geral juntamente com a dieta estão associados a benefícios para a pessoa com DM 1, no entanto, é essencial a atenção com o controle glicêmico durante a prática do exercício. O exercício resistido mostra-se eficaz no controle clínico e metabólico da patologia.

Cada diabético apresenta uma resposta glicêmica variável ao exercício e, portanto, esta variável deve ser tida em consideração na escolha do tipo, duração e intensidade do exercício físico aliado à uma dieta vinculada a isso.

Sobre as estratégias nutricionais, a ingestão de glicose e de líquidos é fundamental e deve ser adaptada às necessidades de cada indivíduo, considerando sempre os alimentos específicos e seu IG, assim, sendo muito importante para o controle glicêmico das pessoas com DM 1 e para o desempenho no exercício físico.

Efeitos do exercício físico em conjunto com dieta adequada, horários de refeições e ingestão adequada de proteínas evidenciaram estratégias positivas para o controle glicêmico, diminuição de risco de doenças secundárias, melhora de exames clínicos e

preservação de funções vitais dos seres humanos.

Por se tratar de um estudo de revisão bibliográfica, recomenda-se mais estudos de campo, pois a maioria dos trabalhos são realizados com DM 2. Dessa forma, estudos que verifiquem o controle de variáveis que possam interferir no metabolismo podem contribuir bastante para a prescrição de exercício físico e dieta especificamente neste grupo.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES A. Lifestyle Management: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. **Diabetes Care**, v.1, n. 42, p. 46-60, 2019.

BALLY, L; ZUEGER, T; BUEHLER, T; DOKUMACI, AS; SPECK, C; PASI, N; ET AL. Metabolic and hormonal response to intermittent high-intensity and continuous moderate intensity exercise in individuals with type 1 diabetes: a randomised crossover study. **Diabetologia**, v. 59, n. 4, 2016.

CAMPBELL, M,D; WALKER, M; TRENELL, M,I; LUZIO, S; DUNSEATH, G; TUNER, D; ET AL. Metabolic implications when employing heavy pre- and post-exercise rapid-acting insulin reductions to prevent hypoglycemia in type 1 diabetes patients: a randomised clinical trial. **Plos One**, v. 9, n.5, 2014.

CHIANG, J,L; KIRKAMAN, L,S; LAFFEL, L,M,B; PETERS, A,L. Type 1 Diabetes through the life span: a position statement of the American Diabetes Association. **Diabetes Care**, v. 37, n.7, p. 34-54, 2014.

CHIMEN, M; KENNEDY, A; NIRANTHARAKUMAR, K; PANG, T,T; ANDREWS, M,C; NARENDRAN, P. What are the health benefits of physical activity in type 1 diabetes mellitus? A literature review. **Diabetologia**, v.55, n.3, p. 42-51, 2012.

COLBERG, S,R; SIGAL, R,J; YARDLEY, J,E; RIDDELL, M,C; DUNSTAN, D,W; DEMPSEY, P,C; ET AL. Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. **Diabetes Care**, v.39, n.11, p.65-79, 2016.

DAVEY, R,J; BUSSAU, V,A; PARAMALINGAM, N; FERREIRA, L,D; MUN LIM E; DAVIS, E,A; ET AL. A 10-s Sprint performed after moderate-intensity exercise neither increases nor decreases the glucose requirement to prevent late on set hypoglycemia in individuals with type1 diabetes. **Diabetes Care**, v.36, n.12, p.63-65, 2013.

DUBÉ, M,D; LAVAOIE, C; WEISNAGEL, S,J. Glucose or intermittent high-intensity exercise in glargine/glulisineusers with T1DM. **Med Sci Sports Exerc**, v.45, n.1, p.3-7, 2013.

ELLINGSGAARD, H; HAULSELMANN, I; SCHULER, B; HABIB, A,M; BAGGIO, L,L; MEIER, D,T; ET AL. Interleukin-6 enhances insulin secretion by increasing

glucagon-like peptide-1. **Nat Med**, v.17, n.11, p. 81–89, 2011.

FAYH, A,P,T; KRAUSE, M; RODRIGUES-KRAUSE, J; RIBEIRO, J,L; RIBEIRO J,P; FRIEDMAN, R. ET AL. Effects of L-arginine supplementation on blood flow, oxidative stress status and exercise responses in young adults with uncomplicated type I diabetes. **Eur J Nutr**, v.52, n.3, p.75-83, 2013.

FEDERATION I. IDF. **Diabetes Atlas**, 8 ed, 2017. Disponível em: http://www.diabetesatlas.org.

F, FERRARI; SACRAMENTO, M,S; JESUS, D,S; SOLDATELLI, A; MOTTA, M,T; PETTO, J. Exercício físico no diabetes mellitus tipo 1: quais as evidências para uma melhor prescrição? **Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício**, v.18, n.1, p. 38-50, 2019.

HOMMA, T,K; ENDO, C,M; SARUHASHI, T; MORI, A,P,I; NORONHA, R,M; MONTE, O; ET AL. Dyslipidemia in young patients with type 1 diabetes mellitus. Arch Endocrinol Metab, v.59, n.3, p.5-9, 2015.

HORTON, W,B; SUBAUSTE, J,S. Care of the Athlete With Type 1 Diabetes Mellitus:A Clinical Review. **Int J Endocrinol Metab**. v.14, n.2, 2016.

LASCAR, N; KENNEDY, A; JACKSON, N; DALEY, A; DOWNSWELL, G; THOMPSON, D; ET AL. Exercise to preserve beta cell function in recent-onset type 1 diabetes mellitus (EXTOD) - a study protocol for a pilot randomized controlled trial. **Trials**, v.14, n.1, p.1-11, 2013.

LIMA, V. A. de; MASCARENHAS, L. P. G.; DÉCIMO, J. P.; SOUZA, W. C. de; FRANÇA, S. N.; LEITE, N. Efeito agudo dos exercícios intermitentes sobre a glicemia de adolescentes com diabetes tipo-I. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v.23, n.1, 2017.

LIMA, M,F. Análise dos efeitos do exercício fisíco aplicado aos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e diabetes de mellitus assistidos pela equipe de estratégia saúde e familia da cidade de paracatu- mg. **Humanidades & tecnologia em revista (FINOM)** v. 16, 2019.

MENDES, A,B,V; FITTIPALDI, J,A,S; NEVES, R,C,S; CHACRA, A,R; MOREIRA, J,R. Prevalence and correlates of inadequate glycaemic control: results from a nationwide survey in 6,671 adults with diabetes in Brazil. **Acta Diabetol**, v.47, p.37-45, 2010.

MOTA, M,M; SILVA, T,L,T,B; FONTES, M,T; BARRETO, A,S; ARAÚJO, J,E,S; OLIVEIRA, A,C,C. ET AL. Resistance exercise restores endothelial function and reduces blood pressure in type 1 diabetic rats. **Arq Bras Cardiol**, v.103, n.1, p.25-32, 2014.

PEDICINO, D; LIUZZO, G; TROTTA, F; GIGLIO, A,F; MARTINI, F; ZACCARDI, F; ET AL. Adaptive immunity, inflammation, and cardiovascular complications in type 1 and type 2 diabetes mellitus. **J Diabetes Res**, v.1, p.1-11, 2013.

PHILLIPS, S,M; CHEVALIER, S; LEIDY, H,J. Protein “requirements” beyond the RDA: implications for optimizing health. **Applied Physiology, Nutrition, and**

Metabolism. v.41, n.5, p.6572, 2016.

RIDDELL, M,C; GALLEN, I,W; SMART, C,E; TAPLIN, C,E; ADOLFSSON, P; LUMB, A,N; ET AL. Exercise management in type 1 diabetes: a consensus statement. **Lancet Diabetes Endocrinol**. v. 5, n.5, p.77-90, 2017.

ROBERTSON, K; ADOLFSSON, P; SCHEINER, G; HANAS, R; RIDDELL, M,C. Exercise in children and adolescents with diabetes. **Pediatr diabetes**, v.10, n.12, p.54-68, 2009.

RODRIGUEZ, N,R; DIMARCO, N,M; LANGLEY, S. Position of the American Dietetic Association, Dietitians of Canada, and the American College of Sports Medicine: Nutrition and athletic performance. **Journal of the American Dietetic Association**, v.109, n.3, p.0927, 2009.

THOMAS, D,T; ERDMAN, K,A; BURKE, L,M. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics, Dietitians of Canada, and the American College of Sports Medicine: nutrition and athletic performance. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**. v.116, n.3, p.0128, 2016.

TURNER, D; LUZIO, S; GRAY, B; DUNSEATH, G; REES, E; KILDUFF, L; ET AL. Impact of single and multiple sets of resistance exercise in type 1 diabetes. **Scandinavian journal of medicine & science in sports**, v.25, n.1, p.99-109, 2015.

YARDLEY, J,E; KENNY, G,P; PERKINS, B,A; RIDDELL, M,C; BALAA, N; MALCOLM, J; ET AL. Resistance versus aerobic exercise: acute effects on glycemia in type 1 diabetes. **Diabetes Care**, v.36, n.3, p.37-42, 2013.

YURKEWICZ, M; CORDAS, M,J,R.; ZELLERS, A; SWEGER, M. Diabetes and Sports: Managing Your Athlete With Type 1 Diabetes. **Am J Lifestyle Med**, v.11, n.1, p. 58-63, 2017.

CAPÍTULO XXI

EFEITOS DO TREINAMENTO RESISTIDO EM IDOSOS HIPERTENSOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA CURTA

Francisco de Morais Silva[92]; Kelven Mello da Fonseca[93]
Fábio Nascimento da Silva[94].
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-21

RESUMO:
Biologicamente, o envelhecimento está associado ao acúmulo de uma variedade consideravelmente grande de danos moleculares e celulares, havendo perda gradual nas reservas fisiológicas e um declínio nas capacidades funcionais do indivíduo. Trata-se de uma revisão da literatura dos bancos de dados do Google Acadêmico, Scielo, Lilacs e Pubmed, publicados entre os anos de 2018 e 2019. O presente estudo teve por finalidade, fazer um levantamento apontando os efeitos que o treinamento resistido pode exercer no controle da hipertensão arterial. Conclui-se que o efeito do exercício resistido na pressão arterial é elevado após o exercício, porém após um curto período de recuperação os níveis pressóricos diminuem, podendo esse efeito ser prolongado a depender da intensidade, volume e ordem de execução da sessão de exercício. Sugerem-se futuros estudos com o objetivo de identificar as variáveis que exercem maior influência sobre a pressão arterial de idosos.
PALAVRAS-CHAVE: Treinamento Resistido. Idoso. Hipertenso.

INTRODUÇÃO

Biologicamente, o envelhecimento está associado ao acúmulo de uma variedade consideravelmente grande de danos moleculares e celulares, havendo perda gradual nas reservas fisiológicas e um declínio nas capacidades funcionais do indivíduo (OMS, 2015).

Considerando o exposto, se torna cada vez mais comum verificar idosos que apresentam uma doença crônica degenerativa decorrente da falta desses componentes, chamada de hipertensão arterial (HA), que de acordo com Malachias (2016), consiste em

92 Graduação em Educação Física (Bacharelado) em andamento pelo Centro Universitário Estácio de Rio Branco – Estácio Unimeta. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5585699442993851. E-mail: fms321@hotmail.com
93 Graduação em Educação Física (Bacharelado) em andamento pelo Centro Universitário Estácio de Rio Branco – Estácio Unimeta (2018 até presente). E-mail: kelvenacmello419@gmail.com
94 Mestrado em Gestão de Cuidados da Saúde pela Miami University of Science and Technology (MUST-2020), Atualmente é docente, membro do Núcleo Docente Estruturante dos cursos de Licenciatura e Bacharelado em Educação Física e Responsável Técnico da Academia Escola no Centro Universitário Estácio de Rio Branco – Estácio Unimeta. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5002965607352453. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2503-2450. E-mail: fabio.nascimento@unimeta.edu.br

níveis pressóricos elevados e sustentados, quando os mesmos se encontram igual ou acima de 140 mmHg para pressão sistólica (PAS) e igual ou acima de 90 mmHg para pressão diastólica (PAD).

Diversos fatores podem influenciar no aumento da HA nos idosos, entre os mais citados encontram-se principalmente: o sedentarismo, o tabagismo, assim como a diabetes e a obesidade (ANDRADE ET AL. 2014).

Fleck (2017) destaca que o crescimento da população idosa é um indicativo importante da melhora da qualidade de vida dos mesmos. E considerando que as perdas são inerentes a essa fase da vida, se faz necessário o desenvolvimento e o estudo de métodos que permitam o envelhecimento de forma saudável e autônoma. Dentre esses métodos está o treinamento resistido (TD), que é uma forma eficaz de amenizar as perdas e garantir uma melhor qualidade de vida para os idosos que o praticam. Destaca ainda que o exercício resistido é um tipo de atividade que necessita da realização de contração muscular de determinado segmento corporal contra uma força contrária, através da utilização de equipamentos ou com pesos livres.

Além disso, Corrada (2006) corroborado com Haslinger (2014) salientam a importância da prática de exercício, que é essencial para reduzir a mortalidade por todas as causas. Em consonância, Carletto (2014) afirma que os exercícios resistidos mostram melhorias no condicionamento cardiorrespiratório dos idosos, entre outros benefícios como a melhoria do desempenho, a capacidade funcional e a força muscular.

No tratamento da HA, benefícios adicionais podem ser obtidos com exercícios físicos estruturados, caracterizando um treinamento individualizado. (SBC, 2016), porém, os estudos nesta área ainda são poucos em comparação com o treinamento cardiorrespiratório (TC) em metabolismo aeróbio. Tendo isto, o presente estudo teve por finalidade, fazer um levantamento apontando os efeitos que o treinamento resistido pode exercer para a melhora da capacidade funcional dos idosos, relacionando com os benefícios fisiológicos associados à HA.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente artigo trata-se de uma revisão de literatura que consiste em uma pesquisa bibliográfica na qual se tem um levantamento de artigos publicados sobre

determinado tema. A pesquisa bibliográfica nos permite compreender a resolução de um problema através dela (LAKATOS,1992).

As buscas foram realizadas nas bases de dados da Biblioteca Virtual Google Acadêmico utilizando como termos de busca: exercício resistido, treinamento de força, hipertensão e idosos.

Baseado em Da Silva Santos (2018), os critérios de inclusão de artigos foram: artigos originais; artigos que verificaram respostas da pressão arterial (PA) antes e após o exercício resistido; artigos em português, sendo excluídos os artigos que utilizaram o TC em conjunto.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Veras (2018), o processo de envelhecimento acompanhado da melhora nos parâmetros de saúde da população tem se tornado um desafio na política pública, pois, deixou de ser um privilégio de poucos e passou a ser comum em muitos países.

No Brasil, de acordo com levantamento feito pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, Entre 2012 e 2017, a quantidade de idosos cresceu em todas as unidades da federação, sendo os estados com maior proporção de idosos o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul, ambas com 18,6% de suas populações dentro do grupo de 60 anos ou mais. O Amapá, por sua vez, é o estado com menor percentual de idosos, com apenas 7,2% da população (PARADELLA, 2018).

Segundo Malachias et al. (2016) aproximadamente 60% dos idosos apresentam HA e que de forma direta e/ou indireta causa o aumento da mortalidade por outras doenças.

Neste sentido, a SBH (2017) aponta a importância de aderir um estilo de vida mais saudável com práticas de exercício físico tem sido fortemente recomendado pelas principais diretrizes de hipertensão nacionais e internacionais, tendo como as principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da hipertensão arterial sistólica (HAS), uma alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo.

Dados da literatura citados por Oliveira (2014) e Arazi (2014) sugerem, que durante o período pós-exercício, os principais mecanismos relacionados à diminuição da PA envolvem alterações no débito cardíaco (DC) e/ou na resistência vascular periférica (RVP). Estas modificações podem ser influenciadas pela inibição do sistema simpático, modificação no ponto de operação do barorreflexo arterial e responsividade vascular, podendo causar liberação de substâncias vasodilatadoras, como por exemplo, o óxido nítrico.

Nesta perspectiva, Nascimento et al. (2010) destaca o TR enquanto estratégia não farmacológica para auxiliar os indivíduos no tratamento, sendo importante destacar que, de acordo com Carletto et al. (2014), por muitos anos foi considerado inapropriado para controle da PA de hipertensos, e que atualmente, a literatura considera eficiente para controlar e tratar a HAS, assim como melhorar a capacidade funcional de indivíduos em processo de envelhecimento, nos aspectos referentes ao equilíbrio, à força, à resistência muscular global, flexibilidade e condicionamento cardiorrespiratório, contribuindo positivamente para a qualidade de vida dessa população.

Em estudos de Leal et al. (2017), foi realizado um trabalho de séries múltiplas que envolve duas ou três séries com a mesma carga, e assim, foi verificado que a PA imediatamente após o exercício apresentou valores elevados quando comparados a situação de repouso, tanto para a PAS quanto para PAD (pré 128 x 75mmHg pós 137 x 82mmHg, que segundo Polito et al. (2003), acontece pela ativação dos quimiorreceptores por meio da fadiga periférica que o exercício resistido causa. A redução só foi observada no 20º e 30º minuto de recuperação, sendo significante somente na PAS (128mmHg→121mmHg) sendo possível observar que os volumes reduzidos nas sessões causam uma redução da PAS e PAD (pré 128x75mmHg pós121x71mmHg). Vale destacar a intensidade de 40 a 70%.

Estudo recente de Castro (2019) corrobora com isso, pois foi demonstrado que 12 semanas de treinamento resistido periodizado promoveram reduções significativas na pressão arterial de repouso em idosos.

Póvoa (2014) constatou que após uma sessão de treinamento resistido, ocorreu a redução da PA em idosas hipertensas. Esse resultado concorda com os achados da pesquisa de Possamai (2017), que ao realizar um protocolo baseado em exercícios

resistidos, em sete idosos hipertensos durante 8 semanas, todos apresentaram redução na PAS final no término do estudo.

Em estudo de Silva (2018) com 11 idosos de ambos os sexos, o comportamento da PA após a sessão exercícios mostrou-se conforme se esperava, com um aumento da PAS no momento imediatamente após-exercício, posteriormente retornando a valores próximos dos apresentados no momento pré-exercício, mantendo-se assim até o momento 20 min pós-exercício. Todavia, foi observado um aumento significativo dos valores pressóricos 30 minutos após a sessão em relação à mensuração realizada no 20º minuto. Comparando-se as sessões exercício e controle, pode-se observar que, no 30º minuto, a sessão de exercícios apresentou valores significativamente menores da PAS em relação aos valores observados na sessão controle, sendo valores de PAD não apresentando diferenças significativas.

De maneira similar, Brito et al. (2014) avaliaram o efeito do TR na hipotensão, sendo que após sete semanas, foi constatado que os programas com maior volume causaram hipotensão.

A esse respeito, Nascimento et al. (2014) mostraram que um programa de 14 semanas realizado apenas 15 minutos por dia já foram suficientes para promover melhoras na PA sistêmica de idosos entre 61 e 73 com hipertensão e fisicamente inativos.

Em estudo de Macdonald et al. (2016), o TR realizado com moderada intensidade (60% a 65% de 1RM) com frequência semanal média de 2,8±0,6 dias por 14,4±7,9 semanas, apresentou redução de PA nos subgrupos estudados.

Os exercícios físicos que envolvem maior massa muscular e maior volume de trabalho resultam em maior hipotensão pós exercício (HPE), enquanto os estudos que avaliaram a influência da intensidade apresentam resultados conflitantes (SBH, 2017).

Conclui-se que o efeito do exercício resistido na PA é elevado após o exercício, porém após um curto período de recuperação os níveis pressóricos diminuem, podendo esse efeito ser prolongado a depender da intensidade, volume e ordem de execução da sessão de exercício (DA SILVA SANTOS et al., 2018).

As VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2016), em relação ao

treinamento físico (TF), sugerem que sejam praticados entre duas e três vezes por semana, por meio de uma a três séries de 8 a 15 repetições, controladas até a fadiga moderada. É importante que seja recomendado a avaliação médica antes do início de um programa de TF e sua interrupção na presença de sintomas. Em indivíduos com HAS, a sessão de treinamento não deve ser iniciada se as PAS e PAD estiverem acima de 160 e/ou 105 mmHg, respectivamente.

Portanto, Pescatello et al. (2015) coloca que diante dos achados, alguns autores também ressaltam a necessidade de mais estudos para explorar os méritos do TR como estratégia anti-hipertensiva.

CONCLUSÃO

Dessa forma, diante dos aspectos abordados neste estudo, conclui-se que o exercício resistido diminui a PA de idosos, inclusive idosos hipertensos, embora os estudos tendam a não utilizar um protocolo específico, com número de séries, repetições e intensidade padronizadas. A diminuição da PA, a desaceleração da sarcopenia e o ganho de força são significativos, com a implicação do TR, contudo, a introdução de trabalhos cardiovasculares também é de suma importância, pois está ligada diretamente aos fatores cardiovasculares que estão diretamente ligados a patologias específicas, como por exemplo, a hipertensão que foi o abordado neste estudo.

É importante que o profissional de educação física saiba que cada cliente possui suas particularidades de saúde e para cada cliente deve haver um exercício singular que atenda suas necessidades, levando em conta sua idade e possíveis limitações físicas.

Ressalta-se ainda que a busca por artigos recentes não foi tão bem sucedida, provando que o tema em questão precisa ser mais bem explorado por pesquisadores para pôr em prática achados evidenciados nos estudos, tendo em vista que não houve uma regularidade nas publicações. Sugerem-se futuros estudos de caráter longitudinal, com grupos controle e experimental, identificando as variáveis que exercem maior influência sobre a PA de idosos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. O; AGUIAR, M,I,F; ALMEIDA, P,C; et al. Prevalência da hipertensão arterial e fatores associados em idosos. **Revista Brasileira de Promoção em Saúde**, v. 27, n. 3, p. 303–311, 2014.

ARAZI, H; SAMAMI, N; KHEIRKHAH, J; TAATI, B. The Effect of Three Weeks Green Tea Extract Consumption on Blood Pressure, Heart Rate Responses to a Single Bout Resistance Exercise in Hypertensive Women. **High Blood Press Cardiovasc Prev**, v. 21, p. 213-219 2014; 21: 213-219.

BRITO A,F; OLIVEIRA C,V,C; SANTOS M,S,B; SANTOS, A,C. Resistance exercise with different volumes: blood pressure response and forearm blood flow in the hypertensive elderly. **Clin Interv Aging**, v. 9, p. 21-51, 2014.

CARLETTO, S; et al. Efeito do exercício resistido em idosos: revisão de literatura. **Saúde**, v. 2, n. 1, p. 91-104, 2014.

CASTRO, D,L,S; MOURA, R,F; SIQUEIRA, G,D,J; TEIXEIRA, C,G,O. Alterações na pressão arterial em idosos submetidos ao treinamento resistido. **International Journal of Movement Science and Rehabilitation IJMSR**, v.1 n.01, 2019.

CORRADA, M,M; KAWAS, C,H; MOZAFFAR, F; PAGANINI-HILL A. Association of body mass index and weight change with all-cause mortality in the elderly. **American Journal of Epidemiology**. v. 163, p. 938-949, 2006.

DA SILVA SANTOS, J,C; et al. Efeitos agudos do exercício resistido na pressão arterial de idosos hipertensos: um estudo de revisão. **Revista de trabalhos acadêmicos Universo Recife**, p. 8, 2018.

FLECK, S, J; KRAEMER, W, J. **Fundamentos do treinamento de força muscular**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

HASLINGER, W; MÜLLER, L; SARABON, N; RASCHNER, C; KERN, H; LÖFLER, S. A Novel Device to Preserve Physical Activities of Daily Living in Healthy Older People. **Journal of Aging and Physical Activity**, 2014. Disponível em: doi:10.1123/japa.2013-0262

LAKATOS, E,M; MARCONI, M,A. **Metodologia do trabalho cientifico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório publicações e trabalhos científicos**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LEAL, V,C; et al. Influência do número de séries sobre a resposta da pressão arterial após uma sessão de treinamento de força em mulheres idosas hipertensas. **RBPFEX-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 11, n. 64, p. 12-19, 2017.

MACDONALD H,V; et al. Dynamic resistance training as stand-alone antihypertensive lifestyle therapy: A meta-analysis. **J Am Heart Assoc**, 2016.

MALACHIAS, M; SOUZA, W; PLAVNIK, F; et al. **7a Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial.** 7 ed. Rio de Janeiro, 2016.

NASCIMENTO FILHO, R,A; et al. Exercício resistido como forma de regulação da pressão arterial em indivíduos hipertensos. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício (RBPFEX)**, v. 4, n. 24, p. 5, 2010.

OLIVEIRA, C,V,C; SANTOS, A,C; BRITO, A; SOCORRO, B,M. Resistance exercise with different volumes: blood pressure response and forearm blood flow in the hypertensive elderly. **Clin Interv Aging**, v. 9, p. 21-51, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde: Resumo.** Genebra: OMS, 2015.

PARADELLA, R. In: PARADELLA, Rodrigo. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. **ed. Brasil: Estatísticas Sociais**, 2018. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017. Acesso em: 10 out. 2019.

PESCATELLO, L,S; et al. Exercise for hypertension: A prescription update integrating existing recommendations with emerging research. **Curr Hypertens**, 2015.

POSSAMAI, J,H. Efeito do exercício resistido intradialítico sobre a pressão arterial de hipertensos: estudo de casos. **rev, Uni. Fed. Cat**, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/185716/Juliana.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 17 de Nov. de 2018.

PÓVOA, T,I,R. Treinamento aeróbio e resistido, qualidade de vida e capacidade funcional de hipertensas. **Rev Bras Med Esporte**, v.20, n.1, 2014.

SILVA, A,L. **Efeito agudo de uma sessão de exercícios alternativos com ênfase em força na pressão arterial de idosos hipertensos: um ensaio clínico randomizado cruzado**, 58f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Educação Física – Universidade Federal de Santa Catarina. Orientador: Rodrigo Sudatti Delevatti. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VII diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. v. 107, n. 3, p.1-51, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **Revista Hipertensão**, São Paulo:Sociedade Brasileira de Hipertensão, v. 20, n. 1, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq.Bras. Cardiol**., v. 107, n. 3, p. 31-33, 2016. Disponível em http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf Acesso em 04 dez. 2018.

VERAS, R; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: A construção de um modelo de cuidado. **Rev Ciênc. & Saúd Col**, p. 1929-1936, 2018.

CAPÍTULO XXII

FATORES RELACIONADOS À CESARIANA SEGUNDO ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE TERESINA-PI

Camila Rocha Martins[95]; Leilyanne de Araújo Mendes Oliveira[96];
Cristiana Pacífico Oliveira[97]; Mariana Portela Soares Pires Galvão[98];
Samara Maria Leal de Moura[99]; Graziana Silva Cerqueira[100] ;
Ravena Vaz Feitosa Castelo Branco[101]; Maria Lilliene Cardozo Melo [102];
Janainna Maria Maia[103]; Ulisses dos Santos[104];
Maryna Ellen Lopes Moura[105]; Késia Carla dos Santos[106].
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-22

RESUMO:
Objetivo: caracterizar cesáreas segundo aspectos sociodemográficos e clínicos de mulheres em maternidade referência de Teresina-Piauí. Métodos: estudo retrospectivo, exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, cuja coleta dos dados ocorreu mediante formulário preenchido por meio dos registros de prontuários das mulheres submetidas à cesárea no ano de 2013 na referida maternidade. A tabulação dos dados foi realizada pelo *(SPSS)* 17.0 e posterior análise descritiva dos dados. Resultados: Observou-se perfil sociodemográfico de mulheres com média de 25,4 anos de idade, em união estável ou casadas (57%) com ensino médio completo (48,7%), e procedentes da capital (55,6%). O perfil obstétrico das mulheres evidenciou média de 2,9 gestações e maioria superior a três partos, com média de 1,6. A presença de patologia durante gravidez (43,9%) foi relacionada à: infecção do trato urinário- ITU, vulvovaginite e Pré-eclâmpsia

95 Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva-UEPI. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6195911723060181 E-mail: camilarmartins_18@hotmail.com
96 Enfermeira Obstetra pelo programa de residência em enfermagem obstétrica-UFPI. Lattes: http://lattes.cnpq.br/2210519434558500. E-mail: leimendes@hotmail.com
97 Enfermeira e Assistente Social, Especialista em Saúde da Família - UFPI. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5844967520585312 E-mail: cris.enferm@hotmail.com
98 Enfermeira, Mestre em Saúde da Família- UFPI. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8043039518673391. E-mail: marianaportelaspg@gmail.com
99 Enfermeira Especialista em Nefrologia - UECE. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3394993901246363. E-mail: samlealnefro@outlook.com
100 Enfermeira; especialista em Saúde da Família pela Clínica Integrada de Odontologia de Minas Gerais. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1865496080564673. E-mail: Grazianjo2010@hotmail.com
101 Enfermeira, Mestre em Ensino e Saúde - UEMS. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0706655421298917. E-mail: enf.ravena@gmail.com
102 Fisioterapeuta, Especialista em fisioterapia neurológica funcional pelo Centro de Ensino Unificado de Teresina-CEUT. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6489815367161050. E-mail: lillienemelo@gmail.com
103 Enfermeira, especialista em Nefrologia pela UNIPOS. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0310505581274894. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6639-2700 E-mail: janainnamaia@hotmail.com
104 Enfermeiro intensivista, especialista em UTI neonatal e pediátrica pela Faculdade Futura. E-mail: ulissesmaiden@hotmail.com
105 Enfermeira, Pós-graduada em Urgência e Emergência pela Uninovafapi. E-mail: marynamoura48@gmail.com
106 Tecnóloga em gestão hospitalar pelo portal educação. E-mail: kesia1385@gmail.com

grave-PEG. As condições pré e pós-cesárea apontaram que 63,4% tiveram indicação de cesárea no momento da admissão, principalmente por desproporção céfalo-pélvica-DCP (19,9%), seguido de PEG (17%), iteratividade (16,4%) e sofrimento fetal (11%). Houve 5,2% de intercorrências no pós-parto, principalmente por PEG (37,5%) e 1,2% das mães tiveram necessidade de encaminhamento para Unidade de cuidados intensivos-UTI pós-cesárea. Conclusão: Notou-se que a PEG continua sendo uma das principais causas de patologia pré-parto, indicação relativa de cesárea e ainda, motivo de intercorrências no pós-parto, sendo causa comum de mortalidade materna e complicações perinatais. Destaca-se, que o número elevado de cesáreas prescritas na admissão, mediante ausência de trabalho de parto, sugere a inconsistência de indicação absoluta da mesma, revelando que todas as medidas devem ser tomadas para que o trabalho de parto evolua sem necessidade de intervenção cirúrgica. Assim, é fundamental que o profissional enfermeiro ou médico, na assistência ao pré-natal, oriente a gestante quanto ao trabalho de parto, esclareça suas dúvidas e a estimule no processo decisório do parto, sendo valorizada sua cultura, crenças e condições de saúde, assegurando gestação, parto e puerpério saudáveis.
PALAVRAS-CHAVE: Cesárea. Fatores de risco. Fatores socioeconômicos. Enfermagem obstétrica.

INTRODUÇÃO

O parto é um evento familiar que durante muitos anos acontecia prioritariamente de forma natural, ou seja, por via vaginal. Com o avanço tecnológico e surgimento dos hospitais, a mulher passou a parir com maior frequência no ambiente hospitalar e neste contexto a cesárea surge como uma opção para salvar a vida da mulher e/ou do concepto. Entretanto, o processo de tomada de decisão quanto ao tipo de parto para cada gestante tem sido alvo de questionamentos quanto aos fatores determinantes para sua correta indicação (SOUZA; AMORIM; PORTO, 2010).

Com a institucionalização do parto, esse evento que era familiar e feminino, passou a ser público e medicalizado, o que tem contribuído tanto para as altas taxas de cesáreas, e o consequente aumento nos riscos de morbimortalidade materna e neonatal, assim como a redução da participação ativa da mulher e membros familiares no cenário do parto (MOURA *et al*, 2007).

É inegável que a cesárea representa um avanço na obstetrícia moderna e quando indicada corretamente é benéfica, tanto para a gestante quanto para o feto. No entanto, atualmente, observa-se que a elevação da incidência de partos operatórios tornou-se um fenômeno mundial, com níveis injustificáveis de indicações médicas, com repercussões negativas tanto econômicas como para a saúde (FREITAS *et al*, 2005).

Ressalta-se que a Organização Mundial de Saúde considera como medicamente injustificáveis taxas de cesáreas acima de 15%, demonstrando que é alta a proporção de cesáreas no cenário nacional, em que a proporção de partos cesáreos cresceu de 38% em 2000 para 52% em 2010 (MARANHÃO *et al*, 2011). O Brasil tem lugar de destaque apresentando uma das maiores taxas do mundo, sendo constatado como um dos países que mais realizam cesáreas, e no Sistema Único de Saúde (SUS) esta prática corresponde a 30% do total de partos (MILLER, HAHN, GROBMAN, 2013).

As razões para o aumento das cesáreas são complexas e envolvem vários fatores que vão desde a preocupação com a preservação da anatomia materna e o temor da dor e a falta de preparo da mulher para o parto até a comodidade médica em relação ao procedimento eletivo (PARENTE *et al* , 2010) Nessa perspectiva, fatores pessoais, da mulher e de seu ambiente social, bem como regionais e institucionais relacionados à organização dos serviços constituem aspectos não médicos que estariam associados ao tipo de parto no Brasil e à prática obstétrica vigente (SAKAE, FREITAS, ORSI, 2009).

Fatores clínicos são determinantes para indicação do parto cesáreo, sejam indicações relativas ou absolutas, são condições que ofertam riscos a vida materna ou fetal, tais como descolamento prematuro da placenta, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e infecções e associação de comorbidades como infecção do trato urinário ou papiloma vírus humano e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana - HIV, por exemplo (CARNIEL; ZANOLLI; MORCILLO, 2007).

A literatura também tem evidenciado que a realização da cesárea tem associação significativa com o perfil sociodemográfico, como idade e escolaridade materna, e condições do pré-natal, sendo que é maior a chance de realização da cesárea entre as mulheres com companheiro, moradoras das regiões com melhores condições de vida, com melhor nível educacional, com ocupação fora do lar, maiores de 20 anos e as que frequentaram adequadamente o serviço de pré-natal (PÁDUA *et al* , 2010).

Outro ponto fortemente discutido na literatura aponta para a desigualdade social como fator influente nas taxas de cesariana, o qual sugere que a decisão de realizar o parto cirúrgico não se baseia somente em critérios técnico-médicos para sua indicação, mostrando que esse tipo de parto tem adquirido um caráter de bem de consumo que pode ser utilizado por quem possa custeá-lo (QUEIROZ *et al*, 2005).

Nesse contexto, o estudo torna-se relevante sob o ponto de vista científico e social, a fim de evidenciar quais fatores estão associados à incidência de cesáreas, pois a literatura utilizada revela que ainda são elevados os números de partos de risco para a saúde do binômio mãe e filho, diante da indicação indiscriminada de cesáreas entre a população feminina, logo no momento em que todos os órgãos competentes da saúde trabalham uma política de humanização do parto normal e redução das taxas de cesariana.

Dessa forma, a pesquisa em questão objetivou caracterizar cesáreas, segundo aspectos sociodemográficos e clínicos de mulheres em maternidade referência de Teresina-Piauí.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo, exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em maternidade pública estadual de Teresina-PI, por meio de prontuários disponibilizados pelo serviço de auxílio médico estatístico (SAME) da referida instituição. A maternidade foi escolhida por ser referência no Piauí, possuindo atualmente 248 leitos obstétricos e 167 leitos neonatais, a maior do estado e responsável por 63% dos nascimentos ocorridos na capital, apresentando em média 1200 internações por mês, das quais 900 são para realização do parto (BRASIL, 2013).

Para seleção amostral utilizou-se como critérios de inclusão todas as mulheres que se submeteram à cesárea no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2013 na referida maternidade de Teresina-PI. O cálculo amostral se baseou em dados fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, que informou um número total de 5.547 partos cesarianos no ano de 2013 e 1370 equivalentes aos três últimos meses do mesmo ano, considerando-se um intervalo de confiança de 95% e margem de erro 5%, obteve-se amostra de 347 prontuários correspondentes às mulheres descritas acima.

A coleta dos dados ocorreu entre abril e junho de 2014, mediante formulário estruturado abrangendo variáveis sociodemográficas como idade, estado civil, raça/cor, ocupação/profissão, escolaridade, renda e município de procedência; variáveis reprodutivas, como antecedentes obstétricos, dados do pré-natal, presença de patologia ou fatores de risco durante a gravidez e variáveis clínicas no momento da admissão (pressão arterial (PA) e idade gestacional (IG), por exemplo) e informações pós-cesárea

(intercorrências no puerpério imediato, necessidade de encaminhamento para UTI, condições da mãe e do recém-nascido na alta hospitalar).

Após o procedimento de coleta, os dados foram digitados e analisados utilizando-se o *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 17.0, permitindo calcular as frequência absoluta, relativa, média e outras estatísticas apropriadas às variáveis da pesquisa, resultando em tabelas cuja análise se deu por estatística descritiva dos dados.

O estudo obedeceu a todos os preceitos éticos e legais para realização da pesquisa envolvendo seres humanos, contidos na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2011). Primeiramente, a pesquisa foi submetida e aprovada pela Comissão de ética em pesquisa (CEP) da maternidade Dona Evangelina Rosa e posteriormente aprovada pelo CEP indicado pela plataforma Brasil, cujo número do CAAE corresponde à 27952814.0.0000.5214. Foi oferecido o termo de anuência ao responsável pela maternidade, conforme os princípios norteadores da resolução do Conselho Nacional de Saúde, garantindo total sigilo de anonimato de identidade dos casos constantes no bando de dados (prontuários) da instituição em estudo.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi constituída de 347 prontuários de mulheres que se submeteram à cesárea no ano de 2013, na referida maternidade de Teresina-PI.

Os dados da pesquisa foram apresentados por meio de tabelas e organizados nos seguintes tópicos: 1) Caracterização das mulheres do estudo segundo aspectos sociodemográficos e econômicos; 2) Caracterização obstétrica das mulheres do estudo; 3) Distribuição das mulheres segundo condições clínicas de internação pré-cesárea; 4) Distribuição das mães e recém-nascidos do estudo segundo condições clínicas pós-cesárea.

Tabela 01. Caracterização sociodemográfica e econômica das mulheres estudadas. Teresina-PI, 2013. (n=347)

Variáveis	n (%)	$\bar{x}$	±	IC 95%	Min-Max
Idade		25,4	6,4	24,7-26,1	14-43
Até 25 anos	182 (52,4)				
26 e mais	165 (47,6)				
Situação conjugal					

Casado	86 (24,8)
Solteiro	100 (28,8)
União estável	112 (32,3)
Sem informação	49 (14,1)
Ocupação	
Do lar	12 (3,5)
Estudante	03 (0,9)
Outro	04 (1,2)
Sem informação	328 (94,5)
Escolaridade	
Sem escolaridade	03 (0,9)
Ens. Fundamental	103 (29,7)
Ens. Médio	169 (48,7)
Ens. Superior	17 (4,9)
Sem informação	55 (15,9)
Procedência	
Teresina	193 (55,6)
Outro município PI	123 (35,4)
Outro estado	123 (35,4)
Sem informação	09 (2,6)

Legenda: *x= média*, ±= Desvio padrão, IC95%= intervalo de confiança, Min- Max= Mínima e máxima.

Conforme Tabela 01, a média de idade foi de 25,4 anos de idade com desvio padrão de 6,4 anos e intervalo de confiança 95%, revelando verdadeira média entre 24,7 e 26,1 anos. Tem-se que mais da metade da amostra (52,4%) tinha até 25 anos, e as idades mínima e máxima encontradas foram de, respectivamente, 14 e 43 anos. Segundo os aspectos sociodemográficos observou-se predominância de mulheres em união estável ou casadas (58%), que tinham ensino médio completo (48,7%) e eram procedentes da cidade de Teresina (55,6%).

Tabela 02. Caracterização obstétrica das mulheres do estudo. Teresina-PI, 2013. (n=347)

Variáveis	n (%)	$\bar{x}$	±	IC 95%	Min-Max
Número de gestações		2,9	1,2	2,7-3,1	1-9
Até 02	241 (69,5)				
03 e mais	106 (30,5)				
Número de Partos		1,6	0,9	1,5-1,7	01-07
Até 02	167 (48,1)				
03 e mais	180 (51,9)				
Já abortou					
Sim	62 (17,9)				
Não	283 (81,6)				
Sem informação	01 (0,3)				
Tipos de partos					

anteriores					
Cesárea	123 (63,7)				
Normal	53 (27,5)				
Normal e Cesárea	14 (7,3)				
Sem informação	03 (1,6)				
Realizou Pré-Natal					
Sim	292 (84,1)				
Não	02 (0,6)				
Sem informação	53 (15,3)				
Número de consultas Pré-natal		4,7	3,0	4,3-5,0	0-13
Até 05	222 (64,0)				
06 e mais	125 (36,0)				
Patologias durante a gravidez					
Sim	152 (43,9)				
Não	176 (50,9)				
Sem informação	18 (5,2)				
Patologias (*)					
Infecção do trato urinário	68 (44,7)				
Pré-eclâmpsia grave	47 (30,9)				
Vulvovaginite	26 (17,1)				
Outras	30 (19,7)				
Tratamento da patologia(*)					
Tratada	59 (76,6)				
Não Tratada	28 (36,4)				
Trimestre gestacional do tratamento (*)					
Primeiro	32 (41,0)				
Segundo	15 (19,2)				
Terceiro	39 (19,2)				

Legenda: *x= média*, ±= Desvio padrão, IC95%= intervalo de confiança, Min- Max= Mínima e máxima. (*) Múltipla resposta

Conforme a tabela 02 os caracteres obstétricos evidenciaram que 69,5% das mulheres tiveram até duas gestações e 30,5% três ou mais gestações, 51,9% tiveram três ou mais partos e 17,9% de casos de aborto. Quanto aos tipos de partos já realizados, a cesárea constou como maioria em 63,7%, seguidos de 27,5% partos normais e por último 7,3% quando foram ambos. Quanto ao pré-natal, 84,5% referiu ter realizado o acompanhamento e 0,6% não, sendo que 64% realizaram até cinco consultas. A média de consultas de pré-natal foi de 4,7, e desvio padrão de 3,0, considerando o intervalo de confiança 95% tem-se nova média de 4,3-5 consultas e valores mínimo e máximo

encontrados de, respectivamente, 0 e 13 consultas.

Ainda quanto às características obstétricas, viu-se que 50,9% das mulheres não apresentaram patologias durante a gestação e 43,9% apresentaram, destas, 44,7% dos casos foi por infecção do trato urinário, em segundo lugar por pré-eclâmpsia grave (30,9%) e por último por vulvovaginite (17,1%) os demais casos foram classificados como "outros", não especificados neste estudo. Da população do estudo que apresentou patologia, 76,6% revelou ter recebido tratamento médico e a maioria foi tratada ainda no primeiro trimestre da gestação (41%). Restando porcentagem alta de 36,4% de mulheres que não fizeram tratamento.

Tabela 03. Distribuição das mulheres segundo as condições de internação pré-cesárea. Teresina-PI, 2013. (n=347)

Variáveis	n (%)	$\bar{x}$	±	IC 95%	Min-Max
Admitida em trabalho de parto					
Sim	105 (30,3)				
Não	220 (63,4)				
Sem informação	22 (6,3)				
Momento da indicação da Cesárea					
Pré-Natal	01 (0,3)				
Na admissão	220 (63,4)				
Internação	117 (33,7)				
Sem informação	09 (2,6)				
Utilização de partograma					
Sim	18 (5,2)				
Não	329 (94,8)				
Indução do trabalho de parto					
Sim	12 (3,5)				
Não	114 (32,9)				
Sem informação	221 (63,7)				
Indicação da Cesárea					
Desproporção cefalopélvica	69 (19,9)				
Interatividade	57 (16,4)				
Sofrimento fetal	38 (11,0)				
Pré-eclâmpsia grave	59 (17,0)				
Amniorrexe	16 (4,6)				
Oligoidrâmnio severo	13 (3,7)				
Outros	93 (26,8)				
Sem informação	02 (0,6)				
Idade Gestacional na		37,4	7,2	34,7-40,1	08-42

admissão					
Até 30	23 (6,6)				
31 a 39	214 (61,7)				
40 a 42	110 (31,7)				
Pressão Sistólica		119	16,7	113,4-125,5	90-170
Até 120	205 (59,1)				
130 e mais	142 (40,9)				
Pressão diastólica		76,1	13,2	71,2-81,1	60-120
Até 80	232 (66,9)				
90 e mais	115 (33,1)				
Dinâmica uterina					
Sim	56 (16,2)				
Sem informação	189 (83,8)				
Dilatação do colo		3,7	1,7	3,1-4,4	01-10
Sim	193 (55,6)				
Não	71 (20,5)				
Sem informação	82 (23,7)				
Contrações		0,9	1,3	0,4-1,4	0-04
Até 02	10 (2,9)				
03 e mais	07 (2,0)				
Sem informação	187 (95,1)				
Apresentação					
Cefálica	248 (71,7)				
Pélvica	24 (6,9)				
Anomalia	05 (1,4)				
Sem informação	68 (19,7)				
Membrana Amniótica					
Integra	222 (64,3)				
Rota	75 (21,7)				
Sem informação	48 (13,9)				

Legenda: *x= média*, ±= Desvio padrão, IC95%= intervalo de confiança, Min- Max= Mínima e máxima.

A Tabela 03 evidencia as condições de internação pré-cesárea das mulheres estudadas, que apontam que 30,3% delas foram admitidas em trabalho de parto. A cesárea foi prescrita, na maioria dos casos, no momento da admissão (63,4%), seguido do período de internação (33,7%) e por último no pré-natal (0,3%). Da utilização de partograma, apenas 5,2% dos prontuários constaram sua utilização, e em 94,8% dos casos não foi utilizado. Observou-se 3,5% de casos de indução de parto. Os principais motivos para indicação de cesárea foram: DCP (19,9%), PEG (17,0%), interatividade (16,4%) e sofrimento fetal (11%).

A média de idade gestacional (IG) apresentada pela população estudada no momento da admissão foi de 37,4 semanas, com desvio padrão de 7,2, tem-se nova média

de 34,7-40,1 semanas e valores mínimo e máximo encontrados, respectivamente, 08 e 42 semanas. Os registros clínicos mostram que a pressão sistólica (PAS) era de até 120 mmHg e 40,9% era de 130 mmHg a mais, apresentando média de 119 mmHg, e valores de PS mínimo e máximo de, respectivamente, 80 e 170 mmHg. Para a pressão diastólica (PAD) 66,9% dos casos apresentaram valores até 80 mmHg e 33,1% de 90mmHg a mais, sendo a média 76,1 e PAD mínima e máxima de, respectivamente, 60 e 120 mmHg.

Considerando os prontuários em que constava a informação, 16,2% das mulheres apresentaram dinâmica uterina, 55,6% dilatação do colo uterino, 2,9% tiveram até duas contrações e 2% tiveram três ou mais contrações. Dos registros da gravidez, a apresentação fetal predominante foi cefálica (71,7%) e 6,9% foram pélvicas, houve 1,4% de casos de anomalia fetal. No momento do parto, 64,3% das mulheres permanecia com membrana amniótica íntegra e 21,7% de bolsa rota.

Tabela 04. Distribuição das mães e recém-nascidos segundo condições clínicas pós-cesárea. Teresina-PI, 2013. (n=347)

Variáveis	n	%
Intercorrências		
Sim	18	5,2
Não	327	94,8
Tipos de intercorrências		
Pré-eclâmpsia grave	06	37,5
Dispneia	01	6,3
Outras	06	37,5
Sem informação	03	18,8
Necessidade de UTI materna		
Sim	04	1,2
Sim foi encaminhada	16	4,6
Não	326	94,2
Condições da mãe na alta hospitalar		
Bom estado	343	99,1
Transferência	01	0,3
Outra	01	0,3
Sem informação	01	0,3
Condições do RN na alta hospitalar		
Bom estado	337	97,4
Óbito	01	0,3
Transferência	01	0,3
Sem informação	07	2,0

Legenda: UTI = Unidade de Terapia Intensiva.

A Tabela 04 apresenta as características clínicas das mães e recém-nascidos do estudo após o parto cesáreo. Observou-se 5,2% casos de intercorrências, cujas causas mais encontradas foram PEG (37,5%), seguido de outras causas (37,5%) e dispneia (6,3%). Após o parto 1,2% das mães teve indicação de encaminhamento para UTI, 4,6% foram encaminhadas e a maior parte, 94,2% não tinha essa necessidade. As condições da mãe e recém-nascido no momento da alta hospitalar foram na maioria caracterizadas como bom estado com frequência de, respectivamente, 99,1% e 97,1%. Houve mesma porcentagem para transferência materna, óbito e transferência do neonato (0,3%).

DISCUSSÃO

Dentre os fatores sociodemográficos e econômicos das mulheres do estudo, os mais representativos foram: idade materna, situação conjugal e escolaridade. Podem-se citar como limitações do estudo a ausência de informações como renda e ocupação, importantes para traçar o perfil das cesáreas em questão.

O perfil da amostra revelou média de idade de 25,4 anos, demonstrando prevalência de mães adultas jovens, o que corresponde com achados da literatura que apontam que as mulheres estão tendo filhos mais tarde e que as taxas de gravidez na adolescência, embora ainda sejam elevadas, estão em declínio no país. Dados do levantamento sobre o registro civil dos brasileiros, feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – em 2012, revelam aumento crescente dos nascimentos entre mães com 25 a 29 anos (BRASIL, 2012b).

Embora a questão de gravidez na adolescência seja problema de saúde pública no cenário nacional, essa não foi uma variável predominante no presente estudo, o que pode ser observado em estudos que caracterizam o perfil das cesarianas, geralmente associados a maiores faixas etárias (MARANHÃO *et al*, 2011).

Assim, o presente estudo corrobora os achados nacionais, em que quase metade das parturientes tinha idade de 26 anos ou mais. De acordo com o IBGE, o grupo de mães em idade avançada também aumenta no país. O número de mulheres que tiveram filhos entre 30 e 34 anos somavam cerca de 14% em 2002, passando para 19% em 2012,

revelando ainda, que essa taxa é bem maior em nas regiões mais desenvolvidas do país, como o sul e sudeste, com cerca de 21% (CARVALHO *et al*, 2007) . Esta tendência pode ser explicada pela melhora da escolaridade das mulheres e consequente maiores oportunidades de emprego, os quais são fatores motivadores da maternidade em idades mais avançadas (CARNIEL; ZANOLLI; MORCILLO; 2007).

A maior porcentagem de cesarianas à medida que aumenta a idade da mulher pode estar relacionada, tanto à maior frequência de complicações, como hipertensão e outras doenças crônicas, quanto ao aumento na porcentagem das que não desejam mais ter filhos e optam por realizar laqueadura, prática está ainda presente principalmente naquelas com cesariana anterior (OLIVEIRA, 2013).

O presente estudo revelou ocorrência da cesárea entre mulheres com escolaridade entre ensino fundamental e médio completo. Diferentes autores têm relatado maior ocorrência de cesárea entre aquelas com melhor nível educacional. Em Portugal, pesquisa evidenciou probabilidade de realização de cesárea de 1,88 vezes superior em gestantes com escolaridade superior a 12 anos (FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008). Esta associação pode ser explicada pela maior influência mútua entre profissionais e clientes nas classes mais altas e no setor privado, se comparadas ao setor público, condição também determinante no processo decisório da mulher, em que aquelas com maior instrução escolar e poder aquisitivo têm maior probabilidade em optar pela cesariana (FISAL; MENEZES, 2006).

A situação conjugal das integrantes do estudo confirma os relatos de outros autores, como fator fortemente associado à ocorrência de cesárea, em que as mulheres casadas ou em união estável ou consensual demonstram maior maturidade, confiança e estabilidade econômica o que influencia no processo decisório do tipo de parto (ROMANELLI *et al*, 2012).

A caracterização segundo as variáveis obstétricas revela média de gestações de 2,9 e de partos em 1,6, demonstrando alta multiparidade entre as mulheres, e predomínio entre aquelas que realizaram acompanhamento pré-natal e realização de cesárea anterior, confirmando os achados nacionais.

A nuliparidade tem sido associada ao risco de até 1,88 maior para cesariana, no entanto, a condição de multípara submetida a cesariana prévia demonstra uma alta

probabilidade de ter recorrência por esta via de parto, sendo justificada pela repetição da técnica (OLIVEIRA, 2013). Fisal e Menezes (2006) destacam maiores taxas de cesáreas em mulheres com mais de três gestações, o que contrasta com os elevados índices de cesáreas em primíparas encontrados em outros estudos (GAMA *et a*l, 2012). Assim, enfatiza-se que a cesariana em primíparas deve ser realizada com indicação absoluta, evitando-se a exposição precoce desnecessária aos efeitos da cirurgia.

Pode-se considerar que não ter cesariana prévia como fator protetor, visto que pesquisa apontou como sendo 80% menos prevalente para essas mulheres (SARAIVA, 2013). Evidências apontam prevalência para o parto cirúrgico entre as mulheres que já se submeteram a cesariana, de até três vezes maior do que nas multíparas sem essa característica (PATAH, MALIK, 2011). Assim, ressalta-se a importância da não realização de cesáreas desnecessárias, uma vez que a existência de cesariana anterior acumula riscos para novo parto operatório.

A criação de vínculo se estabelece com o aumento no número de consultas pré-natais, tendo sido considerado este fator como de risco para cesárea. A literatura sugere que o tipo e a qualidade de informação e sugestões transmitidas pelos serviços de saúde durante o pré-natal possam influenciar o tipo de parto (CARNIEL, ZANOLLI, MORCILLO, 2007). O número elevado de consultas de pré-natal associa-se também às gestações de risco, e presença de comorbidades, o que podem influenciar no aumento do número de partos por via cirúrgica (SANCHES; MAMEDE; VIVANCOS, 2012). Por outro lado, um adequado acompanhamento pré-natal, mesmo com número mínimo de consultas, também influencia na decisão consciente da mulher pela via de parto, visto que o modelo de assistência adotado pelos profissionais e as informações quando transmitidas corretamente podem estimular o parto vaginal (BRASIL, 2012a).

A presença de patologias na gestação entre as mulheres do estudo é comum a outras pesquisas, indicando as doenças infecciosas, do trato urinário e vulvovaginites e pré-eclâmpsia/eclâmpsia como as principais comorbidades apresentadas. Pode-se dizer que os problemas de saúde apresentados durante a gestação provocam maior necessidade de consultas de pré-natal e muitas vezes determinam maior frequência de cesarianas (NERY *et al*, 2014). A não realização de tratamento das patologias durante a gestação aumentam as chances de complicações futuras, e assim, maior risco de intervenção

cirúrgica.

As condições clínicas das gestantes no momento anterior à cirurgia demonstraram que a maioria das prescrições de cesárea aconteceu no momento da admissão e não estavam em trabalho de parto. A indução do trabalho de parto não foi muito utilizada, sendo esta, uma importante medida que, associada ao uso do partograma e dinâmica uterina, reduziria a frequência de cesarianas, devido ao suporte na evolução do trabalho de parto que poderia seguir para a resolução por via normal, principalmente entre aquelas com mais de 41 semanas de gestação (SOUZA *et al*, 2010).

Segundo Souza, Amorim e Porto (2010), a decisão para realização de cesariana deve ser criteriosa, baseada em indicações seguras, e claramente discutidas com a gestante e então se deve requerer o consentimento da paciente, respeitando-se a dignidade, cultura e principalmente sua situação clínica.

As situações patológicas que as gestantes apresentam podem indicar ou determinar a possibilidade da realização da cesariana, seja por causas absolutas ou relativas. A infecção do trato urinário e infecção bacteriana são muito frequentes na gestação e podem evoluir em 40% dos casos para pielonefrite, aumentando o risco de parto prematuro (DUARTE *et al*, 2008). Duarte et al (2008) demostraram que a colonização do fluido amniótico por bactérias originárias do foco infeccioso urinário é uma das formas pela qual o trabalho de parto pode ser desencadeado.

Desproporção cefalopélvica, iteratividade, sofrimento fetal e pré-eclâmpsia grave (PEG) ocuparam posição de destaque nas causas para indicação de cesárea das participantes do estudo, sendo a PEG a principal intercorrência gestacional apresentada, por outro lado a maioria das mulheres não apresentou níveis de pressão arterial sistêmica compatível com o diagnóstico da PEG, tal circunstância deve ser levada em consideração e requer outro estudo para melhor elucidação de como tem sido realizado o diagnóstico da patologia na população deste estudo. As síndromes hipertensivas (pré-eclâmpsia, eclâmpsia e HELLP) continuam sendo a primeira causa de morte materna no Brasil e determina o maior número de óbitos perinatais, além do aumento significativo do número de neonatos com sequelas de hipóxia cerebral em consequência desse acometimento (FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008).

Souza, Amorim e Porto (2010) ressaltam que a única cura possível para a PEG é

o parto, e na maioria das vezes a interrupção terapêutica via cirúrgica está indicada, principalmente após 34 semanas de gestação ou quando existir agravamento da condição clínica materna (síndrome HELLP, insuficiência renal, edema e outras complicações) ou fetal (restrição grave do crescimento ou comprometimento vital). Entretanto a via de parto normal não pode ser desconsiderada de acordo com as evidências científicas atuais (MOURA *et al*, 2007; PARENTE *et a*l, 2010; QUEIROZ *et al*, 2005).

A porcentagem de mulheres que foram encaminhadas para unidade de terapia intensiva-UTI após o parto cesáreo, provavelmente se associe ao fato de a maioria das intercorrências terem sido por PEG, já mencionada anteriormente, como principal causa de morte e complicações maternas e fetais, exigindo assim uma maior vigilância e cuidados intensivos com a puérpera (FREITAS; SAKAE; JACOMINO, 2008).

A desproporção cefalopélvica corresponde a uma indicação relativa ou absoluta, mas o diagnóstico de absoluta só é possível durante o trabalho de parto. Já a interatividade e sofrimento fetal, apesar de serem as condições mais frequentes, são considerados indicações relativas de cesárea, pois depende do grau de comprometimento e da evolução frente à fase do trabalho de parto (MARTINS *et al*, 2011).

Embora as informações da dinâmica uterina das mulheres obtidas neste estudo estivessem incompletas, os achados revelam contraste com a literatura, em que a maioria apresentou dilatação do colo uterino positiva. Saraiva (2013) menciona que mulheres internadas com colo impérvio têm maior prevalência de cesariana do que aquelas com dilatação entre 5 e 9 centímetros, sendo essa prevalência até 14 vezes maior. Já aquelas com dilatação menor que três centímetros apresentam 3,32 vezes mais prevalência de cesariana (SANCHES; MAMEDE; VIVANCOS, 2012).

A dinâmica uterina e apresentação pélvica também são fatores geralmente associados a maior prevalência de cesarianas. Em um hospital universitário a cesárea foi até 1,53 vezes mais frequente nos casos em que as mulheres foram admitidas com dinâmica uterina ausente (DUARTE *et al*, 2008). Quanto à apresentação, verificou-se, nesse mesmo estudo, que a cesárea esteve presente em todos os casos de apresentação pélvica, com prevalência cerca de 3,5 vezes maior que a cefálica. Os resultados desta pesquisa, no entanto, revelam que a maioria das cesáreas tinham como apresentação, a cefálica, em seguida a pélvica.

Ressalta-se que as apresentações pélvicas são bem menos comuns e talvez esse tenha sido a razão do contraste com os achados nacionais, porém, quando ocorrem é indicação quase absoluta para cesárea, apesar de alguns profissionais defenderem a sua resolução por via de parto normal, esse tipo de apresentação pode complicar a realização do parto por via vaginal, somado a insegurança do profissional e falta de prática, essa situação pode justificar o porquê da maioria desses casos evoluírem para o parto operatório (NERY *et al*, 2014).

Os resultados mostraram que entre as mulheres deste estudo, menor parcela apresentou bolsa rota no momento da internação o que não foi fortemente associado na literatura como relevante para prevalência de cesariana (PÁDUA *et al*, 2010).

Destaca-se que as indicações relativas ou absolutas de cesáreas são bastante controversas na literatura apontada, e assim, o diagnóstico de riscos e complicações e do desfecho gestacional desde o pré-natal podem sugerir melhores indicações. Condições como a desproporção cefalopélvica e descolamento prematuro de placenta, que são indiscutivelmente indicações absolutas, apresentação pélvica e intercorrências gestacionais, que são geralmente fatores de indicação relativa, podem ser determinadas e discutidas junto à gestante, acompanhante e familiares durante o pré-natal (GOMES, 2013).

É importante avaliar o entendimento da gestante sobre a indicação da cesariana. O que muitas vezes se percebe é que as explicações e informações contidas em prontuários e o relato das gestantes sobre procedimentos, diagnósticos e informações da gestação não entram em conformidade (MARTINS *et al*, 2011). Ao levar em consideração situações que não favorecem a compreensão, emoção e nível de estresse da mulher podem gerar situações que não favorecem a evolução da gestação e do trabalho de parto normal, evidenciando-se, mais uma vez, a importância de inserir e favorecer a participação da mulher no processo decisório do seu tipo de parto (SOUZA *et al*, 2010).

Dessa forma, torna-se relevante as orientações prestadas pelos profissionais da saúde a gestante desde o pré-natal, parto até o pós-parto, deixando a paciente ciente e segura das decisões tomadas. Haja vista que a cesariana embora seja um procedimento que assegura a sobrevivência materna e fetal em muitos casos, pode, também, acarretar os riscos comuns de qualquer procedimento invasivo, que faz uso de anestesia, incisões e

medicamentos, e por vezes, é escolhido pela mulher como forma de fugir de dores e desconforto, podendo estas escolher a direção errada, ao optarem pela cesárea sem a devida indicação.

O acesso às informações tem aumentado em todo o mundo, com os consequentes avanços nos meios de comunicação e políticas de saúde, sendo assim, toda mulher tem direito à informação, pois os procedimentos não podem ser decididos e impostos pelo médico e equipe de saúde, em cada caso devem ser avaliadas as reais condições clínicas e se determinar as vantagens da cesariana para mãe e para o bebê.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou que as principais características sociodemográficas das cesáreas foram de mulheres: com média de idade de 25,4 anos, casadas ou em união estável, com escolaridade mediana, entre fundamental e médio completo, procedentes da capital.

O perfil obstétrico das mulheres estudadas apontou: média de gestações de 2,9 e de parto 1,6, demonstrando elevada multiparidade, a maioria já foi submetida à cesariana anterior e realizou acompanhamento pré-natal, em que 36% realizou seis consultas ou mais, conforme preconizado. Os resultados obtidos reafirmam a ocorrência de cesariana entre as mulheres em idades mais maduras, maior estabilidade conjugal e melhor escolaridade, assim como entre aquelas que têm melhores condições socioeconômicas e que foram acometidas de patologias durante a gestação, tendem a necessitar mais do serviço pré-natal e acabam realizando mais consultas, e se não forem bem orientadas, acabam resultando em um vínculo que favorece a indicação de cesáreas sem causa absoluta.

Encontrou-se, também, como condições clínicas entre as gestantes a prescrição de cesárea no momento da admissão, em que mais da metade das gestantes não estavam em trabalho de parto. A ausência de informações sobre uso de partograma, dinâmica uterina foram fatores limitadores encontrados para esta pesquisa. Entre as principais causas da prescrição dessa via de parto, constavam: desproporção cefalopélvica, PEG, interatividade e sofrimento fetal.

Torna-se evidente que as mulheres precisam de mais informações sobre esse

período da vida, e que esta ação deve ser praticada durante o pré-natal, na assistência ao parto e no pós-parto, em que as condições clínicas, obstétricas devem ser esclarecidas e discutidas junto à gestante. A assistência à gestante deve respeitar sua cultura, crenças e valores, prestando cuidados individualizados e seguros.

A inserção do enfermeiro na assistência à mulher durante o ciclo gravídico puerperal se torna essencial, à medida que esse profissional pode proporcionar uma atenção humanizada, baseada em evidências científicas, que nem sempre apontam para a intervenção cirúrgica, indução do parto e intervencionismo medicamentoso como a principal escolha, e assim, possam evitar o uso de medidas desnecessárias e promovam uma gestação, parto e nascimento saudáveis e sem complicações.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária Atenção à saúde da gestante em APS / organização Maria Lúcia Medeiros Lenz, Rui Flores. **Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição**, 2011.

BRASIL. PIAUÍ. Secretaria Estadual de Saúde [Internet]. **Maternidade Dona Evangelina Rosa.** Teresina, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466/2012** [Internet]**.** Brasília, 2012a.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. **Estatísticas do Registro Civil**. Estat. Reg. Civ. Rio de Janeiro, 2012b 39:1-178.

CARNIEL, E.F; ZANOLLI, ML; MORCILLO, A.M. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2007;29(1):34-40.

CARVALHO, L.E.C, *et al*. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após sua regulamentação. **Cad Saude Publica**. 2007;23(12):2906-16.

DUARTE G, *et al*. Infecção urinária na gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2008; 30(2):93-100.

FISAL, C. A; MENEZES, P.R. Factors associated with preference for cesarean delivery. **Rev Saúde Pública,** São Paulo. 2006; 40(2):226-32.

FREITAS, P.F,*et al.* Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Rev Saúde Pública.** 2005;39(5):761-7.

FREITAS, P.F, SAKAE, T.M, JACOMINO, M.L.P. Medical and non-medical factors associated with cesarean section rates in a university hospital in southern Brazil. **Cad Saude Publica.** 2008;24(5):1051-61.

GAMA, S.G.N.D *et al*. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Cad. saúde pública,** 30(supl. 1), S117-S127.

GOMES, F.M.V. Características das cesarianas de um hospital universitário do sul do país. **[Trabalho de Conclusão do Curso].** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

MARANHÃO, A.G.K, et al. Saúde Brasil 2011: uma análise de situação de saúde. Como nascem os brasileiros.

MARTINS, C.S.H; *et al*. Cesariana. Rotinas em Obstetrícia**.** 6 ed. Porto Alegre: **Artmed,** 2011.

MENDOZA, S.R.A, *et al*. Risk factors for cesarean section by category of health service. **Rev Saúde Pública.** 2010 Feb; 44 (1): 80-9.

MILLER, E.S; HAHN K; GROBMAN, W.A. Consequences of a primary elective cesarean delivery across the reproductive life. **Obstet Gynecol**. 2013;121:789-97.

MOURA, F.M.J.S.P, *et al.* A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev Bras Enferm.** 2007;60(4) 452-5.

NERY, I.S, *et al*.Epidemiological and obstetric profile of pregnant women with HELLP Syndrome. **Cogitare Enferm.** 2014; 19(1):149-54.

OLIVEIRA, A. R. (2013). Fatores associados e indicações para a prática de cesariana: um estudo caso-controlo. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, 29(3), 151-159.

PATAH, L.E.M, MALIK, A.M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev Saúde Pública** 2011; 45(1): 185-94.

PARENTE, R.C.M,*et al.* A história do nascimento (parte 1): cesariana. **Femina.** 2010;38(9):481-6.

PÁDUA KS, *et al.* Fatores associados a realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev Saúde Pública.** 2010;44(1):70-9.

QUEIROZ,M.V.O,*et al.* Incidência e características de Cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. **Rev Bras Enferm**. 2005;58(6):687-91.

ROMANELLI, R.M.C *et al*. Estudo prospectivo da implantação da vigilância ativa de infecções de feridas cirúrgicas pós-cesáreas em hospital universitário no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2010 a 2011. **Epidemiol Serv Saúde**. 2012;21(4):569-78.

SAKAE, T.M; FREITAS, P.F, D; ORSI E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. **Rev Saúde Pública.** 2009;43(3):472-80.

SARAIVA, J.M. Cesarianas de um hospital universitário: fatores associados. **[Trabalho de conclusão do curso].** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2013.

SANCHES, N.C; MAMEDE, F.V; VIVANCOS,R.B.Z. Perfil das mulheres submetidas à cesariana e assistência obstétrica na maternidade pública em Ribeirão Preto. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis. 2012; 21(2):418-26.

SOUZA,J.P, *et al.* Cesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008, WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC Med**, 2010; 8(1):71.

SOUZA, A.S.R; AMORIM, M.M.R, Porto AMF. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis. 2010;38(10):505.

CAPÍTULO XXIII

FISIOTERAPIA PÉLVICA NO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA RADICAL: REVISÃO SISTEMÁTICA

Thawan da Luz Matias[107]; Alana Ribeiro de Araújo[108]; Maria Luiza Almeida dos Santos[109]; Valeska Cabral da Cruz[110]; Lívia Oliveira Bezerra[111].

DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-23

RESUMO:
Introdução: A incontinência urinária é definida como qualquer perda involuntária de urina, sendo comum após a prostatectomia. O câncer de próstata é a malignidade mais comumente detectada em homens e a prostatectomia radical é o método de tratamento mais eficaz para esse tipo de câncer, porém o procedimento cirúrgico pode causar algumas complicações, entre elas a incontinência urinária. Objetivo: Realizar um levantamento bibliográfico da literatura sobre a atuação da fisioterapia do assoalho pélvico no tratamento de incontinência urinária pós prostatectomia radical. Metodologia: Trata-se de uma revisão sistemática, realizada nas bases de dados: Pubmed, SciELO, e LILACS, buscando-se por estudos originais, cruzando os descritores "fisioterapia", "assoalho pélvico", "incontinência urinária" e "prostatectomia", assim como suas respectivas traduções para o inglês e espanhol, publicados no período de 2015 a 2020. Resultado: Dos 9 estudos (100%) selecionados para esta revisão, seis deles (67%) demonstraram resultados satisfatórios em relação a continência urinária e força do assoalho pélvico após intervenções adotadas nos estudos. Conclusão: Com base nos resultados dos trabalhos estudados, identificamos melhoras na condição de IU em pacientes após prostatectomia radical, visibilizando aumento na QV, fortalecimento dos MAPs e promoção de conscientização no AP do paciente incontinente de forma breve.
PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia. Assoalho Pélvico. Incontinência Urinária e Prostatectomia.

INTRODUÇÃO

Atualmente existe um aumento de estudos em relação a saúde do homem, devido alto índice de casos relacionados alterações malignas da próstata. A próstata é uma glândula masculina que se localiza entre a bexiga e o reto, participando da produção do

107 Graduando em Fisioterapia pela Universidade Potiguar - Laureate International Universities. Lattes: http://lattes.cnpq.br/2574226435754163. E-mail: thawan_matias23@hotmail.com
108 Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Potiguar - Laureate International Universities. http://lattes.cnpq.br/2449224389888670. E-mail: alanaaribeiro15@gmail.com
109 Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Potiguar - Laureate International Universities. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4237286566728316. E-mail: malualmeeida@gmail.com
110 Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Potiguar - Laureate International Universities. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1773535249527576. E-mail: valeska_cabral@outlook.com
111 Mestre em Fisioterapia: avaliação e intervenção em fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7282155175981140. E-mail: livia.bezerra@unp.br

sêmen, líquido que carrega os espermatozoides produzidos nos testículos. É comum o aparecimento de alterações na glândula prostática e dentre os problemas mais estudados está o câncer. (OLIVEIRA *et al.*, 2019).

Câncer é definido como uma união de doenças que têm como característica principal o crescimento desordenado de células do corpo, podendo desenvolver devido há um erro no processo de diferenciação celular, na propagação celular, na inibição do crescimento celular ou ainda na morte da célula apoptose. Surgindo o diagnóstico, o indivíduo passa por um período de grande negação, sofrimento, comprometimento físico e psíquico, além dos mártires em que os indivíduos trazem consigo do estigma da morte (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

O câncer de próstata (CP) é o segundo tipo de câncer mais comum em todo o mundo para o sexo masculino, e o quinto mais comum globalmente. O Instituto Nacional do Câncer (INCA), calculou 61.200 novos casos de CP no Brasil só em 2016 (LIMA *et al.*, 2018).

Os fatores de risco identificados para a doença estão relacionados à idade, sendo 62% dos casos novos em homens acima dos 65 anos, à hereditariedade, em aproximadamente 25% dos indivíduos com histórico familiar de CP e à etnia, sendo 1,6 vezes mais comum em negros comparados aos brancos (QUIJADA *et al.*, 2017).

Existe diversos recursos de tratamento para o CP, porém a prostatectomia radical (PR) é a mais antiga e possivelmente a mais eficaz, no qual o paciente é submetido a retirada total da próstata. O método pode causar alguns efeitos adversos, tais como a estenose uretral, incontinência urinária (IU), disfunção erétil, além de fadiga, angústia geral, incapacidade funcional e depressão, fatores que podem afetar consideravelmente a qualidade de vida (QV) desses homens (SEEMANN *et al.*, 2018).

A *International Continence Society* (ICS) define IU como perda involuntária de urina, ocasionando um problema social. A IU é uma das condições mais incômodas após a PR. O dano do esfíncter interno durante a cirurgia é causa comum de IU, outros fatores que podem colaborar também são hiperatividade do detrusor, insuficiente complacência vesical, baixa capacidade da bexiga, disfunção dos músculos do assoalho pélvico (MAPs) e ainda a variabilidade do comprimento do esfíncter uretral masculino. Outros fatores de risco para a IU no pós-operatório são a idade, ressecção transuretral anterior, a técnica

operatória, a preservação ou não dos feixes neuro vasculares e o estadiamento clínico e patológico do tumor (RODRIGUES; ZAIDAN, 2018).

Além das alterações físicas elencadas anteriormente, os pacientes após PR como qualquer outro após um procedimento cirúrgico que desenvolvem complicações, podem vim também a desenvolver alterações psicossoais, e no caso da IU no paciente após PR é um fator forte para desenvolver tais alterações, pois a condição de IU nesse paciente causará isolamento social, devido ao constrangimento de muitas vezes precisar usar protetores íntimos e ainda irá interferir na vida sexual, que consequentemente estão diretamente ligados a QV do paciente.

Logo, o tratamento para o paciente com IU após PR é de extrema importância, devendo ser realizado de forma interdisciplinar por profissionais da medicina, psicologia e fisioterapia pélvica capacitados para melhor atendê-lo. A fisioterapia pélvica vem emergindo como tratamento potencial para sequelas urinárias após a PR, proporcionado melhoria na QV e, consequentemente, na saúde (SANTOS *et al.*, 2016).

De acordo com a literatura, o tratamento conservador para IU pós PR tem sido o mais preconizado nos últimos anos. Dentro desse método são citadas ações como treinamento muscular do assoalho pélvico (TMAP), eletroestimulação (EE), terapia comportamental, educação/orientação para paciente e entre outras intervenções. Visando devolver a QV, fortalecer a MAP e promover conscientização no AP do paciente incontinente de forma breve.

Ainda que a literatura considere a fisioterapia pélvica como tratamento conservador efetivo para IU pós PR, faz necessário identificar quais dessas intervenções usadas pela fisioterapia são mais efetivas, sendo consideradas confiáveis e satisfatória para conduta do paciente incontinente. Considerando que existem poucos estudos relacionados a certificar-se a efetividade das propostas já descritas na literatura, torna-se de extrema importância realizar o presente estudo de revisão sistemática.

Tendo como objetivo principal realizar um levantamento bibliográfico da literatura sobre a atuação da fisioterapia pélvica no tratamento de IU após PR, identificando as intervenções fisioterapêuticos mais efetivas no tratamento de IU após PR e contribuindo com a literatura científica quanto a assistência direcionada a saúde do homem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática, realizada nas bases de dados: Pubmed, SciELO, e LILACS, buscando-se por estudos originais, publicados no período de 2015 a 2020. Cruzando os descritores "fisioterapia", "assoalho pélvico", "incontinência urinária" e "prostatectomia", assim como suas respectivas traduções para o inglês e espanhol, conforme apresenta a tabela 1.

Tabela 1 - Descritores de acordo com idioma.

Português	Inglês	Espanhol
Fisioterapia	Physiotherapy	Fisioterapia
Assoalho Pélvico	Pelvic Floor	Suelo Pélvico
Incontinência Urinária	Urinary Incontinence	Incontinencia Urinaria
Prostatectomia	Prostatectomy	Prostatectomía

Adotaram-se como critérios de inclusão estudos quase-experimentais e experimentais publicados na íntegra e que tivessem interesse para o estudo com recursos fisioterapêuticas no tratamento após PR na temática. Foram excluídas revisões de literatura, revisões sistemáticas, meta análises, relatos de casos, estudos duplicados e com nota com base na escala PEDro abaixo de 6. Os artigos foram selecionados por dois pesquisadores independentes com a leitura na íntegra do título e resumo dos estudos. Houve consenso sobre a exclusão e manutenção dos artigos.

A avaliação do nível de evidência dos artigos selecionados foi realizada através da escala PEDro, a qual consiste em uma escala de 11 pontos, que tem o objetivo de auxiliar na avaliação da qualidade metodológica dos ensaios clínicos. A sua pontuação final pode variar entre 0 e 10 pontos, sendo incluído no estudo os que obtiveram pontuação igual ou superior a 6 (SHIWA, *et al.*, 2011).

RESULTADOS

No presente estudo, seguindo aplicação da estratégia de busca nas bases de dados, foram encontrados 52 estudos, sendo 48 estudos na PUBMED, 1 na SciELO e 3 na LILACS. Os estudos de revisões de literatura, revisões sistemáticas, meta análises, relatos

de casos e artigos relacionados a outra condição que não fosse IU ou não tendo abordagem fisioterapêutica, foram excluídos devido os critérios de exclusão citados na metodologia. Dos 52 estudos foram excluídos 43, conforme apresenta na tabela 1.

Por fim, 9 estudos foram selecionados e realizado caracterização geral dos estudos por autores, ano, amostra, intervenção e resultados, conforme indica na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição de artigos pré-selecionados e selecionados.

BASE DE DADOS	ENCONTRADOS	SELEÇÃO PELO TÍTULO	SELEÇÃO PELO RESUMO	SELECIONADOS	IDIOMA
PUBMED	48	35	13	9	Inglês
SciELO	1	0	0	0	Inglês
LILACS	3	1	1	0	Português
TOTAL	52	36	14	9	Inglês Português

Os estudos foram compostos por homens com idade entre 30 e 75 anos após PR, destes estudos oito (88%) apresentaram grupo controle, enquanto um (11%) não apresentou grupo controle. Em relação as intervenções, quatro estudos (45%) utilizaram o TMAP como único recurso, enquanto os demais usaram associação de recursos, sendo um estudo (11%) usando pilates, TMAP e EE; um estudo (11%) utilizou EE e biofeedback (BF); um estudo (11%) associou o TMAP com a EE; um estudo (11%) utilizou terapia vibratória adicionado de TMAP e por fim um estudo (11%) realizou BF e TMAP como intervenção.

Dos 9 estudos (100%) selecionados para esta revisão, seis deles (67%) demonstraram resultados satisfatórios em relação a continência urinária e força do AP após intervenções adotadas nos estudos. Os estudos que demostraram eficácia (GOMES *et al.*, 2017; GONZÁLEZ *et al.*, 2020; MILIOS; ACKLAND; GREEN, 2019; SATHIANATEN, 2017; TANTAWY, 2018; YOSHIDA, 2018) usaram recursos como TMAP, BF, EE e terapia vibratória, havendo em todos diferenças estatísticas significantes entre o grupo que realizou intervenção e aquele que não realizou ou não realizou com

todos os recursos disponíveis, tendo como destaque o estudo de González *et al.*, 2020, já que o grupo intervenção ao término do tratamento apresentou 64% de pacientes continentes, contra 9,1% do grupo controle, segundo avaliação do pad teste e teste de almofada 24h.

Todavia, três estudos (33%) não demostraram diferenças relevantes entre o início do tratamento e o final dele.

DISCUSSÃO

A PR é o tratamento padrão para o CP, estando associada ao controle e/ou cura do câncer. No entanto, apesar da melhor compreensão da anatomia pélvica e aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, este procedimento constitui uma das causas mais importantes de IU masculina trazendo efeito negativo na QV dos pacientes (YOSHIDA, 2018). Embora o CP seja uma patologia que comumente acontece em idosos, nosso estudo aborda pacientes com idade entre 30 a 75 anos, que tiveram sua vida e atividades diárias modificadas pela IU após PR.

São vários os fatores de risco que influenciam a incidência da IU pós PR, incluindo a idade avançada, comorbidades, disfunção da bexiga antes da cirurgia, volume da próstata e ressecção transuretral anterior da próstata causando danos direto ao colo da bexiga, esfíncter uretral e/ou MAP durante a cirurgia (GOMES *et al.*, 2017). Por esse motivo, alguns estudos apontam a importância de realizar fisioterapia na fase pré-operatória, afirmando que o MAP precocemente treinado possui melhora significativa no tempo de recuperação da continência no pós-operatório (SATHIANATEN, 2017).

A recuperação espontânea do controle urinário normal, após a cirurgia, pode levar de um a dois anos, considerando o estado de continência como não usar absorventes (GOMES *et al.*, 2017). No entanto, a fisioterapia vem se destacando como um recurso que favorece a continência urinaria precocemente de forma não invasiva, promovendo o alívio dos sintomas, a diminuição do grau e do tempo de duração da incontinência nos pacientes pós prostatectomizados, sem presença de efeitos colaterais.

Dentre os recursos fisioterapêuticos conservadores, destacamos: BF, cinesioterapia, EE e pilates. Considerando também que pacientes submetidos a exercícios

de fortalecimento do MAP pré e pós PR obtiveram resultados positivos, mais cedo (LIRA, 2019).

BIOFEEDBACK

O BF facilita o aprendizado da contração correta, proporcionando uma aprendizagem motora das contrações e autorreconhecimento do fechamento uretral durante a contração do MAP, sendo associada a recuperação precoce da continência. Além do estímulo visual por meio de aparelhos, o mesmo pode ser alcançado através de exercícios praticados em frente ao espelho, para que o paciente observe a retração peniana e o levantamento escrotal, ou tenha percepção se está utilizando musculatura acessória (YOSHIDA, 2018).

Ainda sobre o autoconhecimento que o BF pode proporcionar, no estudo de LIRA *et al.*, 2019 a técnica foi usada para garantir que o paciente tenha aprendido a realizar os exercícios corretamente, sendo esses instruídos a executa-los durante o período pré-operatório, e retomá-los após remoção do cateter uretral, sendo convidados a comparar e obter um feedback visual da contração perineal.

Estudos como os de Sathianathen *et al.* (2017) e Sayilan e Ozabas (2018) trazem como estímulo de BF o uso do ultrassom (US), demonstrando de maneira mais acentuada a musculatura do AP, onde mais uma vez somos estimulados a considerar avaliação no pré-operatório, com intenção de mensurar adequação da contratura e força do MAP pós PR.

CINESIOTERAPIA

É utilizada como a primeira escolha de tratamento conservador, consistindo em aumentar a força do MAP permitindo que esses músculos funcionem como o mecanismo principal de fechamento uretral. Alguns médicos recomendam o início da cinesioterapia no pré-operatório quando o paciente ainda possui sensação normal ao redor da uretra e mantém percepção e função normal do assoalho pélvico (AP) (YOSHIDA *et al.*, 2018).

Em estudos como o de Gonzalez *et al.* (2020) citado aqui nessa revisão, percebe-se a eficácia da cinesioterapia não só como terapia complementar, como também quando

utilizado de forma isolada. LAURIENZO *et al.* (2018) por exemplo, concorda que o MAP pode desempenhar papel crucial na continência, instituindo em seu estudo tratamento com apenas três tipos de exercício a serem realizados em casa, orientados por um fisioterapeuta.

Ainda favorecendo a cinesioterapia e concordante com o estudo de Yoshida *et al.* (2018) e Lira et al. (2019) apontam em seu conteúdo que a conduta terapêutica deve ser iniciada no pré-operatório, com instruções verbais e escritas, sendo continuadas após PR. Igualmente, Sathianathen *et al.* (2017) afirma que o músculo treinado tem melhoras significativas após cirurgia, demonstrando em seu estudo que a IU após PR melhora consideravelmente a curto prazo com auxílio da fisioterapia, sobretudo se essa for iniciada precocemente, obtendo melhoras em até 6 semanas.

ELETROESTIMULAÇÃO

EE intracavitária frequentemente é associada com fortalecimento do MAP, naqueles pacientes que não são capazes de contrair voluntariamente a região pélvica, gerando estímulos externos, e ocasionando melhora na conscientização do AP, podendo inibir a hiperatividade do detrusor (GOMES, *et al.*, 2017).

Gonzalez *et al.* (2020) traz a EE intracavitária como eficaz em seus estudos, embora apresente melhor eficácia se combinado com exercícios de fortalecimento e mudança no estilo de vida que inclui: diminuição ou eliminação de cafeína, tabaco, prática de exercício físico e treinamento da bexiga com cronograma de micção, contraposto a isso, Laurienzo *et al.* (2018) refere a importância da conduta acontecer com o mesmo fisioterapeuta, considerando de extrema relevância a terapia de EE anal.

No estudo de Gomes, *et al.* (2017), demonstram que a intervenção a curto prazo do treinamento do MAP, associado a EE e BF, foi uma estratégia eficaz para melhorar a continência após PR em mais de 88% dos pacientes.

PILATES

O método Pilates se destacou como uma atividade prazerosa, na qual se obteve benefícios para o tratamento da IU, e ainda foi possível observar uma melhora na QV dos

pacientes que realizaram essa prática. A técnica é baseada no treino contra resistência, integrando e controlando o exercício com objetivo de ganho de força e flexibilidade do corpo (GOMES, *et al.*, 2017).

Os exercícios são focados na mobilidade, estabilidade pélvica e alinhamento corporal. Este método pode produzir melhoras significativas na força muscular do AP, já que a prática dessa atividade é executada em conjunto com a respiração e contração deste grupo muscular (GOMES, *et al.*, 2017).

No estudo de GOMES, et al. (2017), demonstra melhorias significativas na força do AP medida por perineometria após 12 semanas de fortalecimento do MAP convencional versus método de pilates.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados dos trabalhos estudados, identificamos melhoras na condição de IU em pacientes após PR, visibilizando aumento na QV. A fisioterapia pélvica com diferentes intervenções e recursos como BF, cinesioterapia, EE e pilates proporcionou aumento de força, assim como percepção do AP, aumentando a continência urinária. Contudo, existem poucos estudos sobre o tema, visibilizando a necessidade de mais estudos sobre a intervenção fisioterapêutica na melhora da IU de pacientes após PR.

REFERÊNCIAS

1. BERNARDES, M. *et al*. Impacto de incontinência urinária na qualidade de vida de indivíduos submetidos à prostatectomia radical. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Divinópolis, v.27, n. 3131, p. 1-10, 2019.
2. GOMES, C. *et al*. The effects of pilates method on plevic floor muscle strength in patients with post-prostatectomy urinary incontinence: A randomized clinical trial. **Neurourology and Urodynamics**. Porto Alegre, p. 1-8, 2017.
3. GONZÁLEZ, M., *et al*. Early 3-month treatment with comprehensive physical therapy program restores Continence in urinary incontinence patients after radical prostatectomy: A randomized controlled trial. **Neurourology and Urodynamics**. Pontevedra, p. 1-20, 2020.
4. LAURIENZO, C., *et al*. Pelvic floor muscle training and electrical stimulation as rehabilitation after radical prostatectomy: a randomized controlled trial. **The Journal of Physical Therapy Science**. Barretos, v. 30, n. 6, p. 825-831, 2018.
5. LIRA, G., *et al*. Effects of perioperative pelvic floor muscle training onearly recovery of urinary continence and erectile function in men undergoing radical prostatectomy:

a randomized clinical trial. **International Brazilian Journal of Urology**. Porto Alegre, v.45, n. 6, p. 1196-1203, 2019.

6. MILIOS, J., ACKLAND, T., GREEN, D. Pelvic floor muscle training in radical prostatectomy: a randomized controlled trial of the impacts on pelvic floor muscle function and urinary incontinence. **BMC Urology**. Western, v.19, n. 116, p. 1-10, 2019.
7. OLIVEIRA, F. *et al*. Atuação da fisioterapia no pós-operatório de prostatectomia total: uma revisão de literatura. **Revista Integrativa em Inovação Tecnológica nas Ciências da Saúde**. Santo Antônio de Jesus, v. 3, n. fluxo contínuo, p. 104-109, 2018.
8. OLIVEIRA, P. *et al*. Câncer de próstata: conhecimentos e interferências na promoção e prevenção da doença. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermagem**. Montes Claros, n. 54, p. 262-273, 2019.
9. QUIJADA, P., *et al*. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de próstata. **Revista Cuidarte**. Franca, v. 8, n. 3, p. 1826-1838, 2017.
10. RODRIGUES, A., ZAIDAN, P. Biofeedback associado ou não a outras intervenções fisioterapêuticas em pacientes com incontinência urinária pós prostatectomia radical. **Revista Fisioterapia Brasil**. Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p. 555-560, 2018.
11. SANTOS, A., *et al.* Efetividade do exercício pélvico no perioperatório de prostatectomia radical: revisão de literatura. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 29, n. 1, p. 100-106, 2016.
12. SATHIANATHEN, N., *et al.* An objective measurement of urinary continence recovery with pelvic floor physiotherapy following robotic assisted radical prostatectomy. **Translational Andrology and Urology**. Melbourne, v. 6, n. 2, p. 59-63, 2017.
13. SAYILAN, A., OZBAS, A. The effect of pelvic floor muscle training on incontinence problems after radical prostatectomy. **American Journal of Men's Health**. Istanbul, p. 1-9, 2018.
14. SEEMANN, T. *et al.* Influência de sintomas depressivos na qualidade de vida em homens diagnosticados com câncer de próstata. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 72-81, 2018.
15. SHIWA, S., *et al.* PEDro: a base de dados de evidências em fisioterapia. **Fisioterapia e Movimento**. v. 24, n. 3, p. 523-533, 2011.
16. TANTAWY, S., et al. Effect of 4 weeks of whole-body vibration training in treating stress urinary incontinence after prostate cancer surgery: a randomised controlled trial. Manama, p. 338-345, 2019.
17. YOSHIDA, M., *et al.* May perioperative ultrasound-guided pelvic floor muscle training promote early recovery of urinary continence after robot-assisted radical prostatectomy? **Neurourology and Urodynamics**. Tokyo, p. 1-7, 2018.

CAPÍTULO XXIV

MORTALIDADE NEONATAL POR SEPTICEMIA BACTERIANA E SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO NO NORDESTE DO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2008 a 2018

Rayana Laryssa Dias Eloia[112]; Antonio Rafael da Silva[113];
Bárbara Elvira Meneses de Brito Nunes[114]; Daniela Ferreira Marques[115];
Taisa Freire Mororó de Sá[116].
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-24

RESUMO:
A mortalidade neonatal pode ser desencadeada pelos seguintes fatores: socioeconômicos, características do neonato e materna, além da qualidade do serviço de saúde. Dessa forma, a mortalidade neonatal está relacionada de maneira direta à assistência proporcionada nos períodos pré, peri e pós-natal. O objetivo do estudo foi identificar os índices de mortalidade neonatal na região nordeste do Brasil. Trata-se de um estudo ecológico descritivo de abordagem quantitativa, realizada através de dados secundários proveniente do DATASUS. A pesquisa foi desenvolvida avaliando taxas de mortalidade neonatal correlacionado suas principais causas entrem os anos de 2008 a 2018 na região nordeste do Brasil. Os dados foram analisados através do programa SPSS versão 25.0 e representados em tabelas e quadros por meio do programa *Microsoft Office Excel 2016.* Os resultados demonstraram declínio na mortalidade neonatal no decorrer desses anos, sendo que, destacaram como umas das principais causas de óbitos foram à síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido (SDR) e septicemia bacteriana. Foi constado na pesquisa que aproximadamente 1/4 da mortalidade neonatal estavam relacionada à SDR e a Septicemia bacteriana, destacando essas taxas de óbitos em crianças pré-termas. Dessa forma, é necessário o incentivo de novos estudos a respeito das causas que levam a mortalidade neonatal, trazendo mudanças comportamentais e buscando alternativas na melhoria da assistência neonatal e materna.
PALAVRAS-CHAVE: Mortalidade Infantil. Região Nordeste. Síndrome do desconforto respiratório. Septicemia Bacteriana.

112 Pós-graduanda em Fisioterapia RespiratóriaPediátrica e Neonatal pelo o Centro Universitário Doutor Leão Sampaio- UNILEÃO. E-mail: laryssa201@hotmail.com
113 Fisioterapeuta Residente na categoria multiprofissional em Saúde Coletiva pela a Universidade Regional do Cariri-URCA. E-mail: raphaelsilvha@gmail.com
114 Fisioterapeuta Residente na categoria multiprofissional em Saúde Coletiva pela a Universidade Regional do Cariri-URCA. E-mail: barbara_crato@hotmail.com
115 Pós-graduanda em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal e Fisioterapia Neurofuncional adulta e pediátrica no Centro Universitário UNILEÃO. E-mail: danielaferreiram_@hotmail.com
116 Fisioterapeuta Residente em Saúde da Família e Comunidade - Escola de Saúde Pública -CE. E-mail: taisa_freire.21@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Desde 1990, o Brasil apresenta altas taxas de mortalidade infantil, principalmente no período neonatal precoce (0 – 6 dias). Em 2010 observou-se, que aparece com taxa de 11,2 mil mortes a cada mil nascidos vivos, já no ano 2011 atingiu a marca de 15,3 mortes por mil nascidos vivos, resultado de uma convenção dos governos das Nações Unidas, que almejava atenuar cerca de 2/3 a mortalidade infantil entre os anos de 1990 e 2015. No entanto, esse resultado ainda se mostra aquém do esperado para o país, havendo ainda muita desproporção entre as classes socioeconômicas, refletindo diretamente na saúde (LANSKY et al., 2014).

Dentre os inúmeros fatores que podem colaborar para o alto índice de mortalidade neonatal destaca-se: os socioeconômicos, as características do neonato, qualidade do serviço de saúde e características maternas (ALMEIDA et al., 2002).Dessa forma, está relacionada de maneira direta à assistência proporcionada nos períodos pré, peri e pós-natal (FERRARI et al., 2006). Compreende-se como mortalidade neonatal precoce óbitos ocorridos com menos de 7 dias, já a tardia são óbitos ocorridos entre 7-27 dias após o nascimento (MARAN; UCHIMURA, 2008).

Entre os anos de 2008 a 2018 foram notificados de acordo com o Datasus cerca de 98.809 casos de mortalidade neonatal na região nordeste do Brasil, sendo que, as duas principais doenças relacionadas aos casos de morte de RN, foram a Síndrome do desconforto respiratório e Septicemia bacteriana. (DATASUS, 2020).

A Septicemia bacteriana do recém-nascido (RN) é definida como infecção bacteriana que acomete mais os recém-nascidos pré-termos (RNPT) e de extremo baixo peso, tornando-se uma das principais causas de morbimortalidade nesses indivíduos, visto que, o RN apresenta imaturidade do sistema imunológico, o que os tornam mais suscetíveis a infecções (FREITAS et al., 2016).

A Síndrome do desconforto respiratório (SDR) neonatal, também conhecida como síndrome da membrana hialina, consiste em uma desordem no sistema respiratório do recém-nascido, devido à deficiência de surfactante pulmonar. Em torno de 50% das mortes ocorridas no período neonatal estão relacionadas com disfunções no sistema respiratório, onde a SDR corresponde cerca de 80% a 90% dos casos (DE OLIVEIRA; MORAN, 2009).

O objetivo da pesquisa foi analisar os aspectos da mortalidade neonatal na região nordeste do Brasil decorrente de septicemia bacteriana e o desconforto respiratório entre os anos de 2008 a 2018. A pesquisa visa analisar os aspectos da mortalidade neonatal no nordeste do Brasil em virtude dessas duas patologias que acomete o RN verificando dados epidemiológicos em relação à mortalidade neonatal no nordeste do Brasil e expor a real situação em que se encontra, promovendo atualização sobre o tema abordado.

Em relação ao nível científico, visa incentivar novas pesquisas sobre o tema, favorecendo ao aumento do número de publicações, além de estimular uma possível reorganização dos serviços de saúde. No âmbito acadêmico tem como objetivo agregar mais conhecimento contribuindo na formação profissional, sobretudo, expor para a sociedade a atual situação da mortalidade neonatal no Brasil pela a (SDRA) e a Septicemia bacteriana do recém-nascido.

METODOLOGIA

A pesquisa trata-se de um estudo ecológico descritivo de abordagem quantitativa, realizada através de dados secundários. O presente estudo foi realizado através de dados provenientes da plataforma SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) do ministério da saúde, referente aos casos de mortalidade neonatal na região nordeste do Brasil, ocasionada por síndrome do desconforto respiratório e septicemia bacteriana do recém-nascido de 2008 a 2018. Ressalta-se que a região Nordeste compreende cerca de 9 unidades de federações (IBGE, 2017).

Foi utilizado nessa pesquisa um levantamento de casos relacionado a óbitos neonatais na região nordeste do Brasil ocasionado pela sepse e síndrome do desconforto respiratório e seus respectivos fatores associados, os quais foram computados no sistema do DATASUS, entre os anos de 2008 a 2018, sendo que, a última atualização de dados estava disponível até o ano de 2018. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças na sua 10° revisão (CID-10) a septicemia bacteriana do recém-nascido e a síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido são classificadas, respectivamente, por P36 e P22.

Para maior confiabilidade das informações serão excluídos dados cuja integralidade das variáveis apresentou valores inferiores a 95%, e dados que não foram

computados. Primeiramente foi consultado o Departamento de Informática do SUS, onde são disponibilizados dados do Ministério da Saúde, em seguida foi escolhida a opção Mortalidade 2008 a 2018 – Óbitos infantis, depois selecionou-se Brasil por Região e Unidade de Federação, logo foram selecionados os seguintes dados para a formação das tabelas: na Linha (Categoria CID-10), na Coluna (Ano do óbito) e no Conteúdo (Óbitos por Residência), entre os períodos de 2008 a 2018.

Com relação às Seleções Disponíveis foram considerados os seguintes itens: na Região (Nordeste), na Categoria CID-10 (P22-Síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido e P36- Septicemia bacteriana do recém-nascido), na Faixa Etária (0 a 6 dias e 7 a 27 dias), no Sexo (Masculino e Feminino), Duração Gestação (Todas as categorias), Peso ao Nascer (Menos de 500 g a 3999 g), Tipo Parto (Vaginal e Cesário).

Em seguida, com o intuito de correlacionar os dados colhidos referentes a P22 e P36 com todas as causas disponíveis no DATASUS que sucederam a mortalidade neonatal no período de 2008 a 2018 foi alterado nas Seleções Disponíveis o item Categoria CID-10, de P22 e P36 para Todas as Categorias, onde selecionou-se automaticamente todas as 383 causas de mortalidade neonatal que são disponíveis neste item.

Para a formação de uma nova tabela referente ao sexo modifica nas Seleções Disponíveis o item Categoria Cid-10 de “Todas as categorias” para “P22 e P36”, em seguida altera o item Linha de “Categoria Cid-10” para “Sexo” .Em relação ao Tempo Gestacional o item Coluna foi modificado de ¨Ano do óbito¨ para ¨Duração gestação¨, e o item Linha de “Sexo” para “Categoria Cid-10”.

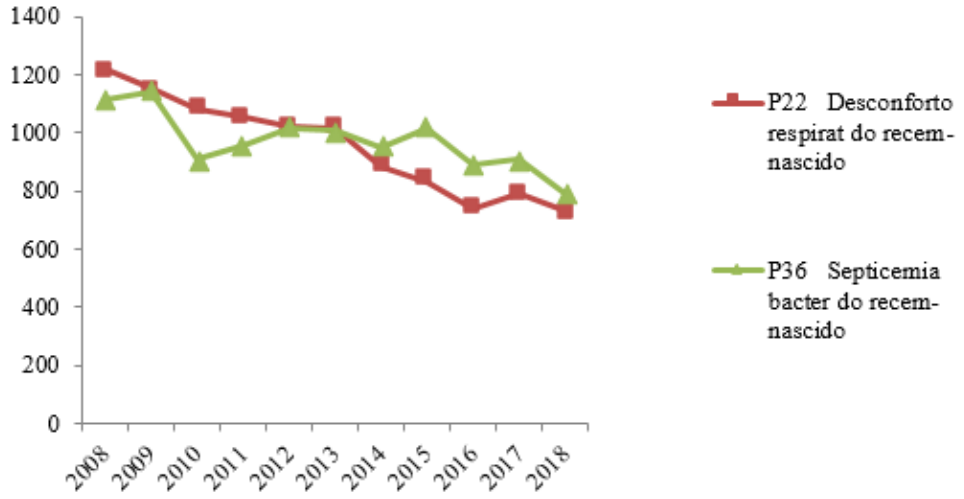
Sobre a tabela do Peso ao nascer muda no item Linha de “Categoria Cid-10” para “Peso ao nascer”, e na Coluna de “Duração de gestação” para “Ano do óbito”. E por fim em relação a tabela sobre o Tipo de parto na Linha foi modificado de “Peso ao nascer” para “Tipo parto”.

Os dados colhidos foram posteriormente armazenados e dispostos em planilhas no programa Excel 2016 para a melhor reprodução dos dados em tabelas e quadros. Por se tratar de um estudo ecológico, não necessitou da submissão ao comitê de ética, em razão de não haver intervenção com humanos, de acordo com a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

De acordo com o gráfico 01 faz referência sobre as duas principais causas de mortalidade neonatal no nordeste brasileiro, que foram a Síndrome do desconforto respiratório e Septicemia bacteriana, totalizando 21.219 mortes. O percentual da correlação entre o total de todas as causas de mortalidade do neonato (98.809 óbitos) em comparação as duas principais (21.219) corresponderam a 21,5%, ou seja, cerca de 1/4 da população de neonatos morreram devido a essas duas patologias. Observa-se no gráfico um declínio das mortalidades neonatais das duas doenças no decorrer dos 10 anos.

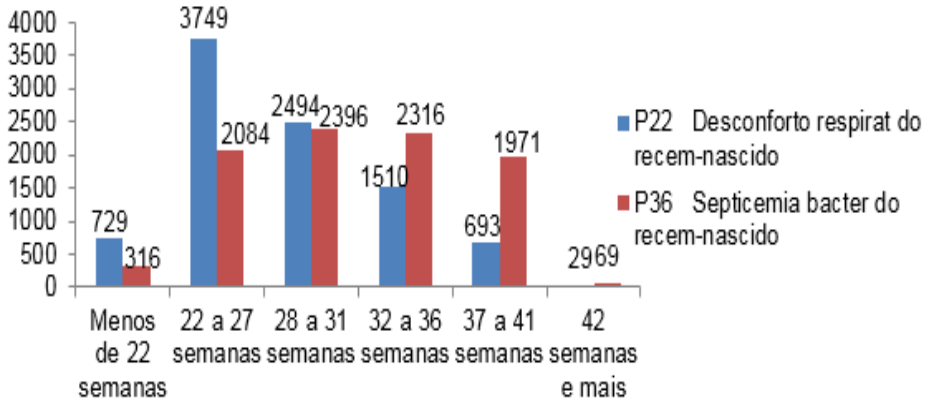
Gráfico 01. Mortalidade Neonatal causada pela SDR e Septicemia Bacteriana entre os anos de 2008 a 2018.



Fonte: DATASUS, 2020.

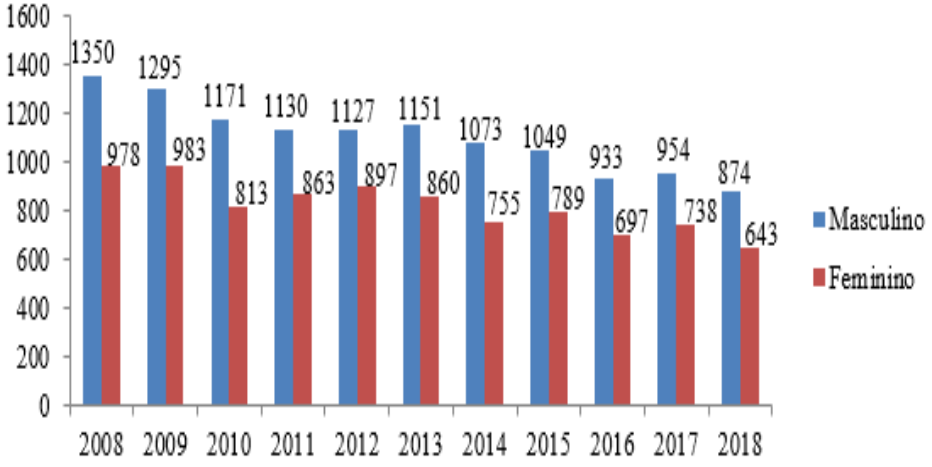
De acordo com o gráfico 2 destaca-se que o gênero mais acometido foi o masculino ao longo dos 10 anos para ambas as patologias.

Gráfico 2: Óbitos em relação ao sexo.



Em relação ao período gestacional destacam-se que os principais óbitos ocasionadas pela a P22 e P36 foram crianças pré-terma para ambas as patologias.

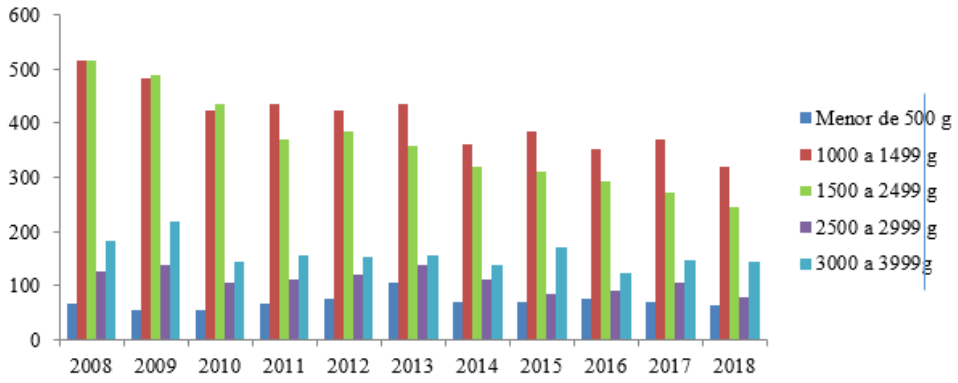
Gráfico 3: Óbitos em relação ao período gestacional.



Fonte: DATASUS, 2020.

O gráfico 04 retrata o peso ao nascer e sua relação do óbito neonatal pela P22 e P36, observa-se que as taxas de mortalidade com predominância variou entre 1000 a 2499 g entre 2008 a 2018.

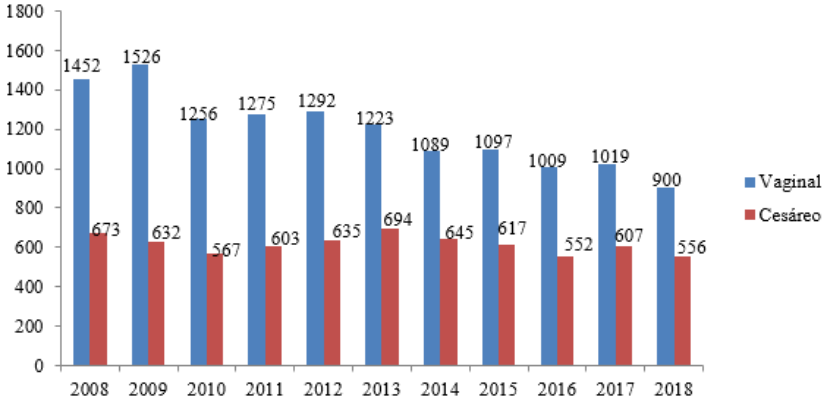
Gráfico 04: Peso ao nascer em relação aos óbitos



Fonte: DATASUS, 2020.

Os dados presentes no gráfico 05 representam o total de óbitos ocorrido durante o parto, observa-se que entre os anos de 2008 a 2018 a maioria das mortes neonatais ocorreu durante o parto vaginal.

Gráfico 05: Número de Óbitos em relação ao tipo de parto



Fonte: DATASUS, 2020.

DISCUSSÕES

Os dados encontrados nesta pesquisa são semelhantes ao do estudo França et al (2017), que avaliaram as causas de mortalidade neonatal no Brasil de forma geral, foi evidenciado uma redução significativa de óbitos em território nacional entre os anos de 1990 a 2015.

Silva et al. (2014) realizaram um estudo longitudinal multicêntrico de base hospitalar sobre os fatores associados ao óbito neonatal nos seguintes estados na região nordeste: Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia. Participaram da amostra os neonatos nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) da RENOSPE (Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal), a amostra foi composta 3.623 de nascidos vivos, sendo que deste total 654 (18,1%) foram a óbito durante a fase neonatal e 2.969 (81,9%) sobreviveram durante o período de internação na unidade hospitalar.

Ainda de acordo com Silva et al., (2014) concluíram que a ausência de corticóides foi um fator predisponente para os casos de óbitos no ambiente hospitalar, principalmente em RN de baixo peso, sendo que, a utilização dessa medicação reduz as chances para o agravamento e desencadeamento da SDR, por estimular o processo de maturação pulmonar.

Castro, Leite e Guinsburg (2016) realizaram um estudo de coorte em 19 maternidades de convênio público em nove capitais do Nordeste Brasileiro entre Julho e Dezembro de 2007, incluiu-se na pesquisa 627 RN, sendo que, as variáveis associadas aos óbitos foram o baixo peso e o sexo masculino, além disso, a estrutura hospitalar pode ser um fator predisponente.

Araujo Filho et al. (2017), no estudo deles sobre os aspectos epidemiológicos da mortalidade neonatal em uma capital do Brasil, notaram que a essa mortalidade estava mais presente no sexo masculino, cor não branca, prematuridade e baixo peso ao nascer.

Seidel et al. (2018) realizaram uma revisão sistemática e meta-análise sobre a colonização de bactérias Gram-negativas em neonatos internados em unidade de terapia intensiva, esses autores relataram que a sepse ocorre nesse grupo especifico de bactérias e é uma causa relevante de mortalidade e morbidade neonatal, entretanto, o resultado da pesquisa afirmou que existe baixas evidencias cientificas em relação a uma triagem adequada para a predição de sepse.

Dong e Speer (2015), afirma que a sepse neonatal tardia está mais relacionada ao ambiente hospitalar, onde muitas vezes intervenções invasivas como a ventilação mecânica, cateterismo e outros fatores podem contribuir para o desenvolvimento da sepse, com maiores ocorrências entre o 10° e 22° dia de vida do neonato. Os principais

patógenos incluem estafilococos coagulase-negativa, bacilos Gram-negativos e fungos para o desencadeamento da sepse neonatal tardia.

Conforme de Oliveira e Moran (2009) a SDR, é uma das consequências da prematuridade, uma vez que, corresponde a 80% a 90% dos casos de mortalidade neonatal, devido a imaturidade do parênquima pulmonar e um déficit quantitativo e qualitativo do surfactante.

Segundo Niemarkt, Hütten e Kramer (2017) a melhor forma de atenuar a SDR é a administração de corticóides artesanais, sendo necessária a administração do surfactante apenas quando o paciente estiver em ventilação mecânica e apresentar sinais clínicos para o desencadeamento da SDR.

Sankar et al. (2016) realizaram uma revisão sistemática sobre a eficácia e a segurança da terapia do surfactante para RN prematuros com SDR, o resultado da pesquisa concluiu que o surfactante é uma intervenção terapêutica eficaz para reduzir a mortalidade neonatal, entretanto, os resultados são mais eficientes associado ao uso da pressão positiva continua nas vias aéreas (CPAP) e esteróides no período gestacional.

Santino et al. (2017) em seu estudo detectaram que a maioria dos casos de internamento na UTIN na cidade de Campina Grande-PB foram por causa do desconforto respiratório neonatal, correspondendo a 48,88%, essa unidade de cuidados neonatais pertence a fundação assistencial da Paraíba que admite neonatos e lactentes com uma variabilidade de patologias.

De acordo com Araujo Filho et al. (2017), que verificaram altas taxas de mortalidade equivalendo 932 óbitos na cidade de Teresina-PI, sendo que a maioria dos casos ocorreram em crianças de baixo peso, do sexo masculino e com tempo gestacional inferior a 37 semanas.

Lima, Vieira e Medeiros (2020) em seu estudo sobre determinantes de óbitos em RNPT em uma UTIN, observaram na análise de seus dados que o maior risco de morte é entre os prematuros com menor IG, menor peso, Apgar<7 no 5° minuto, utilização do surfactante na sala de parto ou na UTI, muitos dias em Ventilação Mecânica, a necessidade de reanimação avançada e com acesso venoso central por período ≥7 dias.

Entretanto no estudo de Sleutjes et al. (2018), onde eles identificaram cinco fatores

de risco para o óbito neonatal, a questão do peso só foi relevante para valores menores de 1.500 gramas. Eles relatam que a falta de impacto na morte neonatal na faixa entre 1.500 e 2.499 gramas pode estar relacionada aos avanços tecnológicos assim proporcionando a sobrevida para esses bebês.

Migoto et al. (2018), relatam no seu estudo que houveram maior prevalência de óbito neonatal no sexo masculino, baixo peso ao nascer prematuros, com asfixia de Apgar no quinto minuto de vida e com anomalia congênita. Com relação ao tipo de parto, eles notaram que o cesáreo serviu como um fator de proteção ao óbito, tendo 38,0% a mais de chances para sobrevida do RN, corroborando assim com o nosso estudo. Entretanto, eles ainda relatam que a relação do tipo de parto só foi observada na análise bruta e não significativa na análise ajustada.

Vale ressaltar que a mortalidade neonatal pode ocorrer por diversas causas, sendo a septicemia bacteriana do RN e o desconforto respiratório neonatal como uma das principais doenças causadoras dos óbitos na região Nordeste do Brasil. A força desse estudo consiste devido ao fato da pesquisa ser provenientes de dados secundários do Ministério Saúde, onde é base de dados fidedignos, para o norteamento e elaboração de políticas públicas em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa quantificou e caracterizou os dados epidemiológicos sobre mortalidade neonatal na região nordeste do Brasil e correlacionou duas doenças que foram a (SDRA) e a Septicemia Bacteriana do recém nascido, analisando suas principais causas. Averiguando os óbitos entre os anos de 2008 a 2018, através de dados secundários provenientes do DATASUS, percebeu-se um declínio nas taxas de mortalidade no transcorrer desses anos.

Essa redução nos índices de mortalidade pode ser explicada devido a criação de novas políticas públicas de saúde, visando, uma melhor assistência à saúde materna e do recém-nascido nos períodos pré, peri e pós natal.

Entre 397 causas de óbitos neonatais registradas no DATASUS durante os anos de 2008 a 2018 na região nordeste do Brasil, destacou-se a Síndrome do desconforto

respiratório neonatal e Septicemia bacteriana do RN, correspondendo quase cerca de 1/4 dos casos de mortalidade neonatal na região nordestina do Brasil entre os anos de 2008 a 2018. As crianças com idade gestacional classificada em pré-termo foram as que tiveram os maiores índices de mortalidade.

Sugere-se que haja aperfeiçoamento na disseminação do conhecimento sobre a mortalidade neonatal com a implementação de mais políticas publicas voltada a saúde materna e do neonato, a fim, de atenuar os riscos evitáveis através de ações de promoção, prevenção e proteção à saúde. Dessa forma, é necessário o incentivo de novos estudos a respeito das causas que levam a mortalidade neonatal, trazendo mudanças comportamentais e buscando alternativas na melhoria da assistência neonatal e materna.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marcia Furquim de et al. Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, p. 93-107, 2002.

ARAUJO FILHO, Augusto Cezar Antunes de et al. Aspectos epidemiológicos da mortalidade neonatal em capital do nordeste do Brasil. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 3, p. 1767-1776, 2017.

CASTRO, Eveline Campos Monteiro de; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; GUINSBURG, Ruth. Mortality in the first 24h of very low birth weight preterm infants in the Northeast of Brazil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 1, p. 106-113, 2016.

DE OLIVEIRA, Cristiane Helga Yamane; MORAN, Cristiane Aparecida. Estudo descritivo: ventilação mecânica não invasiva em recém-nascidos pré-termo com síndrome do desconforto respiratório. **ConScientiae Saúde**, v. 8, n. 3, p. 485-489, 2009.

FREITAS, M. C. N. et al. Caracterização dos Recém-Nascidos Internados em Unidades de Terapia Intensiva. **Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 12, n. 40, p. 228-242, 2016.

DONG, Ying; SPEER, Christian P. Late-onset neonatal sepsis: recent developments. **Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition**, v. 100, n. 3, p. F257-F263, 2015.

FERRARI, Lígia Silvana Lopes et al. Mortalidade neonatal no Município de Londrina, Paraná, Brasil, nos anos 1994, 1999 e 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1063-1071, 2006.

FRANÇA, Elisabeth Barboza et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 20, p. 46-60, 2017.

BRASIL, I. B. G. E. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017 [citado 2018 março 26]. **Notícias. Disponível em: https://agenciadenoticias. ibge. gov. br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20618-cerca-de-6-5-milhoes-de-pessoas-fazem-trabalho-voluntario-no-pais. html**.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C.. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, p. 759-772, 2014.

LIMA, Raquel Gomes; VIEIRA, Verônica Cheles; MEDEIROS, Danielle Souto de. Determinants of preterm infants' deaths at the Neonatal Intensive Care Units in the Northeast Countryside in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 2, p. 535-544, 2020.

MARAN, Edilaine; UCHIMURA, Taqueco Teruya. Mortalidade Neonatal: fatores de risco em um município no sul do Brasil. **Rev Eletr Enf**, v. 10, n. 1, p. 29-38, 2008.

MIGOTO, Michelle Thais et al. Early neonatal mortality and risk factors: a case-control study in Paraná State. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2527-2534, 2018

Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do SUS -DATASUS, **SIM-Sistema de Informações de Mortalidade**; 2018. Disponível em:http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sim-sistema-de-informacoes-de-mortalidade, 2020.

NIEMARKT, H. J.; HÜTTEN, M. C.; KRAMER, Boris W. Surfactant for respiratory distress syndrome: new ideas on a familiar drug with innovative applications. **Neonatology**, v. 111, n. 4, p. 408-414, 2017.

SANKAR, M. J. et al. Efficacy and safety of surfactant replacement therapy for preterm neonates with respiratory distress syndrome in low-and middle-income countries: a systematic review. **Journal of Perinatology**, v. 36, n. 1, p.36, 2016.

SANTINO, Thayla Amorim et al. Atendimento Fisioterapêutico em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Conexão UEPG**, v. 13, n. 3, p. 402-413, 2017.

SEIDEL, J. et al. Routine screening for colonization by Gram-negative bacteria in neonates at intensive care units for the prediction of sepsis: systematic review and meta-analysis. **Journal of Hospital Infection**, v. 99, n. 4, p. 367-380, 2018.

SILVA, Cristiana Ferreira da et al. Fatores associados ao óbito neonatal de recém-nascidos de alto risco: estudo multicêntrico em Unidades Neonatais de Alto Risco no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 355-368, 2014.

SLEUTJES, Fernanda Cristina M. et al. Fatores de risco de óbito neonatal em região do interior paulista, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2713-2720, 2018.

CAPÍTULO XXV

O ENFRENTAMENTO À COVID-19 NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A OFERTA DE LEITOS DE UTI

Lucas Manoel da Silva Cabral[117]; Dorival Fagundes Cotrim Júnior [118];
Carla Cardi Nepomuceno[119]; Daniela Lacerda Santos[120].
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-25

RESUMO:
A pandemia desafiou países em todo mundo a repensarem a organização dos seus sistemas de saúde, tanto na oferta de tecnologias diagnósticas, quanto na oferta de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para tratamento de casos mais graves. Este artigo apresenta um estudo de caso do mapeamento dos números de leitos em UTI do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Não-SUS (sistema privado) no Estado do Rio de Janeiro e produz uma reflexão sobre o panorama da rede assistencial como um dos desafios no combate à COVID-19. Identificou-se que a maioria dos municípios não alcançou o mínimo exigido pela Organização Mundial de Saúde quanto à oferta mínima de um leito público para cada 10 mil habitantes, o que exige maior atenção na avaliação dos gestores federativos para o enfrentamento da pandemia, na garantia constitucional do acesso aos serviços de saúde e obrigatoriedade do Estado em cumpri-la.
PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Epidemia pelo Novo Coronavírus 2019. Infecções por Coronavirus. Unidades de Terapia Intensiva. Brasil.

DESCUMPRIMENTO DAS NOVE REGIÕES DE SAÚDE FLUMINENSES QUANTO À OFERTA MÍNIMA DE LEITOS DEFINIDA PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Desde sua origem, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde é caracterizado como um sistema de saúde misto, composto por uma rede pública de serviços de saúde e outra privada, que, segundo a Carta Magna, deveria ser

117 Doutorando e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social (UERJ). Lattes: http://lattes.cnpq.br/8282273527347394. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6144-8050 E-mail: admlucascabral@gmail.com
118 Doutorando do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Professor do Instituto de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC RIO). Lattes: http://lattes.cnpq.br/7008561960392884. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7389-7635. E-mail: dorivalfcotrim@gmail.com
119 Doutorado em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro em andamento. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7008561960392884. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6899-3262 E-mail: carlacardiufjf@gmail.com
120 Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social/UERJ. Professora do Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto/Faculdade de Medicina de Petrópolis. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4803532250229421 . Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6318-0809. E-mail: enfdanielalacerda@gmail.com

complementar ao SUS (CORDEIRO,1991; STERMAN HEIMANN; BARBOZA,2005;

MENICUCCI, 2003; MENICUCC, 2011). Todavia, sabe-se que a rede privada adquiriu, ao longo dos anos, uma influência "muito intensa e extensa" na definição das políticas públicas de saúde (BAHIA; SCHEFFER, 2018).

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarava a até então pandemia pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2), originária da China, como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), cujos precedentes impactaram nos contextos social, humano, político e econômico em âmbito mundial, desafiando os sistemas de saúde (CAETANO et al, 2020; BONG, 2020; QIU; CHEN; SHI, 2020).

A pandemia traz à tona a importância dos sistemas públicos de saúde, como do SUS no contexto brasileiro, para o enfrentamento do coronavírus, "reposicionando a saúde pública como elemento central da narrativa que desestabiliza o *ethos* neoliberal" (SANTOS, 2020). Ao mesmo tempo, ensina que sem o SUS não se superam as crises causadas pela pandemia.

Desde a declaração da OMS e notificação do primeiro caso no Brasil, o país buscou se preparar para o enfrentamento da pandemia, principalmente na condição de possuidor de um dos maiores sistemas públicos de acesso universal (COTRIM JUNIOR e CABRAL, 2020). Medidas emergenciais foram tomadas, a despeito de certa ausência e desinteresse do Ministério da Saúde e do Governo Federal no combate à COVID-19, tratando-a como "gripezinha" (THE LANCET, 2020) e tentando encobrir a gravidade da situação. Paralelamente, os processos anteriores e em curso de desestabilização da seguridade social brasileira, como as reformas trabalhistas e previdenciária, e a Emenda Constitucional nº 95/2016, aliados aos processos de transferência dos recursos públicos para a saúde privada, têm influenciado, indubitavelmente, na atuação do SUS, cada vez mais enfraquecido (DANTAS, 2020).

Assim, o sistema público de saúde retorna ao centro das discussões políticas e sociais, mas sabe-se, diante da realidade imposta, que isso não necessariamente redundará em melhorias universais e equânimes em tempo oportuno, óbvias aspirações dos sanitaristas. Nesse sentido, é crucial, portanto, analisar experiências mais comunitárias e orgânicas, tanto institucionais como federativas, a partir dos estados e municípios

(SOUZA *et al.*, 2020), tendo em vista a necessidade de compreender a complexidade e ressaltar as questões que influenciam diretamente as respostas governamentais para o enfrentamento da COVID-19.

Especificamente o Rio de Janeiro ocupa a 3º colocação no *ranking* de mortalidade/100 mil habitantes. O Estado enfrenta um colapso na rede pública, tendo sido contabilizados entre 27 de março de 2020 e 26 de setembro de 2020 exatos 261.870 casos e 18.278 mortes, com taxas de mortalidade de 105.9/100 mil habitantes e de incidência 1.516.7/100 mil habitantes (PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO, 2020).

Tais dados desconsideram os fortes indícios de subnotificação nos países, especialmente no Brasil, como apontam estudos nacionais e internacionais (KRANTZ; RAO, 2020; ROCHA; TOMAZELLI, 2020), e a baixíssima proporção de testes (63) por mil habitantes, inferior a nações latino-americanas como Argentina (0,76), Cuba (2,65) e Peru (4,44) (WHO, 2020).

No momento de enfrentamento da pandemia, o ERJ, cuja administração pública vem enfrentando nos últimos anos vários processos de sucateamento e desvio de verbas, haja vista a prisão dos seus quatro últimos governadores, vivencia um amplo desmonte da saúde no estado (PERES; SANT'ANA; RODRIGUES, 2020)

Assim, diante da realidade apresentada, este estudo propõe, por meio de um estudo de caso, analisar e descrever como o Estado do Rio de Janeiro (ERJ) se posicionou diante da pandemia em relação à demanda de leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso (YIN, 2015) exploratório-descritivo, de natureza retrospectiva, com abordagem quantitativa sobre o mapeamento do número de leitos em UTI do SUS e na saúde suplementar no ERJ.

O estudo de caso é um método recomendado para compreender fenômenos sociais complexos, que exigem um aprofundamento dos processos, mecanismos e dos fatores que influenciam direta ou indiretamente a questão do estudo (SÁTYRO; D'ALBUQUERQUE´, 2020). Nesse sentido, a análise apresentada tem como foco compreender o posicionamento do ERJ na política de enfrentamento à COVID-19, com

base na observação da demanda e na disponibilidade de leitos de UTI no contexto da rede assistencial de saúde do estado, considerando que tais unidades são essenciais para a manutenção da vida e atendimento de casos graves da doença.

A coleta de dados foi realizada a partir dos dados secundários disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no momento pré-pandemia (dezembro/2019) e durante a pandemia (abril/2020).

Foram coletados dados referentes aos 92 municípios que compõem o ERJ, assim como a respeito das nove regiões de Saúde/ERJ: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Noroeste, Norte e Serrana.

Fez-se a análise dos dados utilizando frequências relativas (percentuais) e absolutas (n) das classes de cada variável, relacionadas à distribuição dos leitos de UTI no contexto do sistema de saúde do Rio de Janeiro. Por se tratar de estudo com dados secundários, disponíveis on-line para acesso público, obteve-se dispensa de apreciação de comitê de ética.

RESULTADOS

Após a análise de disponibilidade de leitos de UTI constatou-se a existência de duas estruturas de provisão na área hospitalar no Estado: 1) a rede pública no âmbito do SUS, composta por prestadores governamentais e privados contratados que atendem basicamente à população sem plano de saúde (rede pública); e 2) a rede privada (não SUS) independente da demanda governamental, financiada basicamente pela utilização dos segurados dos planos privados de assistência à saúde, com o contributo dos subsídios estatais, renúncias e isenções fiscais. Em abril de 2020, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2020) informava que no ERJ 31,6% da população tinham plano privado de assistência hospitalar e ambulatorial.

Um dos efeitos imediatos causados pelo enfrentamento da pandemia foi o crescimento da demanda por leito de UTI nos sistemas de saúde. Conforme os dados disponíveis no DATASUS (2020) – competência de abril 2020 – foram criados no ERJ

1.388 leitos de UTI. No momento pré-pandemia (dezembro, 2019), havia 6.345 leitos de UTI, dos quais 1.862 eram SUS e 4.462 privados (não SUS). Já no momento pandêmico (abril, 2020), estavam cadastrados no CNES 7.733 leitos de UTI, sendo 1.872 SUS e 5.840 na saúde suplementar. Ou seja, houve um crescimento de 30,88 % dos leitos privados de UTI (tabela 1) e de 0,53% dos leitos SUS.

Ainda sobre a tabela 1, observa-se, na média estadual, crescimento de 21,87% dos leitos de UTI. A maior expansão ocorreu na região Baía da Ilha Grande (133,33%) e três regiões tiveram expansão inferior a 5%: Baixada Litorânea (4%), Médio Paraíba (1,8%) e Norte (4,88%).

Tabela 1: Proporção de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Sistema Único de Saúde (SUS) e não SUS (privado) por região de saúde/RJ. Momento pré-pandemia (dezembro/2019) e durante a pandemia (abril/2020).

Regiões de Saúde/ERJ	**Dezembro/2019**			**Abril/2020**			**Proporção**
	Total de leitos de UTI	**Leitos de UTI SUS**	**Leitos não SUS (privado)**	**Total de leitos de UTI**	**Leitos de UTI SUS**	**Leitos não SUS (privado)**	**% de crescimento de leitos de UTI**
Baía da Ilha Grande	30	12	18	70	12	58	133,33%
Baixada Litorânea	144	99	45	150	99	51	4%
Centro-Sul	128	51	72	136	51	80	9,8%
Médio Paraíba	558	141	401	568	141	411	1,8%
Metropolitana I	3.956	1.032	2.924	4.796	1.032	3.764	17,5%
Metropolitana II	573	161	412	899	171	728	36,26%
Noroeste	148	94	54	173	94	79	14,45%
Norte	487	165	322	512	165	347	4,88%
Serrana	321	107	214	429	107	322	25,17%
Rio de Janeiro	6.345	1.862	4.462	7.733	1.872	5.840	21,87%

Fonte: Os cálculos foram realizados com bases nos seguintes bancos: indicadores obtidos junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) do Ministério da Saúde – Competências: dezembro/2019 e abril/2020.

O levantamento realizado no CNES (DATASUS, 2020) demostra que as nove regiões de saúde do ERJ cumprem a meta, tanto na soma dos leitos totais (públicos e

privados) como no número de leitos somente SUS. O que chama atenção é o número de vezes em que a oferta de leitos de UTI para 100 mil/beneficiários (privado) é superior à oferta do SUS, sendo que em uma das regiões, Baía da Ilha Grande, chega a 32 vezes mais (tabela 2). A segunda maior desigualdade (15 vezes mais) na oferta de leitos públicos e privados ocorre na Região "Metropolitana II", seguida da região "Serrana", cuja disparidade pró-privado é 14 vezes maior em relação ao SUS (tabela2).

Tabela 2: Proporção de Leitos Totais (SUS e não SUS/100.000 habitantes); SUS/100.000 habitantes e não SUS/100.000 beneficiários.

Regiões de Saúde/ERJ	Leitos de UTI (SUS e não SUS)/100.000 Habitantes	Leitos de UTI SUS / 100.000 Habitantes	Leitos de UTI não SUS/ 100.00 Habitantes
Baía da Ilha Grande	2,40	4,12	131,19
Baixada Litorânea	1,79	11,79	35,19
Centro-Sul	3,99	14,98	173,15
Médio Paraíba	6,22	15,43	150,95
Metropolitana I	4,57	9,83	100,30
Metropolitana II	4,25	8,08	118,62
Noroeste	4,97	27,00	162,81
Norte	5,22	16,82	146,27
Serrana	4,58	11,43	158,75
Rio de Janeiro	4,48	10,84	108,90

Fontes: Os cálculos foram realizados com base nos seguintes bancos: IBGE - Estimativa populacional 2019; indicadores obtidos junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) do Ministério da Saúde - Competência abril/2020; Fonte: ANS - Competência abril/2020 (não estão contabilizados 3.124 beneficiários cuja residência não foi identificada).

Destaca-se que apenas a região Metropolitana I tem mais de 30% da sua população com planos privados, acompanhando a média estadual. Quatro (04) regiões não alcançam 20% da população com seguros privados (tabela 3).

Tabela 3: Proporção da população com planos privados de saúde.

Regiões de Saúde/ERJ	População	Beneficiários de planos privados de saúde	Proporção da população com planos de saúde (%)
Baía da Ilha Grande	291,418	44.212	15,17
Baixada Litorânea	839,958	144.940	17,26
Centro-Sul	340,526	46.203	13,57
Médio Paraíba	913,698	272.282	29,80

Metropolitana I	10.497.016	3.752.662	35,75
Metropolitana II	2.116.506	613.746	29,00
Noroeste	348.191	48.522	13,94
Norte	981.134	237.228	24,18
Serrana	936.496	202.833	21,66
Rio de Janeiro	17.264.943	5.362.628	31,06

Fontes: Os cálculos foram realizados com bases nos seguintes bancos: [1]IBGE - Estimativa populacional 2019; indicadores obtidos junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), do Ministério da Saúde - Competência abril/2020. ANS Competência abril/2020 (não estão contabilizados 3.124 beneficiários cuja residência não foi identificada).

Observou-se que três das nove regiões de saúde não atingem a recomendação: "Baía da Ilha Grande" (0,41), "Metropolitana I" (0,98) e "Metropolitana II" (0,81) (tabela 4).

Tabela 4: UTI nos municípios do estado do RJ na crise do coronavírus – competência abril de 2020.

Regiões de Saúde / ERJ	**População**	**Leitos / 10.000 hab.**	**Leitos SUS / 10.000 hab.**	**Leitos não SUS / 10.000 beneficiários**
Baía da Ilha Grande	**291.418 (1,69%)**	**2,40**	**0,41**	**13,12**
Angra dos Reis	203.785	3,43	0,59	18,81
Mangaratiba	44.468	-	-	-
Paraty	43.165	-	-	-
Baixada Litorânea	**839.958 (4,87%)**	**1,79**	**1,18**	**3,52**
Araruama	132.400	1,51	0,98	2,88
Armação dos Búzios	33.870	-	-	-
Arraial do Cabo	30.349	4,61	4,61	-
Cabo Frio	226.525	3,18	2,52	4,56
Casimiro de Abreu	44.184	-	-	-
Iguaba Grande	28.310	-	-	-
Rio das Ostras	150.674	0,6	-	2,36

		6		
São Pedro da Aldeia	104.476	-	-	-
Saquarema	89.170	3,81	1,68	16,16
Centro-Sul	**340.526 (1,97%)**	**3,99**	**1,50**	**17,31**
Areal	12.572	-	-	-
Comendador Levy Gasparian	8.561	-	-	-
Engenheiro Paulo de Frontin	14.002	-	-	-
Mendes	18.614	-	-	-
Miguel Pereira	25.538	-	-	-
Paracambi	52.257	-	-	-
Paraíba do Sul	44.285	2,26	1,58	4,93
Paty do Alferes	27.769	-	-	-
Sapucaia	18.228	2,74	-	-
Três Rios	81.804	2,20	1,10	5,61
Vassouras	36.896	27,92	9,49	148,86
Médio Paraíba	**913.698 (5,29%)**	**6,22**	**1,54**	**15,09**
Barra do Piraí	100.374	1,39	0,70	3,39
Barra Mansa	184.412	3,96	0,87	10,26
Itatiaia	31.805	-	-	-
Pinheiral	25.156	-	-	-
Piraí	29.277	-	-	-
Porto Real	19.683	3,05	-	-
Quatis	14.302	-	-	-
Resende	131.341	5,03	1,45	10,48
Rio Claro	18.529	5,40	-	-
Rio das Flores	9.284	-	-	-
Valença	76.523	3,92	3,92	-
Volta Redonda	273.012	13,52	2,5	27,76

			3	
Metropolitana I	**10.497.016 (60,80%)**	**4,57**	**0,98**	**10,03**
Belford Roxo	510.906	0,49	0,04	2,92
Duque de Caxias	919.596	4,81	0,46	22,01
Itaguaí	133.019	-	-	-
Japeri	104.768	-	-	-
Magé	245.071	-	-	-
Mesquita	176.103	0,57	-	2,59
Nilópolis	162.485	1,85	0,37	5,38
Nova Iguaçu	821.128	2,52	0,72	8,38
Queimados	150.319	-	-	-
Rio de Janeiro	6.718.903	5,98	1,33	10,29
São João de Meriti	472.406	1,38	0,64	4,00
Seropédica	82.312	-	-	-
Metropolitana II	**2.116.506 (12,26%)**	**4,25**	**0,81**	**11,86**
Itaboraí	240.592	2,00	0,21	10,78
Maricá	161.207	-	-	-
Niterói	513.584	11,04	1,79	16,96
Rio Bonito	60.201	3,32	0,83	15,22
São Gonçalo	1.084.839	2,43	0,64	7,93
Silva Jardim	21.774	-	-	-
Tanguá	34.309	-	-	-
Noroeste	**348.191 (2,02%)**	**4,97**	**2,70**	**16,28**
Aperibé	11.759	-	-	-
Bom Jesus de Itabapoana	37.096	5,93	1,35	25,22

Cambuci	15.505	-	-	-
Cardoso Moreira	12.823	-	-	-
Italva	15.207	-	-	-
Itaocara	23.234	6,46	1,29	32,11
Itaperuna	103.224	10,85	7,27	20,08
Laje do Muriaé	7.355	-	-	-
Miracema	27.174	5,52	2,21	32,42
Natividade	15.317	-	-	-
Porciúncula	18.847	-	-	-
Santo Antônio de Pádua	42.479	1,88	0,94	6,33
São José de Ubá	7.171	-	-	-
Varre-Sai	11.000	0,91	0,91	-
Norte	**981.134 (5,68%)**	**5,22**	**1,68**	**14,63**
Campos dos Goytacazes	507.548	6,74	2,44	18,81
Carapebus	16.301	-	-	-
Conceição de Macabu	58.937	-	-	-
Macaé	256.672	4,95	1,01	10,07
Quissamã	24.700	8,50	2,43	68,97
São Fidélis	38.669	3,10	2,33	5,87
São Francisco de Itabapoana	42.205	-	-	-
São João da Barra	36.102	2,77	-	19,50
Serrana	**936.496 (5,42%)**	**4,58**	**1,14**	**15,88**
Bom Jardim	27.446	-	-	-
Cachoeiras de Macacu	23.228	-	-	-
Cantagalo	20.172	9,91	-	72,91

Carmo	18.895	-	-	-
Cordeiro	21.926	-	-	-
Duas Barras	11.492	-	-	-
Guapimirim	60.517	-	-	-
Macuco	5.599	-	-	-
Nova Friburgo	190.631	2,20	0,94	4,83
Petrópolis	306.191	10,19	2,32	28,48
Santa Maria Madalena	10.404	-	-	-
São José do Vale do Rio Preto	21.795	-	-	-
São Sebastião do Alto	9.357	-	-	-
Sumidouro	15.623	-	-	-
Teresópolis	182.594	3,01	0,99	10,08
Trajano de Moraes	10.626	-	-	-
Estado do Rio de Janeiro	**17.264.943**	**4,48**	**1,08**	**10,89**

Fontes: Os cálculos foram realizados com base nos seguintes bancos: IBGE - Estimativa populacional 2019; indicadores obtidos junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES) do Ministério da Saúde - Competência abril/2020. ANS - Competência abril/2020 (não estão contabilizados 3.124 beneficiários cuja residência não foi identificada).

DISCUSSÃO

A epidemia da COVID-19, ainda em curso, tem forçado a mudança de percepção sobre a política de investimento e expansão da oferta de leitos de UTI em contexto de emergência em saúde pública no Brasil. Os equipamentos e a infraestrutura que compõem essa unidade de terapia tornaram-se preponderantes no cuidado em saúde e na sobrevida das pessoas acometidas pela forma grave do coronavírus e, consequentemente, se impuseram como uma pauta prioritária na agenda governamental (COSTA; LAGO, 2020; CASTRO *et al*., 2020).

Sabe-se que a baixa densidade de oferta de leitos e a desigualdade na distribuição territorial dos leitos são uma realidade no âmbito nacional (COSTA; LAGO,2020; NORONHA *et al*., 2020a; NORONHA *et al*, 2020b; PEDROSA; ALBUQUERQUE,

2020). Nas últimas décadas, tal conjuntura já desafiava os sistemas de saúde e a saúde pública (DONG; GARDNER, 2020; SANTOS *et al*., 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS,1984) recomenda a meta de 1 a 3 leitos desse tipo para cada 100 mil habitantes. Contudo, o déficit de leitos em UTI, evidenciado pela pandemia do novo coronavírus (MOREIRA,2020), foi observado em diversos países, diferindo no quantitativo proporcional de oferta de leitos (MOGHADAS *et al*., 2020; LI *et al*., 2020; SHOUKAT *et al*., 2020; ELHADI *et al*., 2020).

Embora na média estadual (1,08 leitos) o SUS do Estado do Rio de Janeiro cumpra, no limite, a recomendação da OMS (STANG; STANG; JÖCKEL, 2020) de disponibilizar, no mínimo, um leito de UTI para cada 10 mil habitantes, três quartos (75 dos 92) dos municípios não alcançam essa marca. Nos epicentros mundiais da epidemia, especificamente até março de 2020, a demanda chegou a 2,4 leitos de UTI por 10 mil habitantes, segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2020). É mais que o dobro da média disponível no setor público estadual.

No contexto do Rio de Janeiro, apesar do estado possuir uma das maiores proporções de população com planos privados do país (31,06%) e a média do Brasil estar em 22,41%, observou-se que isso não significa que os recursos e equipamentos destes seguros estejam sendo equanimemente distribuídos geograficamente.

No total, contabilizadas UTI do SUS e privadas, o Rio de Janeiro tem cerca de 7.733 mil leitos (competência abril/2020), dos quais 75,52% são privados e 24,48%, públicos. Somados os dois, a média sobe para 4,48 a cada 10 mil pessoas, quase o dobro da necessidade observada até o momento nos países mais afetados. Neste caso, até mesmo as regiões “Baía da Ilha Grande” e “Metropolitana I e II”, que ficavam bem abaixo da recomendação da OMS, sobem para 2,40, 4,57 e 4,25, respectivamente, atingindo a média (tabela 4).

Em estudo realizado na Alemanha, observou-se que entre 3% e 10% dos pacientes com COVID-19 tornam-se intensivos e o tempo médio de permanência no leito tem variado de 14 a 20 dias. O longo período de permanência de hospitalização exige planejamento e gerenciamento central para garantir o uso ideal da capacidade dos leitos (ELHADI, 2020).

No Brasil, de modo geral, a regulação e gestão pública dos leitos é também uma

necessidade para o ERJ, que quadruplicará a sua oferta, passando de 1,08 leitos a cada dez mil habitantes para 4,48/10 mil (MENICUCCI, 2011). Assim, e somente assim, a segurança sanitária da população fluminense estará melhor resguardada neste aspecto, embora ainda não suficiente para o enfrentamento eficaz, que exige distanciamento social (CRUZ, 2020; AQUINO *et al.*, 2020), testagens em massa como recomendam Prado *et al.* (2020) e Silva (2020), atenção primária ampliada e resolutiva (SARTI *et al*., 2020; DE PINHO BARBOSA; SILVA, 2020), entre outras medidas (FREITAS; NAPIMOGA; DONALÍSIO, 2020).

No caso da Metropolitana I e II, que ficaram bem acima da demanda observada em países epicentros da pandemia (Tabela 4), destaca-se que ambas abrangem as zonas mais ricas do ERJ, o que potencialmente explica o grande número de leitos privados e evidencia, mais uma vez, as disparidades regionais fluminenses. Tal fato não deve ser desconsiderado para análises das políticas sanitárias do estado, bem como para a operacionalização das mesmas.

Percebe-se, pela análise da Tabela 4, que pouquíssimos municípios fluminenses alcançam o mínimo exigido pela WHO (STANG; STANG; JÖCKEL, 2020) de 1 leito SUS/10 mil habitantes. Ou seja, das 92 municipalidades, apenas 18 ultrapassam essa marca, que já é deveras baixa e pouco segura em tempos pandêmicos.

Quando se faz o recorte por região de saúde estadual, percebe-se o seguinte: na "Baía da Ilha Grande" nenhum dos três municípios alcançam a taxa mínima de 1 leito SUS a cada dez mil pessoas. Na "Baixa Litorânea", apenas três dos nove municípios ultrapassam a marca mínima, com destaque para Arraial do Cabo, que ostenta a terceira maior proporção de leitos SUS do estado, 4,61/10 mil habitantes.

Na "Centro Sul", das 11 cidades apenas três superam o mínimo mencionado. Válido destacar Vassouras, cuja proporção de 9,49 leitos de UTI SUS a cada dez mil habitantes é a maior do ERJ. Já na "Médio Paraíba", de um total de 12 municípios apenas três alcançam o mínimo, e Valença se sobressaiu por possuir taxa de 3,92 leitos UTI SUS a cada dez mil habitantes.

A "Metropolitana I", não obstante a grande oferta de leitos privados, não se encontra em posição minimamente satisfatória, uma vez que dos 12 municípios que a compõem, apenas um, a capital Rio de Janeiro, alcança a marca de 1,33. Quando se avalia

a oferta suplementar, como supramencionado, a proporção de leitos UTI (não SUS, portanto) está na casa de 10,29 a cada 10 mil habitantes, nove vezes mais, embora não seja a maior proporção da região, uma vez que Duque de Caxias tem impressionantes 22,01 leitos UTI não SUS/10 mil habitantes, e é a maior desta região.

Vassouras é um município muito peculiar quanto à oferta de leitos UTI, tanto SUS quanto não SUS, pois a proporção dos primeiros, como visto, é de 9,49 e a dos segundos de 148,86 leitos não SUS a cada dez mil habitantes. É a maior proporção do ERJ para este tipo de oferta.

Na "Metropolitana II", formada por sete municípios, apenas um, o mais rico, Niterói, alcança o mínimo previsto pela OMS, ficando na proporção de 1,79 leitos UTI SUS/10 mil habitantes, enquanto a oferta proporcional não SUS nesta cidade é de 16,96.

Na "Noroeste", que abriga 14 municípios, verificou-se que apenas quatro superam o mínimo, com destaque para Itaperuna, que apresenta proporção de 7,27 leitos SUS, a segunda maior do ERJ.

Ainda nesta região, dois municípios se distinguem pela proporção de leitos UTI não SUS a cada 10 mil pessoas. São eles: Miracema, com 32,42, e Itaocara, com 32,11, as maiores proporções privadas desta região sanitária.

Quanto à expansão estadual, que ficou na casa de 21,87%, incluindo leitos SUS e não SUS, a maior em proporção ocorreu na região "Baía da Ilha Grande", com impressionantes 133,33%. As menores médias foram registradas em "Médio Paraíba" (1,8%), Norte (4,88%) e Baixada Litorânea (4%).

A "Norte" guarda uma peculiaridade, pois metade dos seus oito municípios, ou seja, quatro deles (50%), ultrapassam o mínimo previsto, a melhor marca entre as regiões do ERJ. Dois deles se destacam: Campos dos Goytacazes, com 2,44 leitos UTI SUS a cada 10 mil habitantes, e Quissamã, com 2,43. Este último ainda se sobressai pela elevada oferta suplementar, não SUS de leitos UTI, com 68,97, disparadamente a maior da região Norte.

A última região, "Serrana", conta com 16 municípios, dos quais apenas um, Petrópolis, supera o mínimo de um leito SUS a cada dez mil habitantes, com proporção de 2,32, como se verifica na Tabela 3. Dois outros municípios, Teresópolis e Nova

Friburgo, quase alcançam a proporção da OMS, ficando com 0,99 e 0,94, respectivamente.

Quando se analisa a oferta proporcional de leitos UTI não SUS desta região verifica-se que apenas quatro municípios dispõem de leitos deste tipo em seus territórios. São eles: os três já mencionados, Petrópolis (28,48), Teresópolis (10,08) e Nova Friburgo (4,83), e Cantagalo, que apresenta a maior oferta proporcional não SUS da região, com 72,91.

Não obstante a capital do ERJ dispor de muitos hospitais, o seu nível de segurança sanitária quanto aos leitos de UTI SUS ainda é baixo, pois alcança apenas a proporção de 1,33 a cada dez mil habitantes; e a situação do Estado como um todo não é nada razoável (COTRIM JUNIOR e CABRAL, 2020). A realidade da região Serrana é altamente preocupante, pois 13 dos 16 municípios não dispõem de nenhum leito SUS.

Considerando a recomendação da OMS (STANG; STANG; JÖCKEL, 2020) de uma oferta mínima de leitos de UTI de 1 a 3 para cada 100 mil habitantes verificou-se a situação do ERJ com base em levantamentos feitos no DATASUS. Assim, as nove regiões sanitárias do estado cumprem a meta, tanto na soma dos leitos totais (público e privado) quanto no número de leitos SUS. Ressalta-se o número de vezes em que a oferta privada é maior do que a pública, como na região “Baía da Ilha Grande”, alcançando a marca de 32 vezes mais, seguida da região “Metropolitana II” e “Serrana”, com 15 e 14 vezes mais, respectivamente.

O ERJ apresenta uma das maiores proporções da população usuária de seguros privados de saúde, 31,06%, mas eles não estão geograficamente bem distribuídos, havendo altas concentrações em determinadas regiões, como a Metropolitana. Apenas a Metropolitana I apresenta mais de 30% da população com planos suplementares, enquanto outras quatro regiões (Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul e Noroeste) estão abaixo de 20% da população usuária de seguros. Ou seja, mais de 80% da população é usuária direta e exclusiva do SUS.

Assim, o ERJ é mais um caso que exige a regulação pública dos leitos de UTI. Agindo assim, quadruplicará a sua oferta de leitos, saindo de 1,08 para 4,48 leitos a cada dez mil habitantes.

A situação sanitária no ERJ ainda piora quando incluídas as graves crises políticas

e econômicas vividas pelo estado desde o final dos anos 1990 e agravadas na segunda década do XXI pelos sucessivos escândalos e desvios noticiados frequentemente (PERES; SANT'ANA; RODRIGUES, 2020.

Em uma visão global, o ERJ atende às recomendações da OMS, mas, em uma análise mais depurada e localizada, verifica-se que 3/4 quartos dos municípios ainda não alcançam esse mínimo sugerido pela autoridade sanitária internacional (STANG; STANG; JÖCKEL, 2020). Além disso, três das nove regiões estão abaixo dessa proporção, Baía da Ilha Grande e as regiões Metropolitana I e II.

O cenário de problemas no contexto político reflete diretamente na resposta governamental no contexto da gestão da saúde durante a pandemia da COVID-19. Observou-se que a ausência ou deficiência na disponibilidade de leitos de UTI, ou ainda a desigualdade de sua distribuição no território, pode ser um fator agravante para o enfrentamento da doença e sobrevida dos pacientes. A situação detectada e descrita aponta para os efeitos negativos no setor saúde e exige responsabilização e responsabilidade por parte das instâncias competentes.

A escolha pelo método do estudo de caso foi impulsionada por uma constatação de que o estado do RJ ocupa uma posição de destaque no contexto da Região Sudeste em relação ao número de óbitos por COVID-19. Essa triste realidade vivenciada no estado merece ser objeto de reflexões, tendo em vista a necessidade de tratar a questão da saúde sob o ponto de vista da política, gestão e da administração, isto é, investigar como as atitudes governamentais impactam na saúde da população, sobretudo diante de um cenário de grandes desafios que exige o fortalecimento do SUS.

As limitações deste artigo decorrem do recorte temporal de análise de uma realidade em constante transformação e da opção por estudar particularmente a questão da demanda de leitos de UTI durante a pandemia em um estado específico. É sabido que, em estudo de casos, fica limitada a possibilidade de generalização (SÁTYRO; D'ALBUQUERQUE, 2020).

Todavia, a metodologia escolhida foi determinante para promover uma melhor compreensão sobre o mapeamento dos leitos de UTI no ERJ, no sentido de refletir sobre a resposta governamental no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do artigo foi apresentar o mapeamento dos leitos de UTI SUS e não SUS do ERJ, refletindo sobre a rede assistencial e alguns dos seus principais desafios no combate à COVID-19. Esses desafios envolvem a tensão entre saúde pública e privada, que desde a Constituição de 1988 e a implementação do SUS tem sido uma questão mal resolvida, pouco compreendida e agora agravada, especialmente após o Golpe jurídico-parlamentar de 2016. Isso se reflete na desigualdade na oferta de leitos SUS e não SUS, bem como no crescimento muito superior do setor suplementar (30,88%) em relação ao setor público estadual (0,53%).

O tema ficou especialmente relevante neste momento em virtude da pandemia em curso da COVID-19, sobretudo quando a oferta dos leitos e a desigualdade na distribuição territorial no ERJ são importantes para a possibilidade de sobrevida de pacientes graves, constituindo ainda um dos maiores desafios para a saúde pública nas últimas décadas em todo o planeta.

REFERÊNCIAS

AMIB. Apresenta dados atualizados sobre leitos de UTI no Brasil. Abril de 2020.
ANS.**Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Dados do setor, 2020.

AQUINO, Estela ML et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2423-2446, 2020.

BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mario. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde em Debate**. 2018, v. 42, n. spe3, pp. 158-171. Disponível em:<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S312>. Acesso em 15 agosto 2020.

BONG, Choon-Looi et al. The COVID-19 Pandemic: Effects on Low- and Middle-Income Countries. **Anesth Analg**. v.131, n.1, pp.86-92. 2020.

CAETANO, Rosângela, et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. v. 36, n. 5 e00088920. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>. Acesso em 20 agosto 2020.

CASTRO, Marcia C et al. **Demand for hospitalization services for COVID-19 patients in Brazil**. medRxiv 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1101/2020.03.30.20047662. Acesso em 20 agosto 2020.

CORDEIRO, Hesio. A. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial,

1991.

COSTA, NR e LAGO, MJ. **A Disponibilidade de Leitos em Unidade de Tratamento Intensivo no SUS e nos Planos de Saúde Diante da Epidemia da COVID-19 no Brasil**. Nota Técnica. 19 de março de 2020.

COTRIM JUNIOR, Dorival Fagundes; CABRAL, Lucas Manoel da Silva. **Crescimento dos leitos de UTI no país durante a pandemia de Covid-19: desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais.** Physis, Rio de Janeiro , v. 30, n. 3, e300317, 2020 .

CRUZ, Carlos Henrique de Brito. Social distancing in São Paulo State: demonstrating the reduction in cases using time series analysis of deaths due to COVID-19.**Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200056, 2020.

DANTAS, André Vianna. Coronavírus, o pedagogo da catástrofe: lições sobre o SUS e a relação entre público e privado. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.1-8, 2020.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). – Competência 25 de maio de 2020

DE PINHO BARBOSA, Simone; SILVA, Ana Valesca Fernandes Gilson. A Prática da Atenção Primária à Saúde no Combate da COVID-19.**APS EM REVISTA**, v. 2, n. 1, p. 17-19, 2020.

DONG, Ensheng; DU, Hongru; GARDNER, Lauren. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. **The Lancet infectious diseases**, v. 20, n. 5, p. 533-534, 2020.

ELHADI, Muhammed et al. Concerns for low-resource countries, with under-prepared intensive care units, facing the COVID-19 pandemic. **Infection, Disease & Health,** 2020.

FREITAS, André Ricardo Ribas; NAPIMOGA, Marcelo; DONALÍSIO, Maria Rita. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 29, n. 2, 2020.

KRANTZ, Steven G; RAO, Arni SR Srinivasa. Level of underreporting including under diagnosis before the first peak of COVID-19 in various countries: Preliminary retrospective results based on wavelets and deterministic modeling. **Infection Control & Hospital Epidemiology**. v.41, n.7, p. 857-859, 2020.

LI, Ruoran et al. The demand for inpatient and ICU beds for COVID-19 in the US: lessons from Chinese cities. **MedRxiv**, 2020.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. Santos NR, Amarante PDC, organizadores. In: **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 180-97.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.

MOGHADAS, Seyed M. et al. Projecting hospital utilization during the COVID-19 outbreaks in the United States. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 117, n. 16, p. 9122-9126, 2020.

MOREIRA, Rafael da Silveira. COVID-19: intensive care units, mechanical ventilators, and latent mortality profiles associated with case-fatality in Brazil. **Cad Saude Publica.** v.36, n.5. 2020;

NORONHA, Kenya et al. **Análise de demanda e oferta de leitos hospitalares gerais, UTI e equipamentos de ventilação assistida no Brasil em função da pandemia do COVID-19: impactos microrregionais ponderados pelos diferenciais de estrutura etária, perfil etário de infecção e risco etário de internação**. Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, 2020b.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e00115320,2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000605004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 agosto 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **A discussion document on the concept and principles of health promotion. Copenhagen**. 9-13 July 1984.

PEDROSA, Nathália Lima; ALBUQUERQUE, Nila Larisse Silva de. Spatial Analysis of COVID-19 cases and intensive care beds in the State of Ceará, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2461-2468, 2020.

PERES, Ana Maria Auler Matheus; SANT'ANA, Denise Rangel; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. O processo de desmonte da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro e sua invisibilidade. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30,n. 3,e300315, p.1-9, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000300315&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 agosto.2020.

PRADO, Marcelo. et al. Nota Técnica 7–11/04/2020: análise de subnotificação do número de casos confirmados da COVID-19 no Brasil. **Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS)**, 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Painel coronavírus Rio de Janeiro**. Disponível em: http://painel.saude.rj.gov.br/monitoramento/covid19.html. Acesso em 27 setembro 2020. QIU, Yun; CHEN, Xi; SHI, Wei. Impacts of social and economic factors on the transmission of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. **Journal of Population Economics.** v.33, n. 1, p. 1127–1172, 2020.

ROCHA, Rodrigo; TOMAZELLI, Jeferson. **Isolamento Social e Distanciamento entre Políticas Públicas e Demandas Sociais**. Scielo.Preprint/Version, 2020, p.1-18.

SANTOS, Jefferson Pereira Caldas dos et al. Vulnerabilidade a formas graves de COVID-19: uma análise intramunicipal na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, 2020.

SANTOS, Ronaldo. O neoliberalismo como linguagem política da pandemia: a Saúde

Coletiva e a resposta aos impactos sociais. **Physis**: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n.2, e300211, 2020.

SARTI, Thiago Dias et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 29, n. 2. 2020

SÁTYRO, Natália Guimarães Duarte; D'ALBUQUERQUE, Raquel Wanderley. O que é um Estudo de Caso e quais as suas potencialidades. **Sociedade e Cultura,** v. 23, 2020.

SHOUKAT, Affan et al. Projecting demand for critical care beds during COVID-19 outbreaks in Canada. **CMAJ**, v. 192, n. 19, p.489-496, 2020.

SILVA, Antônio Augusto Moura da. Sobre a possibilidade de interrupção da epidemia pelo coronavírus (COVID-19) com base nas melhores evidências científicas disponíveis. **Rev. bras. epidemiol.** Rio de Janeiro, v. 23, 2020.

SOUZA, Claudia et al. Cuidar em tempos da COVID-19: lições aprendidas entre a ciência e a sociedade**. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 36, n. 6, p-1-7, 2020.

STANG, Andreas; STANG, Maximilian; JÖCKEL, Karl-Heinz. Estimated Use of Intensive Care Beds Due to COVID-19 in Germany Over Time. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 117, n. 19, p. 329, 2020.

STERMAN HEIMANN, Luiza; IBANHES, Lauro Cesar; BARBOZA, Renato. **Público e o privado na saúde**. São Paulo: Hucitec, Opas, Irdc, 2005.

THE LANCET. Covid-19 in Brazil: so what? In: **The Lancet**, v. 395, n. 10235. p. 1461, 2020,

WHO. World Health Organization. **Coronavirus disease**. Competência 25 de maio de 2020.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 5a. ed. Porto Alegre: Bookman.

CAPÍTULO XXVI

O PROTAGONISMO DA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO HUMANIZADO EM PRODUÇÃO AUDIOVISUAL

Smalyanna Sgren da Costa Andrade[121]; Viviane Cordeiro de Queiroz[122];
Brenda Hellen Santos Carvalho[123]; Bruna Ferreira da Costa [124];
Victória Beatriz de Lourdes Carvalho Pereira[125]
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-26

RESUMO:
O parto humanizado tem sido amplamente discutido na sociedade devido às repercussões positivas direcionadas à mãe e ao bebê, trazidas pela assistência qualificada. Nesse contexto, o empoderamento feminino e a mídia audiovisual voltadas à temática constituem-se recursos importantes à tomada de decisão sobre o tipo de parto, bem como pela conscientização frente às intervenções no processo de parturição. Para tanto, este estudo objetivou analisar os discursos reflexivos sobre o protagonismo feminino no parto sob a perspectiva da mulher e dos profissionais de saúde em uma produção audiovisual. Trata-se de um estudo exploratório, documental de natureza qualitativa realizado em um documentário sobre trabalho de parto humanizado de acesso público. Todo o discurso da produção foi transcrito e submetido à técnica de análise temática de conteúdo. Os resultados apontaram quatro categorias, quais sejam: a violência obstétrica enquanto fator impeditivo ao parto humanizado; a negação da cesariana eletiva e espera pela hora certa; informação, apropriação do conhecimento e empoderamento no trabalho de parto; o vínculo como recurso indissociável do cuidado no trabalho de parto. Concluiu-se que o documentário constitui ferramenta educativa potente à construção de ideais voltados ao movimento obstétrico humanizado, ao passo que traz nuances voltadas ao direito informado e autônomo das gestantes.
PALAVRAS-CHAVE: Empoderamento. Mulheres. Trabalho de Parto. Parto Humanizado. Violência Obstétrica. Vínculo.

121 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da FACENE/FAMENE. Docente do Curso de Graduação de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa - PB - Brasil. E-mail: smalyanna@hotmail.com
122Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFPB. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade IBRA/MG. João Pessoa – PB – Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7705025336495099. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2037-921X. E-mail: vivicordeiroqueiroz35@gmail.com
123 Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – João Pessoa – PB – Brasil. E-mail: brendahellen29@gmail.com
124 Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – João Pessoa – PB – Brasil. E-mail: brucostt20@gmail.com
125 Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – João Pessoa – PB – Brasil. E-mail: victoriabeatrizcarvalho@gmail.com

INTRODUÇÃO

A fase gestacional caracteriza-se como um período em que as mulheres passam a ser mais suscetíveis, sofrendo alterações físicas, psicológicas e até sociais. As modificações inerentes a esta fase podem estar atreladas ao processo de construção de sua identidade, constituindo uma avaliação central de si, seja de forma positiva ou negativa (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2016).

No Brasil, a taxa de natalidade teve queda de 3% no ano de 2019, quando comparado ao ano anterior. Isso significa que os casais têm cada vez menos filhos, embora existam fatores de cunho sociodemográfico alinhados a este desfecho. Nesse sentido, a opção pelo planejamento reprodutivo, leva em consideração vários elementos, como a segurança financeira, casamentos tardios e dedicação à carreira (IBGE, 2019).

Quando se trata de mortalidade materna, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como Morte Materna (MM) aquela que ocorre durante a gestação ou dentro de 42 dias após seu término, devido a qualquer causa relacionada à gravidez ou por questões relacionadas a ela (FREITAS; SAVI, 2018).

Sobre isso, o tipo de parto pode estar associado à MM quando pesquisa realizada em Minas Gerais aponta que 68,1% das participantes submetidas à cirurgia enquadram-se na definição relacionada à mortalidade materna (RUAS *et al.*, 2020). Além disso, o risco de complicações pós-cesárea é bem maior, cujas taxas variam entre 16% e 27%, quando comparado ao parto vaginal (FREITAS; SAVI, 2018).

Nesse contexto, a Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher, tanto o direito ao planejamento reprodutivo, quanto à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como confere à criança o direito ao nascimento seguro e humanizado, ao passo que se preocupa com o crescimento e desenvolvimento saudáveis (DE OLIVEIRA, 2016).

Sob a ótica da humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal, torna-se condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério, o tratamento digno voltado à mulher e ao recém-nascido. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica na organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como diz respeito à incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas (DE ANDRADE;

RODRIGUES; DA SILVA, 2017).

Nesse sentido, como parte das estratégias governamentais de condutas acolhedoras e não-intervencionistas, torna-se salutar a ênfase às ações educativas, que promovem confiança na relação entre o profissional e a gestante, por meio da informação em saúde compromissadas com o empoderamento da mulher sobre o seu processo de gestação e parturição (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

Conforme os autores supracitados, a educação em saúde reduz a subordinação e favorece o protagonismo das mulheres. Além disso, o empoderamento feminino repercute diretamente na escolha sobre o tipo de parto, fortalece a participação e a consciência sobre os direitos das gestantes, bem como favorece a aquisição de saberes e opiniões que refletem na tomada de decisão sobre as intervenções necessárias à parturição.

Nesse contexto, considerando os indicadores nacionais sobre os tipos de parto, bem como a política de humanização imbricada no fortalecimento do empoderamento feminino, de modo que auxilie a mulher a compreender o seu processo de gestação, parto e puerpério imediato, este estudo possui a seguinte questão norteadora: de que forma uma produção audiovisual brasileira, de natureza pública, pode se constituir como ferramenta educativa que favoreça o movimento de retorno do parto e nascimento de maneira fisiológica? Para tanto, objetivou-se analisar os discursos reflexivos sobre o protagonismo feminino no parto sob a perspectiva da mulher e dos profissionais de saúde em uma produção audiovisual.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, documental de natureza qualitativa, tendo como propósito central o papel da mulher e dos profissionais frente ao trabalho de parto humanizado. O estudo exploratório, por sua vez, trata-se da coleta, seleção, descrição e análise de dados de um documentário (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2019).

O estudo documental se caracteriza pela pesquisa de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser elaboradas de acordo com os objetos da pesquisa (TAQUETE; MINAYO, 2017), também pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios,

reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, entre outras matérias de divulgação (SANT'ANA; LEMOS, 2018).

Abordagem qualitativa produz achados não provenientes de quaisquer procedimentos ou formas de quantificação. Por meio desta modalidade de pesquisa é possível compreender sobre o universo simbólico e particular das experiências, comportamentos, emoções e sentimentos vividos, ou ainda, compreender sobre o funcionamento organizacional, os movimentos sociais, os fenômenos culturais e as interações entre as pessoas, seus grupos sociais e as instituições (MARCONDES, 2017).

O conteúdo para análise baseou-se nos discursos presentes no vídeo intitulado "Na hora certa – documentário sobre trabalho de parto humanizado", que possui duração de 11 minutos e 11 segundos. Esse material em forma de vídeo tem livre acesso ao público e está disponível através do canal *Youtube*, rede de vídeos *online* gratuitos. A produção foi assistida e as transcrições dos discursos voltados ao trabalho de parto foram realizadas.

Todo o discurso da produção foi transcrita, transformando em texto. Cada fala dos personagens foram sinalizadas conforme o tempo, para caso seja necessário, haja confirmação dos dados para comprovar autenticidade. Os trechos foram transcritos com cortes para ficarem mais curtos e melhores de serem analisados. Para sinalização dos cortes utilizou-se de parênteses com reticências.

A pesquisa agrupou o conteúdo e verificou o texto literal através da subjetivação , levando em consideração a metodologia proposta por Taquete e Minayo (2017).

As etapas para análise temática foram:

1. Pré-análise: foram selecionadas palavras-chaves ou frases, levando em consideração o foco do conteúdo e o objetivo do estudo.

2. Exploração do Material: leitura de cada transcrição, ao qual foram separadas em categorias.

3. Tratamento dos Resultados: os dados foram interpretados, postos em categorias e discutidos baseados em estudos científicos.

Após a análise do material, foram criadas quatro categorias, quais sejam: a violência obstétrica enquanto fator impeditivo ao parto humanizado; a negação da cesariana eletiva e espera pela hora certa; informação, apropriação do conhecimento e

empoderamento no trabalho de parto; o vínculo como recurso indissociável do cuidado no trabalho de parto.

As etapas supracitadas foram realizadas no mês de novembro de 2020, não sendo necessária aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, pois trata-se de pesquisa que não envolve seres humanos, mas de análise de produção audiovisual de acesso público.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Adiante, encontram-se as categorias provenientes da análise dos discursos, bem como a discussão fundamentada na literatura acerca da temática.

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA ENQUANTO FATOR IMPEDITIVO AO PARTO HUMANIZADO

Violência obstétrica é todo tipo de violência à gestante, parturiente ou puérpera e ao bebê, realizada no período assistencial, que expresse falta de respeito à sua autonomia, integridade mental e física, ao seu emocional, suas decisões e vontades. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência obstétrica é um problema de saúde pública, devido às repercussões negativas perpetuadas no seu intercurso (OMS, 2014).

Sobre isso, pesquisa realizada no Brasil demonstra dados alarmantes em que uma a cada quatro mulheres, sofrem algum tipo de violência obstétrica, sejam gritos, procedimentos utilizados sem autorização por parte delas, negligência de informações, ausência de analgesia, entre outras práticas (ESTEVES-PEREIRA, 2016).

Em estudo semelhante, as intervenções durante o trabalho de parto para a maioria das mulheres foram: punção venosa, administração de ocitocina, realização de amniotomia para a aceleração do parto, posição de litotomia, manobra de Kristeller e a episiotomia. Essas intervenções são consideradas proscritas e não possuem respaldo científico em pesquisas internacionais (ZANARDO *et al*., 2017). Não obstante,elas estão ligadas a riscos de complicações, além de serem dolorosas e desnecessárias, como é o caso da episiotomia (BRASIL, 2017).

Pondera-se que a violência obstétrica se configura de diversas maneiras, como a

exemplo do longo tempo de espera para ser atendida, a rejeição para as internações nos serviços de saúde, negligência no cuidado, não administração de medicamentos para minimização da dor, agressões físicas, psicológicas e/ou verbais, desprezo ao direito de privacidade e livre escolha, execução de técnicas coercivas ou não autorizadas, apreensão das mulheres e seus filhos nos centros de saúde, etc (LANSKY, 2019).

Com efeito, esta tipologia de violência compreende ainda o não uso de técnicas sugeridas, como também o uso de técnicas inúteis, não indicadas e até mesmo ultrapassadas e que podem causar prejuízo. O uso das técnicas não indicadas podem constituir repercussões e iatrogenias, com consequências evitáveis para a mulher e o seu bebê, como a depressão pós-parto, descontentamento por parte da mulher, hemorragias, distócia no parto e hipóxia neonatal (SOUZA; RATTNER; GUBERT, 2017). Ela pode estar em qualquer ato que seja desrespeitoso ao processo, conforme visto no discurso adiante:

> *(...) eu me dei conta, de que, se eu não tivesse chegado há tempo, aquele poderia ter sido um parto maravilhoso, por que tudo o que eu fiz no atendimento àquela mulher, tudo (...) estava repleto de preconceito, de ignorância, e de má prática. Desde a primeira palavra que eu disse, desde os xingamentos (...) o fato de eu não ter me apresentado, (...) não ter sido carinhoso com ela, (...) ter tentado fazer uma episiotomia sem o consentimento dela, (...) de eu ter xingado ela por que estava de cócoras, que é a posição mais adequada pra uma mulher ter seu filho (...) de eu ter tracionado violentamente o cordão pra que aquela placenta saísse mais rápido possível (...) o corte prematuro do cordão, a entrega pra que esse bebê fosse afastado da mãe, tudo errado (...) [2min03seg] –*

Sob esta ótica, o discurso demonstrou o reconhecimento do profissional enquanto perpetrador de atos que não condizem com as boas práticas voltadas ao parto e nascimento, impedindo o fluxo satisfatório do atendimento humanizado. De acordo com a fala, a violência obstétrica verbal foi a executada, embora tenha havido tentativas de intervenções desnecessárias, bem como práticas de saúde incoerentes com as normativas governamentais da atualidade.

Além disso, o conteúdo transparece a importância do conhecimento da mulher, considerando os posicionamentos e a necessidade de uso de recursos que favoreçam o trabalho de parto. Pelo discurso, a parturiente a qual o profissional se referiu parecia estar de posse de informações salutares ao seu empoderamento, de modo que isto embasou a tomada de decisão e autonomia no parto.

Conforme indicado na maior pesquisa sobre partos e nascimentos do país, a "Nascer no Brasil", realizada com 23.940 puérperas, as intervenções desnecessárias no trabalho de parto podem vir acompanhadas de iatrogenias. As más práticas englobam episiotomia, posição litotômica, infusão de ocitocina sem indicação, manobra de Kristeller e ruptura artificial da membrana amniótica, no sentido de acelerar o parto. Essas ações perpetradas nos serviços de saúde podem ser componentes explícitos da violência obstétrica (LEAL *et al*., 2014).

Sob esta perspectiva, estudo com mulheres no puerpério indicou que quase 70% dessas que vivenciaram o trabalho de parto sofreram algum tipo de violência obstétrica, principalmente aquela relacionada à 'imposição de intervenções não consentidas' (LANSKY *et al*., 2019).

O discurso trouxe uma perspectiva relacionada à tração do cordão umbilical enquanto ato de violência obstétrica. Essa ação não pode ser realizada de maneira arbitrária e conforme as diretrizes nacionais, o cordão deve ser tracionado de forma controlada, somente após o descolamento da placenta, evitando o risco de infecção puerperal decorrente de restos das membranas ovulares acopladas na parede uterina proveniente da retirada abrupta do anexo embrionário (BRASIL, 2017).

Ainda sobre a violência obstétrica, polêmicas rodeiam a sua existência enquanto ato nominado e reconhecido na conjuntura legal. Nesse contexto, em ano anterior, várias discussões surgiram em torno da abolição da expressão "violência obstétrica", com o fito de reprimir o uso do termo nos serviços de saúde como um ato protetivo e corporativista da categoria médica. Conforme os órgãos da classe, a nomenclatura não agregava valor e trazia a perspectiva de um ato intencional de maleficência, ferindo a ética profissional (FEBRASGO, 2019).

Todavia, cabe uma reflexão mais apurada sobre esta tentativa de mascarar as más práticas obstétricas. A sociedade civil e os profissionais da saúde que militam em prol da humanização do parto e nascimento, em conjunto com a força das redes sociais, formalizaram uma ação de repúdio contra a liminar expedida pelo Ministério da Saúde para abolição do termo. Isto foi suficiente para que a expressão fosse reposicionada no rol das necessidades de saúde na área e como prática a ser veemente combatida.

Com efeito, pesquisa realizada no interior do Maranhão, revelou que os

profissionais não têm consciência que cometem violência obstétrica (VO), contudo possuem a ideia de que os colegas de trabalho praticam este ato (CARDOSO, 2017). Assim, pode-se assegurar que a VO está presente no cotidiano desses profissionais, mas a autopercepção sobre a sua prática é inexistente. Partindo dessa ótica, os currículos acadêmicos na formação de profissionais da saúde precisam ser melhor avaliados e modificados conforme as normativas atuais que fundamentam a qualidade da atenção obstétrica (MOIETY; AZZAM, 2016).

A fragilidade na assistência da maioria dos profissionais da saúde no trabalho de parto está pautada em entraves financeiros, de infraestrutura, falta de comprometimento profissional, nível de autonomia, capacidade de se adequar às mudanças, bem como ausência de atributos como à empatia, acolhimento, cuidado e, principalmente, intimidade com a área (PEREIRA *et al.*, 2016).

A violência obstétrica é estrutural e o seu combate deve partir da formação das pessoas enquanto seres sociais. Por isso, a escolha pela humanização não é somente sistemática, do ponto de vista dos serviços de saúde, mas de cunho pessoal, pois as crenças atitudinais de cada um são preditores de comportamentos benéficos ou não em prol da coletividade (TESSER *et al.*, 2015).

Para que ocorra a humanização na assistência às parturientes é preciso que o profissional de saúde tenha consciência de que os atos de violência obstétrica são nocivos para o trabalho de parto, impactando pelo menos duas vidas, por várias gerações, gerando marcas muitas vezes invisíveis. Logo, o olhar profissional deve ser individualizado, considerando o contexto cultural que ela vive, assim como seu contexto histórico e social (ANDRADE; AGGIO, 2016).

A NEGAÇÃO DA CESARIANA ELETIVA E ESPERA PELA HORA CERTA

Nos últimos 35 anos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem considerado que a taxa ideal de cirurgias cesarianas seria entre 10% e 15% de todos os partos, desestimulando taxas superiores. Contudo, os índices de cirurgias cesarianas apresentam tendência de aumento ao longo dos anos, caracterizando esta prática como alarmante em nível global (OMS, 2015).

Obviamente, a cirurgia cesariana quando realizada por indicação médica, pode diminuir os índices de mortalidade e morbidade da díade mãe-bebê. Atualmente, pesquisadores, profissionais de saúde e governos têm demonstrado uma elevada inquietação com o crescimento do índice de partos cesáreos e as prováveis repercussões negativas à saúde materno-infantil. E, a OMS destaca a precisão de reavaliar as taxas para partos cesarianos para basear as práticas de saúde em evidência científica (OMS, 2015).

Mesmo com o avanço tecnológico e científico, o índice de mortalidade da cirurgia cesariana em relação ao parto vaginal ainda é alto, com elevado risco de rotura uterina e infecção puerperal (NOMURA; ZUGAIB, 2015). Entretanto, não existe a devida discriminação entre os desfechos relacionados às cesáreas indicadas e às cesáreas eletivas (FERRARI *et al.*, 2020). Desse modo, as mulheres alegaram que a espera pelo momento certo é uma das formas de humanizar o parto, respeitando a fisiologia materno-fetal, conforme os relatos a seguir:

> *Ele tá aqui dentro. Eu não defino quando que ele vai se mexer, então como é que eu vou definir quando ele vai nascer, sabe? [4min16seg]*

> *Puxa vida, que prepotência de quem tá aqui fora! Achar que pode saber mais que ela, que lutou esses nove meses pra se formar sozinha, pra se fazer sozinha, que vai ser o momento dela querer sair, e ela faz tudo isso pra vim ao mundo, aí as pessoas se dão o direito de pegar, cortar a barriga e tirar ela dormindo de dentro da barriga, ou seja, a maior 'cortação' de barato. Eu, se fosse esse bebê, diria: poxa, eu que queria tanto chegar ao mundo, por que achei que era legal, tão me sacaneando, né? [4min38seg]*

> *Sempre achei estranho essa questão da cesária. Eu nasci de cesária, e eu sempre digo pras pessoas que eu fui nascida, né? Minha mãe escolheu a data que eu ia nascer, que era conveniente pra ela, um horário que meu pai podia sair do trabalho e ir lá, e aí eu, tá, me nasceram, sabe? E desde pequena eu sempre achei isso muito estranho, e queria que meu filho escolhesse a hora dele nascer. [5min11seg]*

Pode-se inferir, por meio dos relatos proferidos, que a geração anterior possuía a perspectiva de que a marcação da cirurgia era reflexo de um atendimento de qualidade, por ser condizente com a conveniência da gestante e da equipe, além de permitir não vivenciar um trabalho de parto, que por vezes é doloroso e pode ser traumático, do ponto de vista físico e psicológico. Todavia, as falas demonstram que as mulheres do documentário tinham acesso à informação e compreendiam a importância do nascimento

fisiológico, não seguindo o comportamento das suas mães.

Tomando como base as cesáreas como um todo, existem relatos da sua ligação com desfechos perinatais adversos, como: prematuridade, baixo peso ao nascer, necessidade de reanimação, índice de Apgar de quinto minuto inferior a sete, contato pele a pele mais tardio, maior tempo de internação e internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (OLIVEIRA, 2016).

Esses desfechos perinatais adversos, frequentemente, derivam da idade gestacional em que ocorre a opção pela cesárea eletiva, que são geralmente entre 37 e 38 semanas de idade gestacional (DEMESTRE, 2018). Quando comparadas às cirurgias realizadas após a 39ª semana de gestação, aquelas com menos idade gestacional têm mais resultados perinatais adversos, como maior risco de morte, distúrbios respiratórios, internação em UTIN e tempo maior de internação (PHALOPRAKARN; TANGJITGAMOL; MANUSIRIVITHAYA, 2016).

Em se tratando do parto humanizado, a equipe de saúde não deve focar apenas na parte técnica. Ela precisa se associar ao respeito dos direitos da gestante, o que tem permitido a autonomia da mulher e a sua participação ativa em todas as decisões, seja na escolha da melhor posição para parir e liberdade para se movimentar, bem como utilizar métodos não farmacológicos de alívio à dor, como o uso da água morna, fazer exercícios e, devendo também, ser acompanhada pelos profissionais de saúde treinados para orientá-la quando preciso (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011).

Para tanto, existem vários métodos para a indução do parto que devem ser executados como alternativas de resolutividade conforme a necessidade, ou seja, sem uso rotineiro. Devem ser feitos somente quando necessário para que o parto ocorra antes da estimulação fisiológica, sob indicação clínica. Ademais, a indução deve ser realizada por profissionais capacitados e em locais apropriados, garantindo segurança e um procedimento efetivo (SCAPIN *et al.*, 2018).

Sobre o parto via vaginal que ocorre de forma fisiológica, algumas são as vantagens para a mãe e o feto, tendo como exemplo a rápida recuperação para a puérpera no pós-parto e alimentação imediata. Para o bebê não é diferente, ocorre uma mobilização do sistema imunológico, o que favorece a prevenção de possíveis problemas em sua condição respiratória devido a dispersão do líquido amniótico e contribuindo na

precaução de doenças autoimunes (BURIN; MORON; CHARLO, 2020).

Em relação aos profissionais de saúde, eles exercem um papel fundamental no cuidado à mulher durante a gestação, já que suas opiniões podem influenciar diretamente na percepção destas mulheres sobre os riscos e benefícios de cada tipo de parto, cujas informações em saúde auxiliam, verdadeiramente, na crença sobre a capacidade ou não de parir (QUEIROZ *et al*., 2017).

INFORMAÇÃO, APROPRIAÇÃO DO CONHECIMENTO E EMPODERAMENTO NO TRABALHO DE PARTO

O profissional de Enfermagem possui uma formação baseada na essência do cuidado, favorecendo uma assistência mais acolhedora, fundamentada no comportamento que transmita calma, segurança e conforto aos indivíduos e coletividades. No que tange a gestação, um momento em que a mulher precisa de um cuidado atencioso, a Enfermagem proporciona assistência qualificada nos recursos técnicos e de orientação em saúde, cumprindo as suas atribuições profissionais (CARVALHO; OLIVEIRA; BEZERRA, 2019).

Sobre as orientações que constituem a educação em saúde, campanhas massivas que estimulam o parto normal e informações sobre as ferramentas para o controle da dor podem causar um aumento na adesão das mulheres ao parto vaginal e reduzir as demandas de cesáreas (CARVALHO; OLIVEIRA; BEZERRA, 2019). Neste diapasão, a educação em saúde também perpassa pelo apoderamento de recursos que favoreçam a autonomia feminina, a exemplo do plano de parto, que se constitui um registro legal construído pela mulher sob a sua própria perspectiva de assistência qualificada.

Este documento permite que a mulher tome decisões assertivas sobre o seu processo de parturição e que devem ser compartilhadas com a equipe que atende o seu parto, com o fito de evitar intervenções desnecessárias (GOMES *et al*., 2017).

Não obstante, a vinculação que deve ocorrer entre a unidade de saúde e a maternidade de referência ao parto da usuária deve ser mais um recurso utilizado pelas gestantes, no sentido de melhorar a compreensão sobre a ambiência, normativas e o processo de trabalho da equipe de saúde. Assim, a parturiente toma consciência do caminho a ser percorrido durante o trabalho de parto, trazendo à tona mais uma

perspectiva da humanização do cuidado (GENOVESI *et al.*, 2020).

Sob este prisma, a humanização do parto vem atrelada ao nível de conscientização da mulher sobre decidir sobre a auto subjetivação do seu corpo e não permissividade de objetificação deste mesmo corpo pelo outro, conforme as seguintes falas:

> *Parto humanizado é uma atitude (...) não é um protocolo, não é um método (...) portanto, a mulher, ela é a protagonista do parto. Ela não é subsidiária, ela não está em segundo plano, ela não é alguém que a gente informa as coisas que nós já decidimos. [5min38seg]*
>
> *Acho que, esse discurso do parto humanizado tá muito imbuído, assim, se usa muito a palavra 'empoderamento', assim, quase toca o feminismo (...) tá muito do empoderamento da mulher, e se fala muito do protagonismo da mulher nesse momento. [5min58seg]*
>
> *A paciente deve ter o máximo de informação, o máximo de suporte, e o máximo de empoderamento e apoderamento do processo, pra que ela tome as decisões que ela acha mais corretas. [6min45seg]*
>
> *Né por eu acompanhar também partos domiciliares e não só hospitalares, as pessoas "tu não tem medo que aconteça alguma coisa?" Não, por que eu sei que essa mulher se encaminhou pra esse parto, ela estudou, ela se cercou de uma equipe que ela confia, ela tá sabendo que ela é capaz (...).[6min57seg]*
>
> *Mas pra aquela mulher que (...) tem medo, que não baseie suas escolhas em medo, vá atrás, vai se informar, tu vai ser um modelo para o teu filho o resto da vida. [9min05seg]*

Torna-se importante enfatizar o papel do profissional que atende o parto, no sentido de reconhecer as potencialidades de cada mulher e permitir o real protagonismo dela sobre o processo de parturição. Além disso, as falas permitem inferir que as mulheres que falam sobre empoderamento parecem ter um pensamento imbuído na satisfação de escolherem o parto via vaginal, como sinônimo de força, poder, capacidade e, acima de tudo, uma afirmação da sua competência enquanto ser que gera e insere outra vida no mundo.

Profissionais da saúde relatam que uma das principais causas para a realização do parto cesáreo é a vontade das gestantes de não sentir dor, o medo de não conseguir parir ou da assistência profissional na condução do processo, bem como receio de acontecer modificações anatômicas na sua genitália. Por isso, em atendimento a estas demandas de crenças e percepções, na maioria das vezes, a cesárea não tem indicação clínica específica, tampouco vem imbuída de orientações sobre os riscos do procedimento (SILVA *et al.*, 2017).

Estudo evidenciou que as gestantes preferem um parto sem intercorrências, entretanto, a escolha do tipo de parto é feita sob influência do medo da dor e dos relatos de experiências de outras mulheres (FEITOSA *et al.*, 2017). Outro estudo fala sobre os manejos não farmacológicos baseados em evidências, em que os profissionais de saúde ofertam à mulher um apoio emocional e psicológico, técnicas de relaxamento como massagens, música e outras alternativas que promovem alívio e conforto durante o trabalho de parto, convertendo-o em uma experiência mais gratificante e menos dolorosa. Durante a assistência pré-natal, essas técnicas precisam ser desenvolvidas e podem estimular as mulheres a optarem pelo parto vaginal, aumentando sua confiança na habilidade de parir e de lidar com o processo da parturição (MARTINS *et al.*, 2018).

Sob este prisma, a institucionalização do parto carreou medo e a sensação de que algo ruim fosse acontecer no momento de parir, tanto pelas possíveis complicações ou crença pela iminência da morte da mãe e do bebê. Por ser percebido como um processo doloroso maior que o esperado, sendo acompanhadas de procedimentos angustiantes e que contribuem para a elevação dos níveis de dor, tais como a amniotomia e administração de ocitocina exógena, o parto longe do ambiente domiciliar gerou, ao longo dos anos, desrespeito ao protagonismo da mulher, reproduzindo um modelo de medicalização na assistência (BACHA *et al.*, 2017).

Embora seja um contrassenso, grande parte das gestantes prefere, inicialmente, um parto vaginal. Porém, o fato de muitas dessas gestações terminarem em cesarianas desnecessárias está relacionado à falta de autonomia dessas mulheres em tomarem decisões acerca desse processo (RISCADO; JANNOTTI ;BARBOSA., 2016).

Por fim, uma assistência ideal está ligada com a adequação dos serviços físicos, materiais e humanos, tornando o ambiente mais acolhedor e conveniente à implementação das medidas provenientes da política de humanização, dentre elas, a presença do acompanhante e da família em seu processo de parto, o respeito pela privacidade, além de direcionar a informação a mulher, promovendo a sua autonomia em relação aos procedimentos e condutas (ANDRADE *et al.*, 2017).

O VÍNCULO COMO RECURSO INDISSOCIÁVEL DO CUIDADO NO TRABALHO DE PARTO

O afeto é um elemento fundamental nas relações interpessoais, e que deveria estar presente em todas as etapas da vida do indivíduo. Contudo, nos dias atuais, ao observar essas relações, verifica-se que há um afastamento da afetividade nas relações interpessoais, bem como uma mediocrização deste tão sublime sentimento. E a consequência disto, são adultos e profissionais que agem com frieza e distanciamento, cujos comportamentos se tornam indiferentes e por vezes agressivos (DE CASTRO, 2017).

Não existe cuidado, se não há afeto e não existe afeto sem cuidado, pois a relação de cuidado e afetividade é uma via de mão dupla. O processo de cuidar exige aptidão, no qual modificar suas próprias atitudes diante às necessidades do outro é fundamental. Atitudes de honestidade com o outro, humildade e respeito às diferenças, olhar que transmite esperança, coragem e acima de tudo afeto, são condições definidas como fundamentais para o cuidar (PROCHET, 2018). Para tanto, adiante é possível observar o discurso dos profissionais de saúde sobre a necessidade de um tratamento pautado nas relações de cuidado que envolvam amabilidade:

> O estabelecimento de vínculo, é algo que me parece, absolutamente inquestionável, do bom resultado de um nascimento. [9min25seg]
>
> A gente vai ver barriga (...) pedir exames de rotina mas, fundamentalmente, tentar conversar com a paciente. Estabelecer um vínculo afetivo pra que elas possam ter confiança no nosso trabalho, pra que elas possam, no momento do parto, dizer assim “eu não preciso me preocupar com os profissionais que tão comigo, porque eu confio neles, então eu posso relaxar e entrar tranquilamente nesse estado alterado de consciência, porque eu me sinto amparada pelo ambiente que eu estou”. [9min33seg]

As falas dos profissionais de saúde fornecem um conhecimento sensível sobre o processo de humanizar o nascimento, ao passo que o discurso reflete o cuidado imbuído em tecnologias leves, como a escuta qualificada, o vínculo, o amparo, a ambiência satisfatória e a relação baseada na confiança.

Portanto, considerando, obviamente, que a assistência técnica tenha sido conduzida com maestria durante o pré-natal, o tecnocentrismo aplicável à mulher durante o trabalho de parto deve ocorrer em uma proporção ínfima, em comparação aos recursos que envolvem afetividade. Isso permite de fato que o parto se configure como fisiológico e livre de intervenções desnecessárias.

O cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é o somatório de um grande número de pequenas ações parciais que vão se complementando por todos aqueles que são responsáveis pela assistência. Assim, a associação de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entende-se como cuidado em saúde (GONDIM, *et al., 2016)*.

Algumas atividades são fundamentais para o cuidado ao paciente como: planejar e prestar assistência, monitorar o paciente no entendimento dos resultados do cuidado, alterar o cuidado quando preciso e oferecer o cuidado e delinear o acompanhamento com o auxílio de tecnologias (MORAES DE SABINO, 2016).

Na verdade, o cuidado é uma soma de medidas em relação à utilização das tecnologias (leve, leve-dura e dura), aliada aos recursos humanos necessários à sua execução, na intenção suprir as necessidades dos pacientes (DE LIMA GOMES, 2017). A tecnologia leve é apontada como atributo da relação humana do cuidado, cuja afinidade entre o profissional e o paciente ocorre de maneira direta, onde acontece entre eles a troca de conhecimento. Assim, o acolhimento e a interação são características definidoras dessa tecnologia. Sobre a tecnologia leve-dura se pode afirmar que é a utilização de conhecimentos definidos, que não carecem de recursos de tecnologia avançada, ao contrário da tecnologia-dura (BOAVENTURA *et al*., 2020).

Em se tratando do uso de tecnologia-leve aplicada à parturiente, estudo qualitativo realizado com mulheres atendidas no parto domiciliar planejado apontou que o vínculo, a confiança na equipe, o manejo silencioso e a segurança das enfermeiras obstetras foram elementos condicionantes ao grau de satisfação positivo das participantes, indicando que as relações humanas ainda se configuram como as tecnologias mais relevantes neste processo fisiológico e transformador na vida da mulher e da família (PEREIRA *et al*., 2020).

CONCLUSÃO

A análise qualitativa permitiu compreender que o documentário constitui ferramenta educativa potente ao empoderamento feminino, favorecendo a construção de ideais voltados ao movimento obstétrico humanizado. Os discursos trouxeram reflexões

inerentes à violência obstétrica, negação da cesariana eletiva, apropriação do conhecimento e vínculo entre parturientes e profissionais de saúde.

Ressalta-se ainda a importância do empoderamento das mulheres como forma de apropriação de seus direitos durante o trabalho de parto. A busca por informação e autonomia, por parte das mulheres, bem como a possibilidade de apoio profissional, de modo a garantir o respeito às decisões, pode deixá-las mais seguras, independentes e capazes de ter um parto vaginal.

A limitação do estudo recai sobre a impossibilidade de entrevistar pessoalmente os sujeitos da produção audiovisual, pois poderiam gerar discursos ou desdobramentos diferentes daquilo que foi projetado pelo documentário, considerando que a avaliação documental permitiu apenas o tratamento analítico da obra inanimada.

Cabe salientar que a duração da mídia é considerada curta, suscitando o incentivo à utilização da obra audiovisual em ambientes pedagógicos de formação acadêmica, permitindo debates reflexivos sobre o real papel da mulher e do profissional de saúde frente ao contexto obstétrico.

Para tanto, este estudo permite apontar a eficácia e a assertividade de determinadas mídias alternativas disponibilizadas na rede, enquanto ferramenta de democratização da produção e acesso da informação sobre a saúde da mulher. O compartilhamento gratuito de conteúdo dessa natureza permite a participação ativa das mulheres nas decisões que dizem respeito aos seus corpos, sua vida e sua saúde, resistindo à objetificação feminina e construindo elementos de empoderamento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, B.P.; AGGIO, C.M. Violência obstétrica: a dor que cala. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas.** v. 1, n. 7, 2016. Disponível em: http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf.

ANDRADE, L.O. *et al.* Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado. **Rev. enferm. UFPE on line,** v. 11, n. 6, p. 2576-2585, 2017.

BACHA, A.M.; *et al.* Parto normal ou cesárea: a influência do tipo de parto desejado na satisfação materna quanto à assistência hospitalar ao nascimento. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 66, 2017.

BOAVENTURA, T.; *et al*. Tipologia de Tecnologias em Saúde presentes nas

maternidades segundo perspectivas dos profissionais gestores e enfermeiros. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 6, p. 39215-39229, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.** Brasília: Ministério da Saúde. 2017. 53p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br /bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal:** versão resumida [recurso eletrônico] / Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p.: il.

BURIN, L.G.; MORON, L.M.P.; CHARLO, P.B. Escolha do tipo de parto: avaliação do protagonismo da mulher. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 10, n. 57, p. 3545-3556, 2020.

CARDOSO, F.J.C.; *et al*. Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 3346-3353, 2017.

CARVALHO, S.S.; OLIVEIRA, B.R.; BEZERRA, I.S.A. Importância das orientações sobre trabalho de parto nas consultas de pré-natal: revisão de literatura. **Rev. Educ. Saúde,** v. 7, n. 2, p. 142-150. 2019. Disponível em: https://www.atenaeditora.com. br/wp-content/uploads/2019/01/E-book-Pol%C3%ADticas-P%C3%BAblicas-5.pdf)

DE ANDRADE, L.F.B.; RODRIGUES, Q.P.; DA SILVA, R.C.V. Boas Práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 25, p. 26442, 2017.

DE CASTRO, I.N.V. Afetividade nas relações de trabalho em um serviço de saúde da rede municipal de Porto Alegre/RS/Brasil. **Educação, Ciência e Cultura**, v. 15, n. 1, p. 87-100, 2017.

DE LIMA GOMES, A.T.; *et al*. Tecnologias aplicadas à segurança do paciente: uma revisão bibliométrica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, 2017.

DE OLIVEIRA, E.M.; CELENTO, D.D. A temática da Rede Cegonha e a inserção do enfermeiro nesse contexto. **Revista de Saúde**, v. 7, n. 1, p. 33-38, 2016.

DEMESTRE, G.X.; *et al*. Prematuridad tardía: una población de riesgo. **Clin Invest Ginecol Obstet**., v. 45, n. 1, p. 17-23, 2018.

ESTEVES-PEREIRA, A.P.; *et al*. Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil. **PLoS ONE**, v. 11, n. 4, e0153396, 2016.

FEBRASGO. **Posicionamento oficial do Ministério da Saúde sobre o termo "violência obstétrica"**. 2019. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias /item/797-posicionamento-oficial-do-ministerio-da-saude-sobre-o-termo-violencia-obstetrica. Acessado 10 de dezembro de 2020.

FEITOSA, R.M.M.; *et al.* Factors that influence the choice of birth type regarding the perception of puerperal women. **Rev Fund Care Online,** v. 9, n. 3, p. 717-726, 2017.

FERRARI, A.P.; *et al*. Efeitos da cesárea eletiva sobre os desfechos perinatais e práticas de cuidado. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 3, p. 879-888,

2020.FREITAS, P.F.; SAVI, E.P. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 10, p. 2009-2020, 2018.

GOMES, R. P. C.; *et al.* Delivery plan in conversation circles: women's choices. **REME Rev Min Enferm**, v. 21, p. e-1033, 2017. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en_e1033.pdf. Acesso em 10 Dez. 2020.

GONDIM, R.; *et al.* **Qualificação dos Gestores do SUS**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2016. p.153-190. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/ biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estatísticas do Registro Civil 2008/2018**. IBGE, 2019.

LANSKY, S. et al. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. **Ciênc. saúde coletiva**, v.24, n.8, p.2811-2824, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n8/en_1413-8123-csc-24-0 8-2811.pdf. Acesso em: 09 Dez. 2020.

LEAL, M.C.; *et al.* Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S17-S32, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf. Acesso em: 09 dez. 2020.

MARCONDES, R. C. *et al.* **Metodologia para trabalhos práticos e aplicados** [livro eletrônico]. São Paulo: Editora Mackenzie, 2017.

MARTINS, A.P.C.; *et al.* Aspectos que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre o tipo de parto. **Rev. baiana enferm**., v. 32, 2018.

MINAYO, M. C. D. S. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. **Ciência & Saúde Coletiva,** v.17, n. 3, p.621-6, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/ v17n3/en_v17 n3a07.pdf. Acesso em: 11 Jan. 2020.

MOIETY, F.M.S.; AZZAM, A.Z. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: a prospective analysis. **J Obstet Gynaecol Res**., v. 40, n. 4, p. 946-53, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2442 8496.

MORAES DE SABINO, L.M.; *et al*. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Aquichan**, v. 16, n. 2, p. 230-239, 2016.

NOMURA, R.M.Y.; ZUGAIB, M. A cesárea eletiva como opção ao parto vaginal. **Femina**, v. 33, n. 7, p. 527-33, 2015.

OLIVEIRA, L.L.; *et al*. Maternal and neonatal factors related to prematurity. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. 3, p. 382-9, 2016.

OMS - Organização Mundial da Saúde (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde Genebra**: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa/OMS; 2014.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** 2015.

PEREIRA, J.C.; *et al.* Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Braz J Surg Clin Res.**, v. 15, n. 1, p. 103-8, 2016. Disponível em: http://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/6646/1/ARTIGO_Viol%C3%AAnciaObst%C3%A9tricaOfensa.

PEREIRA, M.F.R.; *et al.* Experience of women in the transfer from planned home birth to hospital. **Rev Rene, v. 21,** e43948, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143948.

PHALOPRAKARN, C.; TANGJITGAMOL, S.; MANUSIRIVITHAYA, S. Timing of elective cesarean delivery at term and its impact on maternal and neonatal outcomes among Thai and other Southeast Asian pregnant women. **J Obstet Gynaecol Res**, v. 42, n. 8, p. 936-43, 2016.

PROCHET, T.C.; *et al.* Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 96-102, 2018.

QUEIROZ, T.C.; **et al**. PROCESSO DE DECISÃO PELO TIPO DE PARTO: uma análise dos fatores socioculturais da mulher e sua influência sobre o processo de decisão. **Revista Científica FAGOC-Saúde**, v. 2, n. 1, p. 70-77, 2017.

RUAS, C.A.M.; *et al.* Perfil e distribuição espacial da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 2, p. 385-396, 2020.

SANT'ANA, W.P.; LEMOS, G.C. Scientific Methodology: the qualitative research in the visions of Lüdke and André. **Revista Eletrônica Científica Ensino Interdisciplinar**, v. 4, n. 12, 2018.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v.2, n. 1, p. 1-15, 2019.

SILVA, A.C.L.; *et al.* Preferência pelo tipo de parto, fatores associados À expectativa e satisfação com o parto. **Rev. Eletr. Enf**., v. 19, p. 1-11, 2017.

SOUZA, K.J.; RATTNER, D.; GUBERT, M.B. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. 69, 2017.

TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. Analysis of qualitative studies conducted by physicians and published in Brazilian scientific journals between 2004 and 2013. **Physis,** v. 27, n. 2, p.357-74, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/physis/v26n2/0103-7331-physis-26-02-00417.pdf. Acesso em: 01 nov. 2020.

TESSER, C.D.; *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev Bras Med Família Comunidade**. v.10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013.

TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.* Promovendo a autoestima na gestação: foco no acolhimento / Promoting self-esteem during pregnancy: focus on user embracement. **Enferm. foco** (Brasília), v. 7, n. 2, p. 83-86, 2016.

ZANARDO, G.L.P.; *et al*. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 29, e155043, 2017.

CAPÍTULO XXVII

PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Sheilla Luna Barbosa[126]; Joscelina Aparecida Pimenta[127];

Rariene da Silva Leal Villa Nova[128] .

DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-27

RESUMO:
Objetivo: Verificar o papel dos membros da equipe de Enfermagem do CME. Método: o estudo define-se como revisão integrativa com abordagem qualitativa, com artigos indexados nas bases de dados: LILACS, MEDLINE, BVS, SCIELO do período de 2015 a 2020. Utilizando-se como critérios de inclusão: pesquisas que abordassem o assunto enfermagem na Central de Materiais e Esterilização publicados em português, inglês ou espanhol em formato de artigos E foram excluídas teses, monografias e dissertações, bem como trabalhos que não apresentassem resumos na íntegra nas bases de dados. Resultados/Discussão: onze artigos de pesquisa foram selecionados, todos com enfoque na influência e percepção dos trabalhadores de enfermagem na Centro de Material e Esterilização. Sendo separados pelos seguintes tópicos: Perfil dos trabalhadores do CME, ensino fornecido pelas instituições de ensino sobre a CME, funções de enfermagem no CME e fatores que podem interferir na qualidade do serviço, Principais doenças adquiridas pelos profissionais que atuam no CME e os Caminhos para aprimoramento dos serviços prestados e valorização dos profissionais atuantes no CME. Considerações Finais: A equipe do CME é formada predominantemente pelos trabalhadores de Enfermagem, que atuam em todos os processos do cuidado indireto. No entanto, torna-se necessário mais conhecimento por parte dos profissionais atuantes e maior valorização das demais equipes quanto ao serviço prestado neste setor.
PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Esterilização. Educação em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O Centro de Material e Esterilização (CME) pode ser definido como uma unidade funcional destinada ao processamento de produtos para a manutenção dos serviços de saúde (NASCIMENTO et al., 2018). Algumas de suas funções incluem adquirir, receber, limpar, descontaminar, embalar, esterilizar e fornecer produtos reutilizáveis, processados

126 Acadêmica do centro universitário são Lucas. E-mail: sheyllaluna@hotmail.com
127 Acadêmica do centro universitário são Lucas. E-mail: joscelina-jipa@hotmail.com
128 Professora orientadora. Enfermeira formada pelo Ulbra Universidade Luterana do Brasil UNLB/UlBRA. Pós-Graduação em metodologia do ensino-Senac. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Lucas. Especialista metodologia do ensino. E-mail: rariene.nova@saolucas.edu.br

e seguros nos procedimentos clínicos executados em unidades consumidoras, como enfermarias, centros de terapia intensiva, ambulatórios e centros cirúrgicos (CARVALHO et al., 2019; COSTA, et al., 2020).

Este por sua vez destaca-se no contexto da organização de saúde como uma forma muito peculiar, pois o cuidado prestado ao paciente ocorre de maneira indireta, por meio do abastecimento dos serviços assistenciais e de diagnóstico com produtos de saúde esterilizados, garantindo a quantidade e a qualidade necessárias de artigos odonto-médico-hospitalares para uma assistência segura (REGO et al., 2020). E esses procedimentos exigem profissionais qualificados e bem treinados e equipamentos especializados. Nesse cenário entra a equipe de enfermagem com diversas funções importantes para uma assistência de qualidade (BUGS et al., 2017; SANCHEZ et al., 2018).

A Resolução n. 424/2012, do Conselho Federal de Enfermagem, afirma que ao enfermeiro da CME compete exercer atribuições necessárias para planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas ao processamento de produtos para a saúde, tais como limpeza, desinfecção, embalagem, esterilização e armazenamento dos artigos médico-hospitalares, bem como o fluxo de recebimento e entrega de materiais.

Na CME, a função do enfermeiro tem início na fase de planejamento da unidade, cabendo-lhe a escolha adequada tanto de recursos materiais quanto humanos, bem como a seleção e o treinamento de pessoal baseando-se no perfil do setor, pois as atividades técnicas requerem embasamento científico para serem realizadas. Além disso, ele é o responsável por atividades de coordenação, orientação e supervisão de todas as etapas do reprocessamento dos produtos e estabelecimento de interfaces com as unidades consumidoras (REGO et al., 2020).

O trabalho do enfermeiro na manutenção, validação e controle de rotina dos métodos esterilizantes, na qualificação e identificação das necessidades de sua equipe quanto às suas indagações sobre o processo de trabalho na CME garante a eficácia dos processos, além de contribuir para a prevenção de infecções hospitalares (SANCHEZ et al., 2018).

No entanto a equipe de enfermagem que trabalha na CME enfrenta uma série de

desafios, principalmente para gerenciar recursos humanos e materiais. Dentre eles podem se citar o ritmo acelerado de trabalho, com exigências físicas e mentais, exposição a riscos químicos, físicos e biológicos, espaço físico inadequado, além da desvalorização dos demais profissionais quanto aos serviços realizados nesse setor. Todos esses fatores geram desgaste, ansiedade e medo, comprometendo não só a sua saúde como a qualidade do serviço (REGO et al., 2020).

Portanto, considerando a importância do CME para a segurança do cuidado em saúde e o controle das Infecções hospitalares, faz-se necessário entender melhor o papel dos seus trabalhadores de Enfermagem. Tendo como questão norteadora: Qual o papel dos trabalhadores de Enfermagem no Centro de Material e Esterilização? O presente estudo teve como objetivo verificar o papel dos membros da equipe de Enfermagem no CME.

METODOLOGIA

Este artigo trata-se de uma revisão de literatura. Este tipo de revisão é um método mais amplo, que permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, literatura empírica e teórica, além de um vasto leque de propósitos como definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (SOUZA, et al, 2010). Tendo como principal finalidade reunir e sintetizar os estudos realizados sobre um determinado assunto, construindo uma conclusão a partir dos resultados evidenciados em cada estudo.

Para a elaboração da pesquisa utilizou-se das seguintes etapas: determinação do tema e definição da pesquisa, definição da questão da pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão (amostra), definição das categorias/informações a serem retiradas dos artigos utilizados como subsídios: autor, ano, título, revista, objetivo e desfecho.

A coleta de dados foi realizada no mês de abril de 2020 e a análise dos mesmos no mês de maio de 2020, onde foram acessados os artigos publicados no período de 2015 a 2020, indexados nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library

Online (SCIELO) e Periódicos CAPES/MEC. Optou-se por estas bases de dados e biblioteca por entender que atingem a literatura publicada nos países da América Latina e Caribe e incluem periódicos conceituados da área da saúde.

Os descritores utilizados foram: Enfermagem, Centro de Material e Esterilização; "and" Biossegurança, Os critérios de inclusão foram: pesquisas que abordassem a importância e ações do enfermeiro no processo de esterilização publicadas em português, inglês ou espanhol em formato de artigos. Como critérios de exclusão: optou-se pela não utilização de teses, dissertações ou monografias, bem como trabalhos que não apresentassem resumos na íntegra nas bases de dados.

Ao realizar o cruzamento dos descritores obteve-se um total de 2373 estudos, depois de realizado o filtro obteve-se a amostra de 350 artigos, estes foram lidos título e resumos para identificar aqueles que se relacionavam com a temática do estudo, identificando ao final o total de 11 artigos, sendo cinco estudos da CAPES, um da LILACS, três do SCIELO e dois da MEDLINE.

Embora o presente estudo se trate de uma pesquisa, este não foi necessário a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), uma vez que manipula dados de domínio público, não se tratando, portanto, de documentos que requeiram sigilo ético. Somado ao fato dos autores serem responsáveis pelo dito e escrito, pelo lugar que ocupam, por atenderem certas exigências e serem qualificados para fazê-la.

Os resumos foram avaliados, e as produções que atenderam os critérios supracitados, foram selecionadas para este estudo, e lidas na íntegra. Os dados foram descritos, utilizando-se frequência absoluta (n) e percentual (%).

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Quanto ao período de publicação, constatou-se que os anos que apresentaram maior número de artigos publicados foram 2017 e 2018, com três publicações cada, correspondendo a 27,2% das publicações incluídas no estudo em cada ano. Seguido pelos anos 2016 e 2020 com duas publicações cada, o que corresponde a 18,8%. O ano de 2019 possui um estudo, o que representa 9,09%.

A seguir apresentar-se-á um panorama geral das publicações.

Tabela 1: Relação de Periódicos selecionados para o estudo. 2020.

Autor Ano	Título	Revista	Objetivo	Desfecho
(COSTA, RICARDO DA *et al.*, 2020)	Papel dos trabalhadores de enfermagem no centro de material e esterilização: revisão integrativa	Escola Anna Nery	Analisar o papel dos trabalhadores de Enfermagem em Centros de Material e Esterilização	As funções dos trabalhadores de Enfermagem do CME foram conceitualizadas como atividades de cuidado indireto. A visibilidade limitada da atribuição do CME conduz à percepção de *status* inferior na organização hospitalar e nos conflitos de papel.
(REGO *et al.*, 2020)	Qualidade de vida no trabalho numa central de materiais e esterilização	Rev Bras Enferm	Avaliar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam em uma central de materiais e esterilização (CME).	O estudo mostrou que é preciso repensar e recriar a dinâmica do trabalho em CME na perspectiva de melhorar a qualidade de vida desses profissionais de enfermagem.
(CARVALHO *et al.*, 2019)	Visão dos Profissionais de Enfermagem Quanto aos Riscos Ocupacionais e Acidentes de Trabalho na Central de Material e Esterilização.	Rev Fund Care Online	Explorar a visão dos profissionais de enfermagem quanto aos riscos ocupacionais e acidentes ocupacionais na Central de Material Esterilização.	As atividades na CME requerem o uso adequado de equipamento de proteção individual para protegê-los dos riscos e acidentes de trabalho, no entanto o processo de educação continuada precisa ser valorizado e efetivado para maior segurança, valorização da equipe e melhora processo de trabalho.
(NAZARETH *et al.*, 2018)	Quality of life related work of nursing professionals in sterilization material center	Bioscience Journal	O objetivo deste estudo foi avaliar a QVT da equipe de enfermagem do Setor MSC de um Hospital de Clínicas de Minas Gerais, bem como correlacionar essas pontuações com variáveis sociodemográficas da amostra recrutada.	Os resultados demonstram que variáveis como remuneração e compensação justa e adequada estabelece relação direta com constructos psicométricos subjetivos dos trabalhadores, tais como qualidade de vida, convício social, satisfação e motivação

				do profissional.
(SANCHEZ *et al.*, 2018)	Estratégias que contribuem para a visibilidade do trabalho do enfermeiro na central de material e esterilização.	Texto Contexto Enferm	Identificar estratégias para promover o reconhecimento e a visibilidade do fazer do enfermeiro na Central de Material e Esterilização.	Foi evidenciado a necessidade de engajamento dos próprios enfermeiros da Central de Material e Esterilização para se fazerem perceber e modificarem a imagem do setor e a maneira como a administração das instituições de saúde vem lidando com os avanços do processamento dos artigos médico-cirúrgicos
(NASCIMENTO *et al.*, 2018)	Aspectos assistenciais da central de material e esterilização com foco no protocolo de cirurgia segura.	Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR	Verificar e analisar na literatura as contribuições da assistência de Enfermagem do Centro de Material e Esterilização (CME) para a realização de cirurgias, com foco no protocolo de Cirurgia Segura.	Discursão dos mesmos. Os estudos reforçaram a importância do centro de material e esterilização, como sendo um setor muito importante dentro dos estabelecimentos de saúde, porem pouco foram as evidencias sobre a temática na amostra obtida.
(BUGS *et al.*, 2017)	Perfil da equipe de Enfermagem e percepções do trabalho realizado em uma central de materiais.	REME – Rev Min Enferm	Traçar o perfil da equipe de enfermagem da Central de Materiais de Esterilização (CME) de um hospital-escola, identificando os processos de educação continuada desenvolvidos na unidade e as percepções da equipe sobre o processo de trabalho realizado.	Necessidade de apoio a esses profissionais, que reconhecem sua prática como fundamental, porém requerem aprendizado, desenvolvido na forma de educação continuada, tendo em vista a melhoria da saúde do trabalhador.
(LUCON *et al.*, 2017)	Formação do enfermeiro para atuar na central de esterilização	Rev. SOBECC	Compreender a formação do enfermeiro para atuar na Central de Material Esterilizado (CME).	Independente da proposta curricular das instituições de ensino, os enfermeiros tiveram dificuldades para o aprofundamento quanto ao tema proposto. E como sugestões, foi decidido repensar a formação dos enfermeiros

				generalistas.
(SANTOS *et al.*, 2017)	Equipamentos de proteção individual utilizados por profissionais de enfermagem em centros de material e esterilização.	Rev. SOBECC	Verificar o uso de EPI por profissionais de Enfermagem em CME	Resultados apontam que os profissionais não usam regularmente os EPI, expondo-se aos riscos. Ressalta-se a necessidade de realização de uma educação permanente a fim de sensibilizá-los quanto aos cuidados.
(COSTA, CAROLINA CABRAL PEREIRA DA; SOUZA; PIRES, 2016)	Perfil dos trabalhadores de uma central de material e esterilização: uma análise das características sócio profissionais.	J. res.: fundam. care. online	Identificar e analisar o perfil socioeconômico e profissional dos trabalhadores de enfermagem que atuam em uma Central de Material e Esterilização (CME) de um hospital geral.	Recomenda-se que se ampliem os espaços de discussão sobre Saúde do Trabalhador e sobre CME na formação de enfermagem
(BORGHETI; VIEGAS; CAREGNATO, 2016)	Biossegurança no centro de materiais e esterilização: dúvidas dos profissionais.	REV. SOBECC,	Conhecer as dúvidas dos profissionais da saúde sobre biossegurança no Centro de Materiais e Esterilização (CME) e refletir sobre as respostas emitidas.	A maioria dos profissionais que encaminharam dúvidas foram enfermeiros. As dúvidas mais frequentes sobre biossegurança relacionavam-se a soluções usadas, equipamentos e materiais. As respostas foram fundamentadas na legislação vigente e emitidas por profissionais com experiência.

Fonte: Pesquisa dos autores, 2020.

No que se refere aos locais de realização da pesquisa. Todos os estudos foram desenvolvidos no Brasil, com destaque para os estados de Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Piauí. Com relação ao idioma do artigo apenas um era da língua inglesa e todo o restante estava em português.

Tabela 2 - Distribuição dos artigos segundo sua origem, 2020.

Origem da Pesquisa

Estado	(n)	(%)
Rio de Janeiro	2	18,18
Rio Grande do Sul	2	18,18
Piauí	2	18,18
São Paulo	1	9,09
Paraná	1	9,09
Minas Gerais	1	9,09
Maranhão	1	9,09
Paraíba	1	9,09

Fonte: Pesquisa dos autores, 2020.

Em relação ao delineamento de pesquisa, identificou-se que das 11 publicações, quatro utilizaram um método quantitativo (36,36%), três eram estudos qualitativo (27,27%), dois eram revisões integrativas da literatura (18,18%) e os outros dois eram de cunho quantiqualitativo (9,09%) e exploratório descritiva (9,09%). A partir desses estudos, podem-se observar a importância e ações do enfermeiro no processo de esterilização no Centro de Materiais e Esterilização (CME), as principais dificuldades encontradas e as doenças mais comuns por quem atua nessa área.

DISCUSSÃO

O CME é uma unidade que se articula com praticamente todos os setores de um hospital, já que fornecem produtos médicos às unidades denominadas consumidoras, que compreendem o ambulatório, o Centro Cirúrgico, as unidades de internação, a emergência, entre outras (NASCIMENTO et al., 2018). O cuidado indireto, caracterizado como resultado de atividades que melhoram as condições sob as quais o cuidado direto, é prestado resultantes do processamento de produtos para a assistência a saúde e do gerenciamento realizado pela Enfermagem, para que as unidades consumidoras possam prestar cuidados de saúde diretamente aos pacientes (COSTA, RICARDO, et al., 2020).

O corpo de enfermagem possui conhecimento minucioso da dinâmica da assistência e da unidade, sendo, geralmente, responsável pelo gerenciamento dos materiais do setor e dos serviços de saúde (NASCIMENTO et al., 2018). O trabalho do enfermeiro neste setor possui mais autonomia, pois não está vinculado à prescrição da

equipe médica, no entanto o enfermeiro precisa adotar medidas de prevenção e controle, por intermédio do estabelecimento de programas direcionados de forma exclusiva para o controle de infecções hospitalares (SANCHEZ et al., 2018).

PERFIL DOS TRABALHADORES DO CME

A partir da revisão literária, foi possível identificar o perfil profissional no setor de CME. Sendo o sexo feminino o mais predominante, o técnico de Enfermagem a categoria profissional mais frequente e a maioria dos entrevistados com mais de uma década de experiência e apenas um vínculo empregatício (COSTA, et al., 2020; REGO et al., 2020; SANTOS et al., 2017).

Neste contexto, a enfermagem, constitui-se, predominantemente feminina, pois é uma profissão que tem como objeto de trabalho o cuidado ao ser humano, à família e à comunidade que presenciam o processo de saúde e de doença, e por isso é desempenhada principalmente por mulheres. A maior parte da equipe de enfermagem é composta de técnicos de Enfermagem obedecendo à resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de número 543/2017. Já com relação ao tempo de trabalho, objetivo em se manter profissionais com mais experiência, deve-se ao fato de possuir maior domínio da organização e do processo de trabalho da enfermagem (COSTA; SOUZA; PIRES, 2016).

No entanto, é necessário fomentar que a CME é uma unidade peculiar quando comparada com os demais setores dentro de uma instituição hospitalar. E que embora exija do profissional que atua nessa ala, constantes treinamentos para atender todas as demandas solicitadas (BUGS et al., 2017), a mesma é desvalorizada pela gerencia hospitalar. Por conta disso, os funcionários que lá atuam geralmente são oriundos de outros setores não por competência e sim por motivos secundários tais como: adoecimento, problemas de relacionamento com colegas de trabalho ou por não estarem dispostos a manterem-se atualizados sobre as questões técnicas e científicas exigidas em seus cargos (COSTA, et al., 2020).

Tal realidade, no entanto, aos poucos está mudando. E o CME vem se estruturando para não mais se caracterizar como um cenário em que se alocam profissionais em final de carreira e/ou com problemas de saúde mais severos. Isso se deve ao fato de cada vez mais enfermeiros e técnicos de enfermagem recém-formados estarem se interessando pela

unidade, tendo por consequência, cada vez mais solicitações destes por para sua inserção laboral na CME (COSTA; SOUZA; PIRES, 2016).

FUNÇÕES DE ENFERMAGEM NO CME E FATORES QUE PODEM INTERFERIR NA QUALIDADE DO SERVIÇO.

A enfermagem atua em uma variedade de processos e subprocessos, como recepção, limpeza, desinfecção química, preparação, esterilização, armazenamento e distribuição de instrumentos médicos e cirúrgicos (COSTA, RICARDO et al., 2020). Além da gerência, que envolve a construção de escalas de trabalho; agendamento para manutenção de máquinas e instrumentos; compra de suprimentos e instrumentos; contato com as unidades consumidoras para receber produtos de saúde sujos e contaminados e entrega de produtos processados; avaliação de indicadores de qualidade de serviço e realização das atividades de treinamento, controle de infecções relacionadas a saúde, entre outras (NASCIMENTO et al., 2018).

E por realizar múltiplas funções dentro do setor, torna-se necessário muito conhecimento, e o conhecimento cientifico-prático caracteriza um fator importante para a manutenção da qualidade do serviço prestado. Pois na CME, o trabalho do enfermeiro possui mais autonomia, pois não está vinculado à prescrição médica, no entanto, o enfermeiro, por meio de programas, deve ser adotar medidas eficientes de prevenção e controle de infecções hospitalares (SANCHEZ et al., 2018).

Diversas são as variáveis que pode ocasionar em um erro na prestação a saúde, tais como: desatualização dos profissionais; falta de padronização das ações; não adesão ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs); e execução de técnicas inadequadas. Podendo ainda citar a infraestrutura inadequada; dinâmica das relações humanas; falta de qualificação dos profissionais; pressões do serviço; e exigência de produtividade (BORGHETI; VIEGAS; CAREGNATO, 2016).

Já para Costa; Souza; Pires, (2016) os principais fatores vinculados à queda da qualidade da qualidade do serviço prestado, bem como a queda da qualidade de vida dos servidores são: sistemas de ventilação incipientes, espaços físicos reduzidos e isolados, mobiliário ergonomicamente inapropriado, excesso de atividades laborais, acúmulo de horas trabalhadas, tipos de vínculo empregatício ou mesmo a má remuneração

ocupacional no sistema de saúde, entre outros aspectos que além de confluir para a deterioração da saúde dos trabalhadores são determinantes para a ocorrência de acidentes ocupacionais

Vale ainda ressaltar que os maiores riscos à exposição dos profissionais de saúde ocorrem nos locais de trabalho insatisfatório, desorganização dos serviços, deficiência de recursos humanos e materiais, área física inadequada do ponto de vista ergonômico, sobrecarga de trabalho; falta de atenção; excesso de confiança; falta de condições; jornadas fatigantes; desgaste físico; plantões noturnos; falta de capacidade técnica; entre outros (BORGHETI; VIEGAS; CAREGNATO, 2016).

Assim sendo, a escassez de profissionais qualificados, bem como a ausência de materiais e de estrutura física adequada, costumeiramente notável em diversas partes do país, principalmente na CME, limita o processo de trabalho, reduz o rendimento e o funcionamento do trabalho, causa esgotamento mental e físico para a equipe. O que resulta na produtividade de baixa qualidade e, consequentemente, na queda qualitativa da prestação de cuidados e no adoecimento dos servidores envolvidos (BUGS et al., 2017).

PRINCIPAIS DOENÇAS ADQUIRIDAS PELOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CME.

Na análise de COSTA, et al., (2020) o CME é um ambiente que provoca sobrecarga de trabalho, devido ao seu ritmo acelerado e à constante necessidade de treinamento gerada pela dependência de alta tecnologia. Além disso, os trabalhadores do setor relataram a ausência e despreparo dos recursos humanos como causadores de estresse ocupacional.

Em uma pesquisa ao fazer o levantamento dos principais fatores que contribuem para o aparecimento de danos a saúde, chegou as seguintes variáveis: os riscos de incêndio, contato com substâncias químicas e biológicas, exposição a ruídos, esforço físico, além do risco de queda dos materiais, o desconforto por postura adotada e da sobrecarga de trabalho (CARVALHO et al., 2019).

Outro estudo, realizado com os trabalhadores do CME constatou que os domínios mais afetados são: dor, vitalidade e estado geral de saúde. Além disso, eles também

observaram que quanto maior o tempo de atuação neste serviço, maiores são as chances de sofrerem acidentes e desenvolver lesões e doenças (REGO et al., 2020).

A partir disso, pode-se observar que do processo de trabalho nas CME, pode acarretar em sofrimento psíquico aos trabalhadores, expressos por meio de sentimentos isolamento, somado a sentimentos de insatisfação de não manter um relacionamento mais efetivo com o paciente, tristeza, agressividade, doenças psicossomáticas e mentais. Por isso, frequentemente são constatados nos servidores de saúde, altos índices de depressão, alergias, enxaqueca, insônia, distúrbios osteomusculares, diabetes, hipertensão arterial, licenças médicas e absenteísmo, entre outros (COSTA; SOUZA; PIRES, 2016).

CAMINHOS PARA APRIMORAMENTO DOS SERVIÇOS PRESTADOS E VALORIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NO CME

Um dos maiores desafios das instituições de saúde é entender e identificar fatores que motivam seu colaborador. Isso explica uma característica notória na literatura. Embora, os profissionais alocados na CME conheçam a importância do seu trabalho para a instituição na qual presta serviço, além da complexidade técnica e científica e da pesada carga laboral necessária para atuar nesse setor. Eles se sentem impotentes e desvalorizados por seus gerentes e pelos trabalhadores da saúde das unidades consumidoras. E isso é preocupante, pois o progresso da empresa depende da adoção de modelos que respeitam o funcionário como um importante membro pelo seu bom funcionamento (BUGS et al., 2017; COSTA, et al., 2020; NAZARETH et al., 2018).

Uma das formas encontradas para a valorização visibilidade do fazer do enfermeiro na CME tem sido a Educação Continuada (EC). Pois proporciona aos profissionais que não atuam no local o conhecimento do processamento dos materiais. Além disso, a EC proporciona o aperfeiçoamento dos recursos humanos, os treinamentos promovem atualizações acerca das novas tecnologias reduzindo as chances de agravos aos pacientes e aos profissionais envolvidos seja na assistência direta quanto na indireta (BUGS et al., 2017).

Outra estratégia destacada nesse mesmo sentido seria a apresentação das atividades realizadas na CME para os demais setores do hospital, auxiliando assim, na visibilidade do trabalho do enfermeiro e na promoção de reconhecimento e cooperação

entre os setores (SANCHEZ et al., 2018). No entanto, para implementação dessas estratégias, torna-se necessário que as instituições de saúde implementem protocolos operacionais padrão (POP) e protocolos assistenciais padrão (PAP) para que os funcionários os utilizem de forma adequada e segura. Tonando, desse modo, essencial aos serviços assistências um constante processo de atualização e aperfeiçoamento dos membros da equipe e dos demais setores periodicamente realizado prioritariamente pela equipe da CME (BUGS et al., 2017).

Além disso, as mudanças no ambiente de trabalho, como a aquisição de equipamentos e bancadas para a organização coerente das atividades, de tal modo que elas possam ser sistematicamente observadas, compreendidas e socializadas. Outro aspecto também citado na literatura é a necessidade da implantação de um programa de rastreabilidade dos materiais para manter um maior controle sobre o material destinado, possibilitando ao enfermeiro identificar necessidades, repensar e elaborar ações e aperfeiçoar melhor seu tempo, bem como detectar falhas na esterilização e corrigi-las antes de serem utilizadas no paciente (SANCHEZ et al., 2018).

Portanto as principais intervenções para fomentar a valorização profissional, aumentar a produtividade, diminuir as taxas de ausência devido a questões de saúde mental e mental, além de fornecer um ambiente de trabalho harmonioso, são: manter uma prática fundamentada em conhecimentos científicos, somado a troca de experiência entre os enfermeiros do setor e das unidades consumidoras; educação permanente voltada às temáticas de processamento de materiais; divulgação do trabalho realizado no local; apoio institucional por intermédio do investimento tecnológico e reconhecimento da relevância das atividades realizadas na CME. Pois motivado e com qualidade de vida no trabalho, os funcionários tendem a desempenhar suas funções com mais seriedade e eficácia (NAZARETH et al., 2018; SANCHEZ et al., 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das evidencias apontadas. Pôde-se constatar que a equipe do CME é composta predominantemente pela enfermagem que desempenha um papel importante no setor. Estando envolvida tanto no processamento de produtos para a saúde quanto no gerenciamento. No entanto, os profissionais que trabalham no CME são desvalorizados

pelos demais que atuam na atuam de forma direto no cuidado e pelos gestores hospitalares. Além disso, pelo ambiente de trabalho inapropriado e pela falta de mão de obra qualificada, a equipe de esterilização possuem maiores chances de adquirirem doenças resultantes do trabalho.

Como proposta para solucionar os problemas foram encontrados os seguintes caminhos: Educação Continuada, treinamentos contínuos, criação de POPs, maior discussão do papel da enfermagem na graduação e mais fundamentação cientifica por parte dos profissionais atuantes no cuidado indireto.

Por fim, o objetivo do presente estudo de sintetizar as principais funções da enfermagem na CME e as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais deste setor foi alcançada. No entanto, é importante salientar que não foi possível descrever todos os assuntos, visto que o tema é muito abrangente. Portanto, espera-se que a partir desse estudo, novas pesquisas sejam realizadas sobre a temática para contribuir com os artigos analisados e com isso se obter mais conhecimentos na área da saúde.Diante do exposto, faz necessária a realização de mais estudos nesta temática, a fim de abranger as lacunas ainda existentes, estimulando pessoas idosas para a prática de exercícios físicos e, também alertando a importância de um bom estilo de vida com a intenção de evidenciar o quanto o sedentarismo é prejudicial à saúde.

REFERÊNCIAS

BORGHETI, S. P.; VIEGAS, K.; CAREGNATO, R. C. A. Biossegurança no centro de materiais e esterilização: dúvidas dos profissionais. Revista SOBECC, v. 21, n. 1, p. 3, 2016.

BUGS, T.V.; et al. Perfil da equipe de enfermagem e percepções do trabalho realizado em uma central de materiais. REME: Revista Mineira de Enfermagem, v. 21, p. 1–8, 2017. Disponível em: <10.5935/1415-2762.20170006>.

BRASIL. Resolução COFEN - 424, de 19 de abril de 2012. Normatiza as atribuições dos profissionais de enfermagem em Centro de Material e Esterilização (CME) e em empresas processadoras de produtos para saúde.

CARVALHO, H.E.F.; et al. Visão dos Profissionais de Enfermagem Quanto aos Riscos Ocupacionais e Acidentes de Trabalho na Central de Material e Esterilização. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 11, n. 5, p. 1161, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1161-1166>.

COSTA, C. C. P.; SOUZA, N.V. D.O.; PIRES, A.S. Perfil dos trabalhadores de uma

central de material e esterilização: uma análise das características sócio profissionais. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 8, n. 1, p. 3633, 2016. Disponível em: <doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3633-3645>.

COSTA, R.; et al. Papel dos trabalhadores de enfermagem no centro de material e esterilização: revisão integrativa. Escola Anna Nery, v. 24, n. 3, p. 1–13, 2020.

LUCON, S.M.R.; et al. Formação do enfermeiro para atuar na central de esterilização. Revista SOBECC, v. 22, n. 2, p. 90, 2017.

NASCIMENTO, M.V.F.; et al. Aspectos assistenciais da central de material e esterilização com foco no assistencial. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR ASPECTOS, v. 24, n. 1, p. 122–126, 2018.

NAZARETH, J.C.F.;et al. Quality of life related work of nursing professionals in sterilization material center. Bioscience Journal, v. 34, n. 4, p. 1083–1092, 2018.

REGO, G.M.V.; et al. Qualidade de vida no trabalho numa central de materiais e esterilização. Rev. Bras. Enferm. v. 73, n. 2, p. 1–7, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0792>.

SANCHEZ, M.L.; et al. Estratégias que contribuem para a visibilidade do trabalho do enfermeiro na central de material e esterilização. Texto e Contexto Enfermagem, v. 27, n. 1, p. 1–9, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018006530015>.

SANTOS, I.B.C.S.B.; et al. Equipamentos de proteção individual utilizados por profissionais de enfermagem em centros de material e esterilização. Revista SOBECC, v. 22, n. 1, p. 36–41, 2017.

Souza, MT.; Silva, MD.; Carvalho, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Reme Rev Min Enferm. v.8, p.102–6, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134.

CAPÍTULO XXVIII

PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES SUBMETIDOS À IMPLANTE DE MARCAPASSO EM UM HOSPITAL NA CIDADE DE JOÃO PESSOA

Janete da Silva Nunes[129]; Viviane Cordeiro de Queiroz[130];
Maria Sueli de Menezes [131]; Viviane Michele da Silva[132];
Alexsandra de Luna Freire Holanda[133].
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-28

RESUMO:
A intenção do implante do marcapasso vai além da proposição de prolongamento da vida; também intenciona permitir ao paciente atingir uma qualidade de vida compatível com a média da população. Objetivou-se apresentar o perfil clínico epidemiológico de pacientes submetidos à implante de marcapasso em um hospital na cidade de João Pessoa. Tratou-se de uma pesquisa descritiva, documental retrospectiva com abordagem quantitativa na qual foi realizada no Hospital Universitário Nova Esperança (HUNE), situado no município de João Pessoa-PB, com 12 prontuários relacionados ao procedimento de implante de marcapasso, por meio de um roteiro estruturado com questões objetivas direcionadas para o interesse da pesquisa, durante os meses de setembro e outubro de 2019. Os aspectos sociodemográficos achados foram sexo masculino, raça parda e faixa etária entre 70 e 80 anos. Já em relação aos aspectos mórbidos, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus evidenciaram-se significativamente, representando potenciais fatores colaboradores para o desenvolvimento das arritmias cardíacas, com prevalência do bloqueio atrioventricular total. Conclui-se assim, a importância do papel do enfermeiro como um educador de saúde, para atuar, tanto na prevenção e modificação dos fatores de risco para o desenvolvimento de cardiopatias arrítmicas, ressaltando-se ainda a importância da realização de estudos posteriores com uma amostra maior de pacientes em diferentes hospitais públicos ou privados da região que realizem o implante de marcapasso, para se obter mais informações e comparações dos dados coletados, gerando subsídios para uma visão mais ampla do perfil dos pacientes submetidos a esse procedimento.

129 Enfermeira. Pós-graduanda em Pediatria Neonatal pela Faculdade FACUMINAS. João Pessoa – PB – Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1585857409777445 . E-mail: janetepbsilva2@gmail.com
130Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFPB. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade IBRA/MG. João Pessoa – PB – Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7705025336495099. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2037-921X. E-mail: vivicordeiroqueiroz35@gmail.com
131 Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva pela SOBRATI. João Pessoa- PB- Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0252795132279431. E-mail: suelimenezes@facene.com.br
132 Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Docente do Curso Técnico de Enfermagem da Escola São Vicente de Paula. João Pessoa - PB - Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9232004755225152 . E-mail: vivi-michele015@gmail.com
133 Enfermeira. Pós-graduanda em Centro Cirúrgico, CME e SRPA pela Faculdade CEFAPP. João Pessoa - PB – Brasil. E-mail: alexsandraluna1989@gmail.com

PALAVRAS-CHAVE: Marcapasso Cardíaco Artificial. Qualidade de Vida. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O Marcapasso (MP) é um dispositivo eletrônico que possibilita a liberação de estímulos elétricos para o músculo cardíaco quando este apresenta algum defeito em sua condução de impulsos. Tem como função emitir impulsos para gerar um batimento cardíaco, bem como manter o ritmo cardíaco regular e constante, compatíveis com a fisiologia normal. Também detecta batimentos cardíacos espontâneos e inibe a emissão do impulso elétrico, quando necessário (OLIVEIRA et al., 2016).

O MP cardíaco é o instrumento indicado nas situações onde o indivíduo apresenta falhas graves no sistema de condução elétrica do coração. Tornou-se, portanto, um instrumento que salva e prolonga vidas, consentindo a realização de desejos dos indivíduos que antes não sobreviveriam ou que estariam sujeitos a uma vida com restrições severas. A estimulação elétrica artificial não é simplesmente uma forma de salvar vidas de portadores de doenças cardíacas, mas sim, um modo de corrigir alterações no ritmo e sincronismo entre átrios e ventrículos, podendo assim, auxiliar na manutenção do estilo de vida, permitindo dessa forma a realização de atividades habituais (SOUZA et al., 2014).

A estimulação cardíaca artificial foi introduzida na prática médica no final dos anos 50 (1958-1960), marcando o início de uma nova fase no tratamento de distúrbios do sistema cardíaco; nasceu com o objetivo primordial de suprimir os sintomas e reduzir a mortalidade de pacientes com bloqueios atrioventriculares (BAV) (GONÇALVES, 2004). Esta estimulação, quando gerada por meio do marca passo é considerada uma forma de auxílio que visa a melhoria do estilo de vida dos indivíduos como forma de tratamento de distúrbios de condução cardíaca. Apresenta-se como um desafio que busca acrescentar qualidade à mudança de prognóstico de portadores de cardiopatias. (BARROS et al., 2014).

Muitos marca passos têm sido implantados em todo o mundo. No Brasil, são realizados aproximadamente 12 mil implantes por ano. Entre 1994-2011, foram

identificados mais de 183.120 pacientes que se submeteram ao primeiro implante de MP no Brasil. Desses, aproximadamente 35.200 foram realizados em indivíduos diagnosticados com a doença de Chagas. Destaca-se ainda que dentre os procedimentos cirúrgicos, 214 foram referentes a implantes desse dispositivo em pacientes com idade menor ou igual a 17 anos (MIZZACI et al., 2017). De acordo com Marques et al., (2017) entre janeiro e novembro de 2017 foram realizados 43.000 procedimentos em pacientes na região nordeste.

A intenção do implante do marca passo vai além da proposição de prolongamento da vida; também intenciona permitir ao paciente atingir uma qualidade de vida compatível com a média da população. A percepção do seu próprio estado de saúde e qualidade de vida evidencia-se como referencial para conhecer como o paciente valoriza o tratamento recebido. Nesse sentido, a qualidade de vida é compreendida como a percepção do indivíduo da sua própria vida dentro do contexto cultural e de valores que ele vive (BARROS et al., 2014).

O desenvolvimento de novas tecnologias para a fabricação do MP associado às técnicas diagnósticas em cardiologia e o conhecimento sobre a eletro fisiologia cardíaca, têm permitido novos métodos de implante desse dispositivo, de forma mais simples, ampliadas, e mais segura. Essa citação leva à compreensão de que esses avanços tecnológicos têm permito a manutenção ou resgate na qualidade de vida e prognóstico dos portadores de patologias cardíacas que limitam, gradativamente, a capacidade funcional do coração (BORBA, 2017).

De acordo com Santos (2007), o paciente submetido a um implante de marca passo pode experimentar modificações no seu estilo de vida, tanto nos aspectos físicos como nos emocionais, em diferentes momentos desse processo de adaptação. Sentimentos de raiva, temor ansiedade e depressão podem se fazer presentes nessa fase, exigindo que o paciente e família desenvolvam estratégias de enfrentamento para otimizar essa situação. O risco de enfrentamento e conhecimento ineficazes podem interferir na capacidade do autocuidado desse binômio ao processo de adaptação à nova forma de vida.

Lidar com pacientes que passam por procedimentos de alta complexidade como o implante de marca passo além de exigir da (o) enfermeira (o) conhecimento técnico científico para colaborar, participar e intervir nesse evento, demanda uma intenção de

desenvolvimento de habilidades suficientes para compreender, persuadir e transformar o padrão funcional de vida e saúde dos envolvidos. Desse pressuposto, questionou-se: qual o perfil clínico e epidemiológico das pessoas que se submetem ao implante de um marca passo? Para tanto, objetivou-se apresentar o perfil clínico epidemiológico de pacientes submetidos à implante de marcapasso em um hospital na cidade de João Pessoa.

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa de caráter descritiva, do tipo documental retrospectiva, com abordagem quantitativa, realizada no Hospital Universitário Nova Esperança (HUNE), situado no bairro de Jaguaribe no Município de João Pessoa-PB. Essa escolha se deu pelo fato de o hospital ser próprio da Instituição de Ensino e ser referência para atendimento em cardiologia, o que permitiu a realização da pesquisa.

Da população desta pesquisa fizeram parte todos os prontuários compilados no Setor de Arquivo de Prontuários da Instituição. A amostra foi composta por 12 prontuários relacionados a procedimentos que envolveram a instalação de marcapasso, realizados entre os meses de julho a dezembro de 2018. Os critérios de inclusão foram: prontuário que continha registro de instalação de marcapasso; prontuário que continha relatório sobre a programação de funcionamento do marcapasso; prontuário que continha anamnese e história clínica do paciente; prontuário que continha registro e anotações de Enfermagem. Já os de exclusão: prontuário com anotações imprecisas, ilegíveis ou de difícil compreensão.

Para coleta de dados foi utilizado um roteiro estruturado com questões objetivas direcionadas aos objetivos propostos na pesquisa. A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2019, após apreciação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, e encaminhamento de um ofício pela Coordenação do Curso de Enfermagem para os responsáveis pela Instituição onde foi realizada a pesquisa.

O material coletado foi selecionado e analisado com base no enfoque do método quantitativo e posteriormente agrupado e tabulado no sistema Microsoft Excel para apresentação por meio de gráficos, tabelas e ou quadros, devidamente analisados à luz da literatura pertinente.

Para realização do presente estudo foram consideradas as condutas éticas regidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta a realização de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2013). Foi também considerada a Resolução 564/2017 (COFEN, 2017) que trata do código de ética dos profissionais de Enfermagem. Como se tratou de uma pesquisa que indiretamente envolve seres humanos, o projeto foi submetido à avaliação da Banca Examinadora e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FACENE, para a devida apreciação. Justifica-se a ausência do TCLE por se tratar de uma pesquisa documental retrospectiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a análise, fizeram parte deste estudo 12 prontuários de pacientes submetido à implante de marcapasso.

Tabela 1 – Perfil epidemiológico de pacientes submetidos à implante de marcapasso (n=12). João Pessoa – PB.

Variável	∫	%
Sexo		
Masculino	8	66,6
Feminino	4	33,4
TOTAL	12	100
Faixa etária		
51- 60	2	16,6
62-70	2	16,6
71-80	7	58,4
>80	1	8,4
TOTAL	12	100
Grupo étnico		
Branco	3	25
Pardo	9	75
TOTAL	12	100
Estado civil		
Casado	1	8,3
Viúvo	1	8,3
Sem registro	10	83,4
TOTAL	12	100
Procedência		
Capital	5	41,6
Interior	7	58,4
TOTAL	12	100
Provedoria Particular	2	16,6

SUS	10	83,4
TOTAL	12	100

FONTE: Pesquisa Direta, 2019.

Conforme a Tabela 1, o sexo prevalente foi o masculino com um espaço amostral de 8 (66,6%), coincidindo com a faixa etária identificada em estudo realizado por Pachon-Mateos et al., (2013) onde a maioria dos procedimentos de implantes são realizados nas pessoas do sexo masculino.

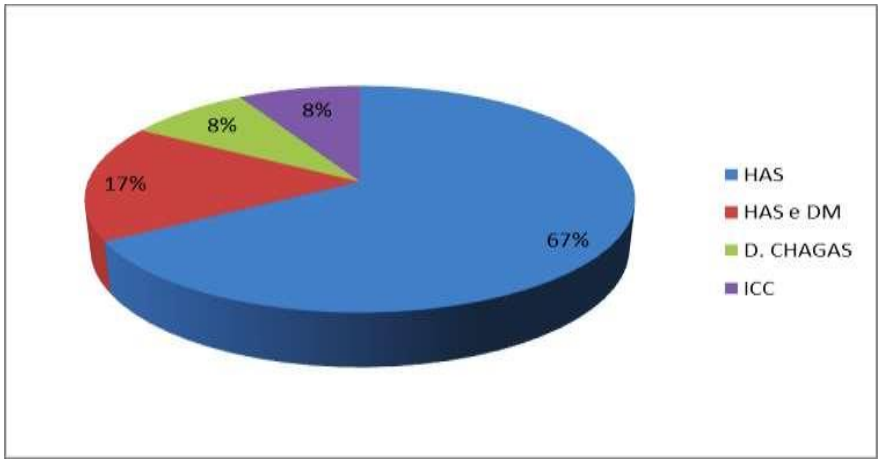
Em relação a faixa etária, observou-se que 7 (58,4%) dos pacientes tinham entre 71 e 80 anos, corroborando com estudo realizado por Borges et al. (2013) que constatou que a idade mediana dos pacientes que fazem uso do marcapasso aumentou ano após ano, partindo dos 63 e chegando a 70 anos ou mais, salientando ainda o aumento significativo do percentual de pacientes com idade superior a 80 anos submetidos a esse procedimento.

Quanto ao grupo étnico, a predominância foi o pardo, 9 (75%). A magnitude de indivíduos brancos e pardos em estudos como este pode ser justificada pelo cenário populacional do país que apresenta alto percentual de miscigenação. Além disso, no Brasil, mais de 90 milhões de indivíduos são considerados brancos e/ou pardos (NASCIMENTO et al., 2016).

Referente ao estado civil, a pesquisa não apresentou uma resposta quantitativa, visto a ausência de registros dessa variável nos prontuários utilizados. Presume-se que a equipe de saúde pode não ter objetivado a identificação desse dado na admissão hospitalar do paciente. No entanto, há de considerar-se a relevância desse dado, compreendendo a potencialidade de apoio de um cônjuge no seguimento do tratamento da doença e observação dos efeitos do marcapasso.

No que diz respeito à procedência, 7 (58,4%), vieram do interior, ou seja, de cidades e municípios circunvizinhos da capital, sinalizando para a centralização de serviços especializados em cidades polo. Quanto a provedoria, 10 (83,4%) realizaram o procedimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Albuquerque et al., (2015) cita em estudo que internações por problemas cardíacos correspondem a mais de 30% das hospitalizações pelo SUS, conduzindo a gastos equivalentes a essa cifra.

Gráfico 1 – Comorbidades evidenciadas entre os pacientes que se submeteram à instalação de marcapasso (n=12). João Pessoa – PB.



FONTE: Pesquisa direta, 2019.

Dentre as comorbidades mais relacionadas ao quadro de pacientes que se submeteram a implantação do marcapasso cardíaco, a HAS, de forma isolada, evidenciou-se em 8 (67%) dos casos, enquanto associada à Diabetes Mellitus, evidenciou-se em 2 (17%) dos casos. Estudos que descrevem o perfil epidemiológico de indivíduos com doenças cardíacas, indicam a HAS como a comorbidade mais frequente em pacientes com insuficiência cardíaca (IC) (SOUSA et al., 2017). Em outro estudo, Reis et al., (2015) cita que a incidência de Insuficiência Cardíaca (IC) é três vezes maior em indivíduos com história clínica de HAS. Conforme observado no gráfico evidenciou-se que 1 (8%) dos casos são da doença de chagas.

A Federação Internacional do Diabetes (IDF) estima que o número mundial de portadores de diabetes em 2013 era de aproximadamente 390 milhões de pessoas. A prevalência do DM vem aumentando com o avanço da idade, atingindo aproximadamente 20% da população das faixas etárias de 65 a 75 anos ou mais. Quando relacionado a problemas cardíacos, o diabetes torna-se uma patologia ainda mais grave, visto que as complicações que poderão surgir se tornarão ainda mais sérias (ISER et al., 2015).

De acordo com Monteiro et al., (2018), a HAS é responsável por mais de 40% das mortes cardíacas e aproximadamente 52% das mortes decorrentes de AVE. Sabendo que a hipertensão é um dos problemas atuais com foco primordial da saúde pública no Brasil e no mundo, que torna-se ainda mais complexa quando associada ao diabetes, tem-se em

vista que os níveis de controle dessas doenças são um dos grandes desafios para os profissionalis da saúde (MENDES et al., 2014).

Segundo Oliveira et al., (2017), os indivíduos portadores de diabetes mellitus apresentam função autonômica cardiovascular reduzida, evidenciada pela diminuição na variabilidade da frequência cardíaca (VFC), que resultam em neuropatia autonômica cardíaca e maior risco de morte súbita cardíaca. A VFC é uma medida não invasiva do tempo entre dois batimentos cardíacos consecutivos entre os intervalos R-R a partir do ritmo sinusal, medido através do eletrocardiograma (ECG) que reflete indiretamente a regulação autonômica cardíaca.

Em particular, o marcapasso proporcionou melhora da classe funcional, da capacidade de exercícios físicos e da qualidade de vida, mesmo em pacientes que já recebiam a terapêutica farmacológica. Para tanto, a ressincronização por meio do implante do MP, tem se mostrado uma técnica indispensável na melhora da capacidade laboral e funcional de pacientes com ICC (BORGES et al., 2013).

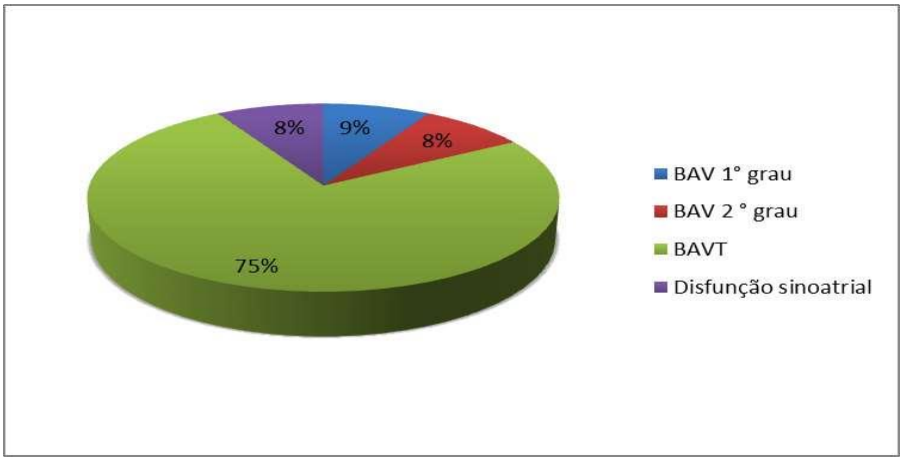
A insuficiência cardíaca (ICC) passa a existir, consequentemente, na evolução da maioria das doenças cardíacas, associando-se a elevada morbimortalidade, má qualidade de vida e diversos sintomas associados. A ICC é ainda um grande problema de saúde da população mundial, acometendo mais de 20 milhões de pessoas no mundo. A terapia de ressincronização ventricular surgiu como tratamento eficaz para pacientes com ICC moderada ou grave e dissincronia ventricular (SILVA et al., 2019).

De acordo com os autores, as alterações eletrocardiográficas que mais prevalecem em pacientes com Chagas são os distúrbios de condução pelo ramo direito e o hemibloqueio anterior esquerdo, atingindo até 50% nos pacientes. Alterações como estas podem ser evolutivas, como os retardos da condução atrioventricular. A disfunção do nó sinusal pode também ser um causador de bradicardias. Quanto as arritmias atriais, estas tendem a ocorrer na evolução da cardiopatia com disfunção ventricular avançada. De acordo com Simões et al., (2018) a doença de Chagas (DC) é causada por um parasita protozoário conhecido por *Trypanosoma cruzi*, causando miocardite aguda e, em seguida, miocardite crônica fibrosante, de baixa intensidade e incessante, produzindo danos miocárdicos e resultando tardiamente na Cardiomiopatia Crônica da Doença de Chagas (CCDC). No que se refere ao acometimento cardíaco da DC, na fase crônica, esta envolve

acentuada morbimortalidade, sendo a principal causa de cardiomiopatia não-isquêmica na América Latina.

Indivíduos portadores da DC em sua forma cardíaca podem também apresentar distúrbios de condução, tornando-se preciso a estimulação cardíaca permanente por meio do uso do MP devido lesões sofridas no tecido de condução elétrica cardíaca (GOMES et al., 2011).

Gráfico 2 – Condições eletrofisiológicas que se relacionam com a indicação e instalação do marcapasso (n=12). João Pessoa – PB.



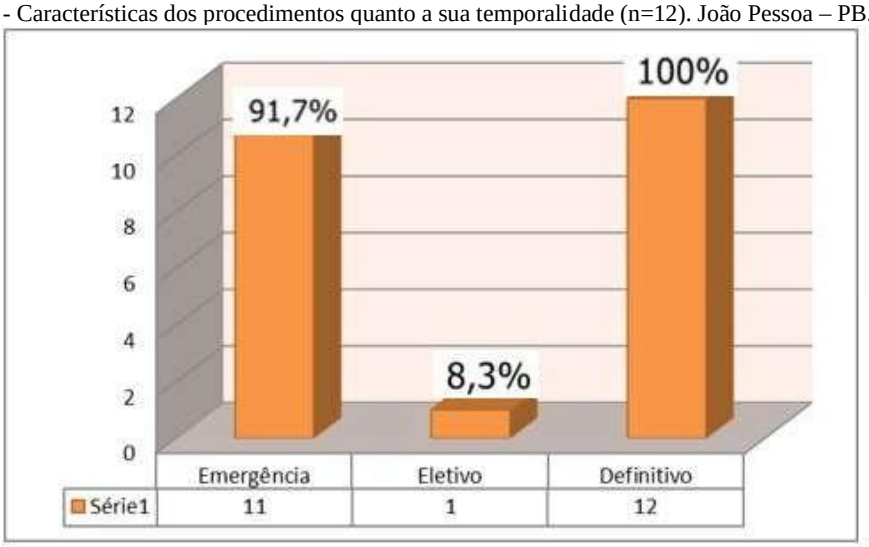
FONTE: Pesquisa direta, 2019.

Conforme o exposto nesse gráfico, a instalação do marcapasso deu-se em 9 (75%) dos pacientes com BAVT, 2 (9%) em pacientes com BAV de 1º grau, e 1 (8%) em pacientes com BAV de 2º grau e disfunção sinoatrial, como demonstrado no gráfico a seguir. Compreendendo que os bloqueios atrioventriculares (BAV) constituem um grupo de alterações da condução do impulso elétrico cardíaco detectáveis pelo ECG, estes são classificados em 1º e 2º graus. No BAV de 1º grau todos os impulsos elétricos vindos dos átrios chegam aos ventrículos, porém sofrem um retardo em uma fração de segundo ao atravessar o nó atrioventricular. Há uma lentificação da passagem do impulso elétrico, com prolongamento do intervalo PR (> 200ms). Todas as ondas P geram QRS; esta lentificação pode ocorrer em qualquer nível do trajeto AV percorrido pelo estímulo elétrico. Este está associado a bom prognóstico, embora estudos sugiram aumento do risco de fibrilação atrial, da necessidade de dispositivo cardíaco eletrônico implantável (DCEI) e de mortalidade (MORAES et al., 2016).

No BAV de 2º grau alguns impulsos atriais são bloqueados, portanto, algumas ondas P não se seguem de QRS. Este pode ser subdivido em duas formas distintas, o do tipo I (assintomático) ou também conhecido por fenômeno Wenckebach, quando ocorre um prolongamento progressivo do intervalo PR até que uma despolarização atrial não seja seguida por uma ventricular; e o BAV de 2º grau do tipo II, onde ocorrem falhas de condução AV de forma anárquica (ausência de desporalização ventricular esporádica) ou regular (com duas ondas P para cada QRS). Esta modalidade de BAV está associada a defeitos cardíacos considerados mais graves, com maior risco de evolução para o BAV 3º grau (SOUZA et al., 2009; PACHÓN-MATEOS et al., 2013).

O BAV de 3º grau ou BAV Total (BAVT) não reversível, geralmente necessita de DCEI. Não há condução de impulso do átrio para os ventrículos, com total dissincronia AV. O ritmo ventricular é assumido pelo automatismo das células abaixo do bloqueio, podendo ocorrer em qualquer nível, a partir no NAV. Quanto mais distal o ritmo de escape, menor será a frequência cardíaca. Pacientes com este tipo de bloqueio, quando não prontamente identificados ou tratados, apresentam alta taxa de morbimortalidade (OLIVEIRA et al., 2015).

Gráfico 3 - Características dos procedimentos quanto a sua temporalidade (n=12). João Pessoa – PB.



FONTE: Pesquisa direta, 2019.

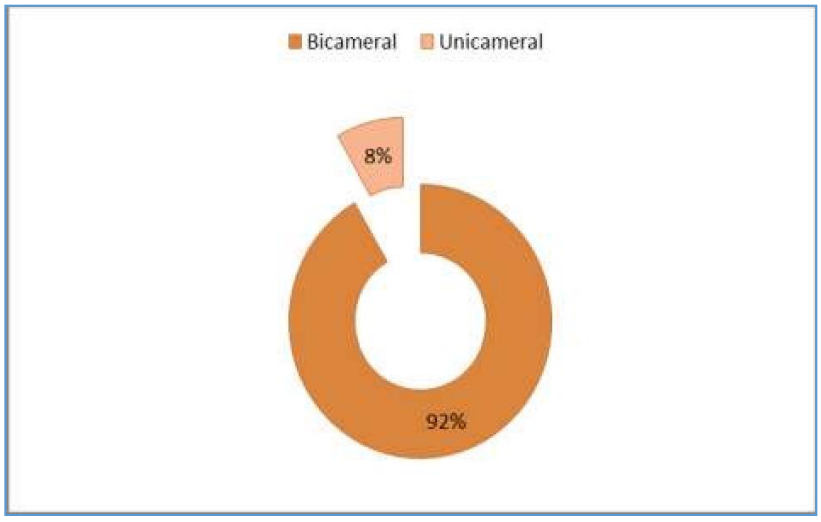
No que se refere as características temporais do procedimento realizado, (11) 91,7% representam os casos de emergência, enquanto 1 (8,3%) foi instalado eletivamente; a totalidade, ou seja, os 12 (100%) tiveram caráter definitivo. Sabe-se que na grande

maioria dos casos, assim como relatado no trabalho presente, o marcapasso transcutâneo é utilizado em emergências para tratar bradicardias com sinais de baixo débito cardíaco (SOUZA et al., 2014).

Para restaurar a frequência e o ritmo cardíaco necessários para manter débito cardíaco eficaz, pode-se fazer uso de MP definitivos e/ou provisórios O uso do MP é indicado nos casos de arritmias com diminuição da frequência cardíaca, com destaque para os bloqueios atrioventriculares e ritmos juncionais. É comum a incidência desse tipo de arritmia no pós-operatório de cirurgia cardíaca, sendo frequentemente utilizado o MP provisório ou temporário (NOBRE, 2016). O uso do MP temporário emergencial está indicado para o tratamento das bradicardias sintomáticas e nos bloqueios atrioventriculares até que se defina a causa e provável transitoriedade (MOSQUERA et al., 2018).

O MP definitivo ou permanente, é feito por meio de um procedimento cirúrgico realizado sob scopia e anestesia no local de implante do aparelho, na região infraclavicular esquerda ou direita nos adultos e região abdominal nas crianças (SOUZA et. al., 2014). Já as indicações para a utilização do MP temporário são para: infarto agudo do miocárdio e BAVT sintomático, independentemente da localização do infarto; bradicardia sinusal sintomática; bloqueio de ramo alternante; bloqueio de ramo esquerdo com bloqueio atrioventricular total de 1º grau e bloqueio de 2º grau tipo Wenckebach, sintomático, entre ouras (MORTON; FONTAINE, 2013).

Gráfico 4 – Caracteríticas dos marcapassos implantados quanto a sua funcionalidade (n=12). João Pessoa – PB.



FONTE: Pesquisa direta, 2019.

Quanto à especificidade de estimulação, esse gráfico demonstra que 11 (92%) dos MP implantados tinham ação bicameral, enquanto 1 (8%), unicameral.

Tanto o marcapasso unicameral como o de dupla-câmara (bicameral) conservam o sincronismo entre a contração dos átrios e ventrículos, assemelhando-se à função cardíaca normal (SILVA et al., 2015).

Sabendo que o marcapasso cardíaco definitivo (MCD) é um dispositivo eletrônico cirurgicamente implantável, seu implante na grande maioria das vezes, é endocavitário. O aparelho funciona como um sistema de estimulação artificial composto por um gerador de pulso elétrico e cabo-eletrodo. O MCD pode ser de câmara única (atrial ou ventricular) ou câmara dupla (atrial e ventricular). O dispositivo implantado proporciona impulsos rítmicos contínuos que assumem o controle dos ventrículos (LICARIÃO, 2016).

Recentemente, consensos literários têm mostrado que a estimulação de dupla-câmara vem sendo cada vez mais utilizada em pacientes portadores de bradiarritmias, na ausência de taquiarritmias atriais persistentes, continuamente, com a finalidade de manutenção do sincronismo atrioventricular e, sempre que possível, deflagração ventricular pelo átrio, além de modulação da frequência cardíaca (MORAES et al., 2016).

CONCLUSÃO

Bradiarritmias e bloqueios de condução são achados eletrocardiográficos comuns. Conforme a literatura, muitas dessas arritmias são assintomáticas e não necessitam de terapia específica, enquanto outras oferecem risco elevado aos pacientes necessitando de tratamento imediato. A utilização do marcapasso artificial pode favorecer a melhora funcional, bem como otimizar a qualidade de vida e capacidade laboral do paciente.

Os aspectos sociodemográficos que se evidenciaram entre pacientes envolvidos na pesquisa corroboram com a literatura vigente, destacando, entre outros, o sexo masculino, raça parda e faixa etária entre 70 e 80 anos, sendo que a maioria dos pacientes eram procedentes de outras cidades. Já em relação aos aspectos mórbidos, a hipertensão arterial e Diabetes Mellitus evidenciaram-se significativamente, representando potenciais fatores colaboradores para o desenvolvimento das arritmias cardíacas, com prevalência do bloqueio atrioventricular total, na amostra estudada.

Desse panorama clínico emerge a necessidade de valorização de um escopo que privilegie o cumprimento das políticas públicas de saúde já estabelecidas, no sentido tanto de impedir o avanço das cardiopatias, quanto estimular na população modificação nos hábitos insalubres de vida, consequências de decisões individuais equivocadas.

Partindo desses pressupostos, ressalta-se a importância do papel do enfermeiro como um educador de saúde, para atuar, tanto na prevenção e modificação dos fatores de risco para o desenvolvimento de cardiopatias arrítmicas, quanto no incentivo e orientação para o convívio com marcapasso implantado, recurso para a promoção da vida e saúde.

Ressalta-se a importância da realização de estudos posteriores com uma amostra maior de pacientes em diferentes hospitais públicos ou privados da região que realizem o implante de marcapasso, para se obter mais informações e comparações dos dados coletados, gerando subsídios para uma visão mais ampla do perfil dos pacientes submetidos a esse procedimento.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE D.C., et al. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 104, n. 6, p:433-42, 2015.

BARROS, R.T., et al. Avaliação de aspectos da qualidade de vida em pacientes pós-implante de marca-passo cardíaco. **Rev. Bras. de Cirurgia Cardiovascular**, v.29, n.1, p. 37-44, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script= sci_arttext &pid =S0102-76382014000100009 &lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 mar. 2019.

BORGES, J.B.C., et al. Correlação entre a qualidade de vida, classe funcional e idade em portadores de marca-passo cardíaco. **Rev. Bras. de Cirurgias Cardiovasculares**, v. 28, n. 1, p. 47-53, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script =sci_a rttext&pid=S0102- 76382013000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2019.

BORBA, I.B. A importância da qualificação do profissional enfermeiro frente à qualidade de vida de um portador de marcapasso. **[Monografia].** UFSC. 2017. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/173511. Acesso em: 16 mar. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012**- Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resol. COFEN nº564/ 2017**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no- 5642017 _59145 .html. Acesso em: 22 mai., 2019.

GONÇALVES, F.D. Aprimoramento da Técnica de Implante do Eletrodo Atrial. **JBAC**, v.17, n.4, p:187-189, 2004. Disponível em: http://relampa.org.br/details/178/pt-BR/aprimoramento-da-tecnica-de- implante-do-eletrodo. Acesso em: 16 mar. 2019.

GOMES, T.B., et al. Avaliação da qualidade de vida pós implante de marca-passo cardíaco artificial. **Rev. Eletr. Enferm.**, v.13, n.4, Goiânia, 2011. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/pdf/v13n4a19.pdf. Acesso em: 16 mar. 2019.

ISER, B.P.M., et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, p. 305-314, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200013. Acesso em: 21 nov. 2019.

LICARIÃO, E.G.D. Efeito do treinamento físico em portadores de marcapasso definitivo. **Tese de Doutorado.** Universidade de São Paulo. 2016. Disponível em:http://www.incor.usp.br/sites/incor2013/docs/egressos-teses/2016/set_emanoel_gledeston_dantas_licariao.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.

MARQUES, M.J.S., et al. Perfil Clínico Epidemiológico de Pacientes Submetidos à Utilização de Marca-Passo no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca. **Rev. Pesq Saúde**, v. 18, n. 3, p:168-172, 2017. Disponível em: http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/8635/ 5964. Acesso em: 16 mar. 2019.

MENDES, M.O., et al. Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. **Rev. UNIVAP**, v. 20, n. 35, 2014.

MIZZACI, C.C., et al. Implante de Marca-Passos em Crianças e Adolescentes Chagásicos no Brasil: Incidência Histórica em 18 Anos. **Arq. Bras. Cardiol**. v.108, n. 6, p.546-551, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script= sci_arttext&pid=S0066- 782X2017000600546&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 mar. 2019.

MONTEIRO, W. G. Complicações Cardiovasculares Em Hipertensos Acompanhados na ESF do Município de Acarape. **Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB**. 2018. Disponível em: http://repositorio.unilab.edu.br /jspui/bitstream/123456789/1021/3/2018_wgmonteiro.p df. Acesso em: 12 nov. 2019.

MORAES, E.R.F.L., et al. Prevalência de bloqueios atrioventriculares em pacientes da Atenção Básica de Saúde: análise por telemedicina. **JBAC**, v. 29, n. 1, p:12-15, 2016. Disponível em: http://relampa.org.br/details/1021/pt-BR/prevalencia-de-bloqueios-atrioventriculares-em-pacientes-da-atencao-basica-de-saude--analise-por-telemedicina. Acesso em: 12 nov. 2019.

MORTON, P.G.; FONTAINE, D.K. **Cuidados críticos de enfermagem:** uma abordagem holística. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

MOSQUERA, J.A.P., et al. Estimulação cardíaca provisória com eletrodo de marcação definitivo: Uma alternativa segura? **Rev. Latino-Americana**, v. 31, n. 4, p. 156-159, 2018. Disponível em: http://www.relampa.org.br/export- pdf/1193/v31n4a07.pdf. Acesso em: 05 nov. 2019.

NASCIMENTO, W.O., et al. Perfil do idoso com insuficiência cardíaca internado em um hospital de urgência. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 21, n. 4, p. 1-10, 2016.

Disponível em: https://doi.org/10.5380/ce.v21i4.47084. Acesso em: 04 nov. 2019.

NOBRE, F. **Cardiologia de consultório:** soluções práticas na rotina do cardiologista.2ª ed. Barueri, SP: Monale, 2016.

OLIVEIRA, J.S. et al. Variabilidade da frequência cardíaca com base na estratificação de risco para diabetes mellitus tipo 2. **Einstein**, v. 15, n. 2, p. 141-7, 2017. Disponível em: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/3888-141-147-Variabilidade-da-frequencia-cardiaca-com-base-na-estratificacao-de-risco-para-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf. Acesso em: 23 nov. 2019.

OLIVEIRA, M.S.S, et al. A Qualidade de Vida de Pacientes Portadores de Marca-Passo Cardíaco. **Rev.e-ciência**, v. 4, n. 1, 2016. Disponível em:http://www. revistafjn.com.br /revista/index.php/eciencia/article/view/151/pdf_32. Acesso em: 14 mar. 2019.

OLIVEIRA M.T., et al. Diretriz de telecardiologia no cuidado de pacientes com síndrome coronariana aguda e outras doenças cardíacas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 104, p:1-26, 2015.

PACHÓN-MATEOS, J.C., et al. RBM - Registro Brasileiro de Marcapassos, Ressincronizadores e Desfibriladores. **JBAC**, v. 26, n 1, p:39-49, 2013. Disponível em: http://www.relampa.org.br/details/875/pt-BR/rbm---registro-brasileiro-de- marcapassos--ressincronizadores-e-desfibriladores. Acesso em: 03 nov. 2019.

REIS, M.B. et al. Readmissão Hospitalar por Insuficiência Cardíaca em um Hospital de Ensino do Interior do Estado de São Paulo - SP. **Medicina (Online)**, v. 48, n. 2, p. 138-142, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v48i2p138-142. Acesso em: 04 nov. 2019.

SANTOS, C.S.S., et al. Marcapasso cardíaco e cardioversor-desfibrilador implantável: Orientações sobre interferências externas. **Revi. Soc. Cardiol. Rio Grande do Sul.** Ano XVI nº 12, set. - dez. 2007. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/sbc- rs/revista /2007/12/Marcapasso_cardiaco_e_cardio versor_desfibrilador_implantavel_Orientacoes _sobre_interferencias_externas.pdf. Acesso em: 16 mar. 2019.

SILVA, S.V., et al. Cuidados Paliativos na Insuficiência Cardíaca Avançada: A Experiência de uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte Em Cuidados Paliativos. **Medicina Interna**, v. 26, n. 1, p. 33-39, 2019. Disponível em: http://www.scielo. mec. pt/ scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872- 671X2019000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 nov. 2019.

SILVA R.F. et al. Implante de marcapasso cardíaco definitivo por disfunção do nó sinusal, utilizando a veia cava superior, após angioplastia do trajeto em pós- operatório tardio de operação de Mustard e Senning. **JBAC**, v. 28, n. 1, p.23-26, 2015. Disponível em: http://www.relampa.org.br/how-to-cite/977/pt-BR. Acesso em: 21 nov. 2019.

SIMOES, M.V., et al. Cardiomiopatia da Doença de Chagas. **Int. J. Cardiovasc. Sci**., v. 31, n. 2, p. 173-189, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci _arttext&pid=S2359- 56472018000200173&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 nov. 2019

SOUZA, K.O., et al. Estimulação cardíaca artificial bifocal de segurança: relato de caso e revisão da literatura. **JBAC**, v.27, n. 1, p.:46-8, 2014. Disponível em:

http://www.relampa.org.br/details/928/pt-BR/estimulacao-cardiaca-artificial-bifocal-de-seguranca--relato-de-caso-e-revisao-da- literatura. Acesso em: 16 mar. 2019.

SOUZA, A.B.G., et al. **Enfermagem em clínica médica e cirúrgica:** teoria e prática.São Paulo: Martinari, 2014.

SOUSA, M.M. et al. Efeitos Físicos e Psicossociais da Insuficiência Cardíaca na Percepção da Qualidade de Vida. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 22, n. 2, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.5380/ce.v22i2.49783. Acesso em: 04 nov. 2019.

SOUZA W.O., et al. Arritmias ventriculares e bloqueios cardíacos na unidade cardiointensiva: como eu trato. **Rev. Hosp. Univers. Pedro Ernesto**, v.8, n. 2, p:77-87, 2009. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe _artigo.asp?id=183. Acesso em: 17 nov. 2019.

CAPÍTULO XXIX

PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS ESPECIALISTAS E MÉDICOS RESIDENTES

Willian Zeferino Maffia[134]; Gustavo Zeferino Maffia[135];
Thales Advíncula Barbosa Oliveira[136]; Isabele Gomides Ribeiro[137];
Bruna Rocha Soares Almeida[138].
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-29

RESUMO:
Apresentação: A Síndrome de Burnout (SB) é um distúrbio psiquiátrico que se desenvolve em profissionais expostos a grande carga de estresse em suas profissões, sendo compreensível que médicos estejam sujeitos a densenvolter tal transtorno. Assim, é válido elucidar a prevalência aumentada de Burnout nessa profissão, como também as possíveis diferenças do risco de desenvolve-la em cada especialidade e em médicos em especialização (médicos residentes). Metodologia: recorremos à literatura recente sobre o tema para identificar as características dessa síndrome, seus fatores de risco, método diagnostico e sua prevalência na profissão em questão. Para isso, recorremos a artigos de revisão, revisão sistemática e originais. Resultados e discussão (médicos especialistas): foi constatado diferença de prevalência de SB nas especialidades médicas e quais fatores de risco poderiam estar relacionados com cada uma delas, assim como seus respectivos fatores de proteção. Já os fatores de proteção individuais ainda precisam de mais estudos, com maior espaço amostral, para serem melhor elucidados. Resultados e discussão (médicos residentes): como já era esperado, todos os estudos mostraram alta prevalência de Síndrome de Burnout entre os médicos residentes, assim como a presença de diversos fatores de risco desencadeantes. Por outro lado, fica evidente que os estudos existentes apresentam baixo espaço amostral, sendo necessário mais pesquisas na área para melhor definir a prevalência desse transtorno nos médicos residentes.
PALAVRAS-CHAVE: Burnout. Médicos. Psicopatologia.

INTRODUÇÃO

O termo “Síndrome de Burnout” foi usado pela primeira vez em 1974 por um psicanalista alemão que percebeu, em si mesmo, como o estresse do seu trabalho estava

134 Acadêmico do 5° ano do curso de medicina da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: willianzm10@gmail.com
135 Acadêmico do 5° ano do curso de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: gustavozm33@gmail.com
136 Acadêmico do 5° ano do curso de medicina da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: thalesadvincula@gmail.com
137 Acadêmica do 5° ano do curso de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: isabelegomidesr@gmail.com
138 Acadêmica do 5° ano do curso de medicina da Uniatenas. E-mail: b210669bruna@icloud.com

atrapalhando sua sanidade mental e sua capacidade profissional[1].

Desde então, a definição dessa síndrome passou por algumas alterações para chegar no conceito atual que é baseado na seguinte tríade: exaustão emocional, despersonalização e falta de realização profissional. Esses pilares correspondem, respectivamente, aos (1) sintomas de cansaço emocional, (2) falta de intenção e empatia com colegas e/ou clientes e (3) incapacidade produtiva[1,2,3].

Visto as grandes consequências causadas por essa doença, torna-se importante o conhecimento das causas e fatores de risco envolvidos na sua gênese, de modo que possamos atuar na sua prevenção.

Assim, é fundamental ressaltar que a Síndrome de Burnout tem origem multifatorial, sendo inaplicavel a descrição de cada um deles, pois variam drasticamente entre os diversos cenários de trabaho. Entretanto, podemos classificar didaticamente esses fatores em dois grupos: desencadeantes e facilitadores[2].

Os fatores desencadeantes são aqueles que estão relacionados ao trabalho em si, aumentando a probabilidade da qualquer pessoa que o realize desenvolver Burnout. Desse modo, os fatores desencadeantes dizem respeito aos problemas inerentes do trabalho, como carga horária elevada, situação de estresse contínuo e más condições de trabalho. Por outro lado, os fatores facilitadores são mais específicos de cada pessoa, faz referência ao modo que cada um, em sua subjetividade, lida com os problemas enfrentados na vida profissional. Assim, características pessoais representam esses fatores facilitadores, como idade, gênero, motivação no trabalho, personalidade e muitos outros[1,2].

Por tanto, essa síndrome reflete os danos crônicos causados por trabalhos extenuantes, seja do ponto de vista físico ou mental. Desse modo, é fácil entender como médicos estão predispostos a desenvolverem esse transtorno, visto que muitos desses profissionais trabalham em situações de estresse mental intenso, alta carga horária semanal e condições gerais de trabalho distantes dos ideais[2].

Por fim, considerando os fatores desencadeantes da Síndrome de Burnout e as diferenças inerentes à pratica médica das diversas especialidades, é coerente encontrarmos taxas de prevalência distintas entres as especialidades. Além disso, também esperamos altas prevalências de Síndrome de Burnout entre os médicos residentes, já que eles possuem carga horária semanal alta, baixos salários e, em alguns casos, problemas

de relacionamentos com seus preceptores/superiores.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Para análise das prevalências de Síndrome de Burnout nas diferentes especialidades médicas e nos médicos residentes, recorremos à artigos científicos originais e de revisão sistemática, publicados recentementes, conforme citado no tópico "referências"

Tais estudos abordaram cenários diferentes como, por exemplo, o ano de sua realização, as especialidades médicas abordadas (assim como médicos residentes) e o país onde o estudo foi feito. No entanto, todos os estudos avaliados aqui usaram o mesmo método de coleta de dados, de modo que os resultados possam ser melhor comparados.

O método referido acima trata-se do Maslach Burnout Inventory (MBI), um questionário padronizado que visa indentificar a gravidade dos sintomas nos três pilares citados anteriormente para classificar o profissional entrevistado com portador ou não da Síndrome de Burnout.

Para isso, o MBI conta com 22 perguntas, referentes aos três pilares desse transtorno, que são exaustão emocional, despersonalização e falta de realização profissional. O entrevistado então recebe uma nota referente a cada um deles, que quanto mais alta significa maior gravidade dos sintomas (exceto no quesito realização profissional, onde a escala é invertida e notas mais baixas indicam maior gravidade)[2].

Para receber o diagnóstico de Burnout, o entrevistado deve ter sintomas graves em todos os três quesitos, visto que todos são fundamentais para caracterizar essa síndrome. Porém, é importante ressaltar que, de forma inusitada, o pilar "exaustão emocional" pode regredir após atingir níveis graves, o que não exclui o diagnóstico nesses casos[2].

RESULTADOS E DISCUSSÃO (MÉDICOS ESPECIALISTAS)

Através dos diversos estudos analisados por Moreira e cols. chegou-se à conclusão de que as diversas especialidades médicas possuem diferentes fatores desencadeantes que influenciam no início de um quadro de SB. Algumas das conclusões

de Gil-Monte e Peiró são que os médicos de Unidade de Terapia Intensiva apresentaram a maior frequência da síndrome, a qual também tem influência dos muitos anos de experiência profissional na UTI, com alta significância estatística da presença de exaustão emocional. Fatores como conflitos entre colegas e com as famílias dos pacientes estão entre os desencadeantes da EE detectados no estudo. É ressaltada ainda a importância do acompanhamento psicológico dos profissionais desta especialidade para melhor lidarem com o stress diário das UTIs, assim como, a divisão multidisciplinar adequada das atividades intensivistas[2].

Já os médicos de família e os de emergência apresentaram respectivamente a segunda e a terceira maior prevalência da SB. Vale ressaltar que houve, dentre eles, relação entre o Burnout e o elevado uso de drogas lícitas como álcool e tabaco, além de medicações psicotrópicas. Alguns do fatores desencadeadores citados foram a inadequada comunicação institucional, a insatisfação com o apoio dos profissionais hierarquicamente acima e o serviço burocrático. Tudo isto culminando com a despersonalização dos médicos de família e emergencistas participantes das pesquisas. É interessante salientar que foram notados aspectos peculiares aos MF e aos ME, como que o pico da prevalência da SB ocorre naqueles médicos de emergência com carga horária entre 13 a 15 turnos/mês, sendo que, nos com mais de 16 turnos/mês, percebeu-se queda da frequência da doença (explicada pelo fato de que certos trabalhadores adquirem habilidades de enfrentamento mais eficazes com o tempo)[2].

Com diversas análises, não foram encontradas relações com idade, sexo, estado civil e nível de ascensão profissional. Contudo, entre os médicos de família, o nível de qualificação profissional foi um desencadeador determinante: aqueles com níveis de estudo discrepante ao posto que ocupam apresentaram altos níveis de exaustão emocional[2].

Quanto a medicina interna, especialidade que apresentou o quarto maior índice de casos, foram citados que o contato contínuo com o sofrimento e a morte, assim como impacto negativo do stress ocupacional sobre a vida familiar tinham forte potencial desencadeante de SB, com impacto negativo em todas as suas dimensões. Fatores protetores não só nesta, mas em todas as especialidades analisadas no presente texto seriam otimismo e satisfação com o trabalho[2].

A quinta maior prevalência de SB foi evidenciada entre os ortopedistas, que associaram sua presença ao pouco tempo de lazer a despeito da alta demanda laboral, que traz consigo cargas físicas e psicológicas[2].

Já em se tratando das cinco especialidades com menores frequências da SB referidas pelo estudo, constatou-se a maior prevalência em psiquiatras. Foram elencados que o reconhecimento profissional por parte dos pacientes e o processo de formação contínua atuam como fatores protetores, assim como o horário estável de trabalho que possibilita momentos de descanso. O quarto menor número de casos foi descrito em oncohematologistas pediátricos, com os fatores protetores citados constituídos pela chance de aliviar a dor, evitar mortes, prevenir doenças e o reconhecimento por parte das famílias assistidas, assim como a alta taxa de cura de tumores malignos na população infantil[2].

Em relação aos anestesistas e dermatologistas, respectivamente segunda e terceira especialidades com menor frequência de SB, notou-se que há influência dos países dos mesmos e a SB. A menor prevalência estabeleceu-se em nações com economias menos desenvolvidas. Porém, foi também salientado que existem poucos estudos com anestesiologistas para uma resposta fidedigna. Nos oncologistas, foi encontrada a menor frequência da SB, com fatores protetores como hábito de praticar atividades físicas e recreativas ou trabalhar exclusivamente em instituições públicas[2].

Alguns dos fatores universalmente citados por todas as especialidades foram a falta de contrato fixo, levando à incerteza profissional, a burocracia constante, o alto número de pacientes atendidos e a falta de diálogo institucional. Além disso, há também relação entre SB e tabagismo, ingesta de álcool ou uso de medicação psicotrópica[2].

Opções citadas para reverter os altos índices de SB nas diversas especialidades são o investimento na atenção primária, de modo a incentivar a medicina preventiva, além do aumento de distribuição multidisciplinar do serviço e da quantidade de médicos disponíveis por instituição. Apesar disto, os fatores protetores aparentam relacionarem-se à personalidade de cada indíviduo e do que almejam profissionalmente[2].

Através das diversas análises, percebe-se que o surgimento da SB no indivíduo é oriundo de um processo dinâmico, com diferentes estágios. Opções de abordagem seriam a psicoterapia em grupo, o exercício físico e as atividades de lazer. A constatação final é

de que a relação entre certas variantes e a SB não foi bem esclarecida, como a idade, sexo, horas de trabalho, estado civil e nível de experiência, muito devido à disparidade do número de estudos realizados nas diferentes especialidades médicas e aos diferentes critérios interpretativos dos itens do MBI[2].

RESULTADOS E DISCUSSÃO (MÉDICOS RESIDENTES)

A residência médica, hoje elencada como a melhor alternativa de especialização para médicos, traz consigo questões de ordem física, psiquíca e emocional - como o isolamento social, cansaço, depressão e estresse. Todos estes fatores podem repercutir na qualidade de vida destes profissionais e na eficiência do serviço prestado pelos mesmos. Em tais casos, a aplicação do questionário MBI vem evidenciando elevada prevalência de SB entre os médicos residentes.

Segundo Oliveira e cols, a frequência de SB nos médicos residentes atinge níveis elevados quando analisado o questionário MBI e suas 3 dimensões. Na análise citada, ocorre predomínio de exaustão emocional seguida por sentimentos de diminuição da realização pessoal, levantando ainda a hipótese de que a própria exaustão emocional pudesse ser o fator desencadeante da despersonalização[3].

Outra constatação mostrada nos diversos estudos é que a SB apresenta frequências diferentes na comparação entre países, centros hospitalares, período da residência e até mesmo sexo. Em um estudo transversal realizado com 151 médicos residentes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre entre os meses de dezembro de 2015 e janeiro de 2016, a Síndrome de Burnout esteve presente em 123 participantes (81,5%). No mesmo estudo, concluiu-se que o gênero masculino e residentes do segundo ano apresentaram maior possibilidade estatística de desenvolver a síndrome em questão. Outra pesquisa quantitativa, descritiva e transversal, realizada no Hospital Ophir Loyola, em Belém – Pará, chegou ao resultado de que 80,9% apresentam a síndrome começando a se instalar, 12,8% encontravam-se na fase inicial de Burnout e 6,4% já estavam em uma fase considerável de Burnout. Quanto ao ano de residência, a grande maioria daqueles que responderam aos questionários (34%) estava no primeiro ano de residência. Foi observado ainda predominância do sexo feminino, com 57,4%. Já Blanchard e cols. avaliaram 204 médicos residentes de hospitais universitários franceses e encontraram a prevalência de

SB em 44%. Segundo relato de Curvinel Oliveira e cols, na aplicação de questionários para análise de SB em 218 residentes de serviços de emergência dos Estados Unidos, a SB foi definida em 67% dos participantes, pela presença de pelo menos um de seus domínios[4].

No Brasil, apesar dos estudos citados acima, ainda não foi possível comparar adequadamente a frequência de SB entre as diferentes especialidades e centros hospitalares pelo pequeno número de participantes oriundos das diversas especialidades e anos de residência. Outro fator influenciador das pesquisas realizadas em todo o mundo é a carga horária: foi evidenciado que aqueles que trabalhavam mais horas por semana do que o preconizado pelas normas de trabalho estavam mais predispostos. Foram citados também nos diversos estudos e pesquisas fatores desencadeadores, como excesso de trabalho, pouco suporte dos supervisores e pouca autonomia na tomada de decisão. Quando avaliadas também variáveis dissociadas dos questionários sociodemográficos, Cruvinel Oliveira e cols descreve maior frequência de SB em residentes que não tinham tempo para atividades de lazer, não possuíam crença religiosa ou que apresentavam comorbidades crônicas[3].

Diversos estudos, como Asaiag e cols., realizado no Hospital Universitário de Curitiba, não encontraram diferença significativa na SB entre os sexos nos médicos residentes. Já Al-Youbi demonstrou maior probabilidade de residentes do sexo masculino (40%) atingirem níveis de esgotamento profissional em comparação às mulheres (31%) ($p = 0,012$). É ainda salientado que, como a SB é multifatorial, é possível que existam fatores protetores (compreensão do cônjuge, relacionamento estável), não avaliados com o questionário MBI[3].

Há diversas divergências entre autores que avaliaram SB em médicos residentes também quanto à influência de idade, estado civil e atividade física, mas, novamente, salienta-se que apenas a avaliação longitudinal e com maior número de participantes permitiria avaliar áreas críticas e propor medidas de prevenção da SB[3,4].

REFERÊNCIAS

1. SANTINI, Joarez. Síndrome do esgotamento profissional Revisão Bibliográfica. **Movimento (ESEFID/UFRGS)**, v. 10, n. 1, p. 183-209, 2004.
2. MOREIRA, Hyan de Alvarenga; SOUZA, Karen Nattana de; YAMAGUCHI, Mirian Ueda. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 43, 2018.
3. OLIVEIRA, Paulo Roberto Cruvinel et al. Frequência da Síndrome de Burnout em médicos residentes. **Revista Residência Pediátrica**, v. 9, n. 2, p. 91-96, 2019.
4. BOND, Marina Macedo Kuenzer et al. Prevalência de Burnout entre Médicos Residentes de um Hospital Universitário. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 3, p. 97-107, 2018.

CAPÍTULO XXX

PRODUÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO SETOR DE TOCOGINECOLOGIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Larissa Kelly Cunha Costa[139]; Maise Bessa Marques Santos[140];
Ingrid Raiza Rodrigues Soares[141]; Conceição do Socorro Damasceno Barros[142].
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-30

RESUMO:
A Enfermagem em ginecologia e Obstetrícia tem enorme importância em contribuir para a melhoria do cuidado em saúde, por meio da busca de conhecimento crítico e reflexivo, individual e coletivo. Cerca de 830 mulheres morrem todos os dias de complicações relacionadas a gravidez ou ao parto em todo mundo. Fornece conhecimento para profissionais. Cuidados em obstetrícia e ginecologia que podem ser melhorados pela experiência e aprimorados com os conhecimentos teóricos decorrentes da pesquisa, práticas clinicas e observação. Quais as publicações disponíveis nas bases de dados nacionais que identificam quais os procedimentos realizados nos setores obstétricos? Quais os profissionais que atuam nesses setores? Identificar na base de dados cientifica, estudos sobre os procedimentos realizados pelas publicações a respeito dos procedimentos realizados pela equipe multiprofissional nos setores do centro obstétrico (CO) e sala de pré-parto, parto e pósparto (PPP), publicados nos anos de 2009 a 2019. Trata-se de um estudo exploratório retrospectivo com abordagem quali-quantitativa, e para atingir o objetivo geral, o método RIL foi escolhido por meio da coleta de dados de artigos das seguintes bases de dados on-line: SCIELO, LILACS, BDENF. Isso resultou em 16 artigos, sendo discutidos destes: as bases de dados, ano de publicação dos artigos, área de formação de escritores, trabalho da equipe multiprofissional e procedimentos citados nos artigos. Desta maneira os procedimentos ginecológicos e obstétricos são temas relevante na enfermagem e para outras áreas, que deve está em debate constante na comunidade cientificas, para que se ofereça um serviço de qualidade, se refletindo em uma assistência humanizada, para isso deve-se sempre se manter atualizado sobre novos procedimentos, buscando sempre atualizações profissionais, para que se ofereça um serviço de qualidade e eficaz para estas mulheres.
PALAVRAS-CHAVE: Ginecologia. Obstetrícia. Equipe multiprofissional.

139 Enfermeira graduada pelo Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA. E-mail: lkbabyk@hotmail.com
140 Enfermeira graduada pelo Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA e Pós-graduanda do curso de Urgência e Emergência em enfermagem na ESAMAZ. E-mail: maisebessa.mb@gmail.com
141 Enfermeira graduada pelo Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA e Pós-graduanda do curso de Urgência e Emergência em enfermagem na ESAMAZ. E-mail: inraizasoares@gmail.com
142 Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Internacional Três fronteiras (UnINTER). Lattes: http://lattes.cnpq.br/7818503597048856 . E-mail: enfcao@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A história da ginecologia e da obstetrícia no Brasil, assim como da saúde em geral, é marcada pelas dificuldades relativas à formação e à prática durante a época colonial e por um processo de crescente institucionalização a partir do começo do século XIX. Muitas vezes, a formação dos primeiros médicos e a confecção dos primeiros tratados portugueses direcionados à prática da arte obstétrica são apresentados como os marcos iniciais dos rudimentos de uma especialidade que, com grandes dificuldades, chegava ao Brasil colonial. Como para o restante da Europa, a medicina praticada na metrópole ressentia-se da divisão entre a prática médico-cirúrgica, realizada por 72 indivíduos 'pouco instruídos', e a medicina propriamente dita, caracterizada pela ausência de conhecimentos anatômicos (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2017).

Segundo a OPAS (Organização Pan-americana de Saúde., 2018) Cerca de 830 mulheres morrem todos os dias por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto em todo o mundo, estima-se que em 2015 cerca de 303 mil mulheres morreram durante e após a gravidez e o parto. Quase todas essas mortes ocorreram em ambientes com poucos recursos sendo que a maioria delas poderia ter sido evitada. Dessa forma a Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia tem uma enorme importância em contribuir para a melhoria da atenção através da busca pelo conhecimento crítico e reflexivo, individual e coletivo.

As dificuldades encontradas para que se tenha um trabalho multiprofissional e interdisciplinar são muitos, principalmente se considerarmos a necessidade de romper com uma prática ainda fragmentada, fruto de formação disciplinar e de valorização das especializações, bem como da própria forma como o trabalho na área da saúde tem se estruturado. Com a equipe multiprofissional é possível prestar um atendimento integral e universal para os pacientes dos serviços, pois cada profissional pode observar o paciente de forma na qual ele possa ser acolhido, atendido e tratado conforme suas particularidades e necessidades atuais (LIMA, 2019).

Para um bom atendimento de uma equipe multiprofissional se faz necessário uma comunicação efetiva, reconhecimento de todos os profissionais envolvidos, construção de objetivos comuns, promover uma decisão compartilhada, construir um projeto assistencial comum, promover autonomia conforme cada especialidade (LIMA, 2019).

Este trabalho objetivou identificar nas bases de dados cientificas, estudos acerca da atuação profissional e principais procedimentos realizados nos setores do centro obstétrico (CO) e sala de pré-parto, parto e pós-parto (PPP), publicados nos anos de e janeiro de 2009 a janeiro de 2019.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório retrospectivo com abordagem quanti-qualitativo, e para o alcance do objetivo geral, optou-se pelo método da RIL, realizada por meio de coletas de dados de artigos das seguintes bases de dados online: SCIELO, LILACS, BDENF. Essa etapa se deu através de buscas em bases de dados com objetivo de alcançar os resultados esperados.

A pesquisa dividiu-se em cinco etapas: **Etapa I**: foi definido o tema; **Etapa II:** foram feitas buscas nas bases de dados para que fosse alcançada uma quantidade significativa de artigos a quais estivesse de acordo com os critérios de inclusão; **Etapa III:** foi realizada a busca de forma minuciosa na literatura, com o intuído de enquadrar artigos as quais se encaixassem nos critérios de inclusão; **Etapa IV:** foi realizada a análise dos dados obtidos durante toda a coleta realizada; **Etapa V:** foi realizada a discussão e a interpretação de todos os resultados obtidos durante a construção deste trabalho.

Este estudo seguiu as normas preconizadas pelo Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), assim sendo, garantiu-se a autoria dos artigos pesquisados, utilizando as devidas citações e referencias dos autores nas normas da Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT). Respeitando desta forma as normas da resolução do CONEP 510/2016.

RESULTADOS E DISCURSSÕES

Através das etapas a serem seguidas para a construção da RIL foi possível obter, respostas a pergunta norteadora da pesquisa, do mesmo modo como sendo observado objetivos específicos que foram expostos anteriormente. Assim para uma discussão adequada foi utilizado uma busca na BVS com os seguintes termos: Equipe. Procedimento. Ginecologia e obstetrícia. E aplicado os critérios de inclusão e exclusão

para uma melhor análise, que facilita a discussão sendo realizado uma leitura profunda dos 16 artigos resultantes, sendo os mesmos categorizado na tabela 1 abaixo.

Tabela 1: Dados dos artigos segundo critério de inclusão e exclusão

N° do estudo (NE)	Base de dados	Título	Autores	Formação profissional dos autores	Ano
1	BDENF/ LILACS	Assistência De Enfermagem À Gestante em Trabalho de Parto Prematuro	DUARTE, M.M; FREIRE, E.E.G; OLIVEIRA, J.F.B.	Enfermagem	2015
2	SCIelo	A Mulher Que Vivencia as Cirurgias Ginecológicas: Enfrentando as Mudanças Impostas Pelas Cirurgias	SILVA, C.M; VARGENS, O.M.C;	Enfermagem	2016
3	SCIelo/ LILACS	Modelos de Assistência ao Parto e Taxa de Cesárea Em Diferentes Procedimentos	PATAH, L.E.M; MALIK, A.M.	Enfermagem	2011
4	BDENF	A Assistência Obstétrica ao Parto e Nascimento na Percepção das Mulheres	DULFE, P.A.M. *et al.*	Enfermagem	2017
5	BDENF	Perfil Epidemiológico de Mulheres Submetidas a Cirurgia na Unidade de Ginecologia de um Hospital Universitário.	PRIMO, C.C. *et al.*	Enfermagem	2012
6	BDENF	Cuidados de Enfermagem Frente aos Riscos Evidenciados na Gravidez Ectópica	NASCIMENTO , J.L.B. *et al.*	Enfermagem	2019
7	LILACS	Situações de Emergência Relacionadas à Gravidez Molar	ABREU, E.M.F.*et al.*	Medicina	2009
8	BDENF	Vivências da Mulher Frente À Histerectomia: Aspectos Emocionais	TRISTÃO, F.R. *et al*	Enfermagem	2016
9	BDENF	Cuidado Obstétrico: Desafios Para a Melhoria da Qualidade.	PORTELA, M.C. *et al.*	Enfermagem	2018
10	BDENF	Cuidado de Enfermagem à Mulher em Situação de Aborto: Revisão Integrativa	STREFLING, I.S.S. *et al*	Enfermagem	2015

11	BDENF	Situação de Abortamento: uma Compreensão Ética e Humanizadora do Cuidado de Enfermagem	SILVA. E.D; CORDEIRO, B.F; SILVA, J.S;	Enfermagem	2016
12	SCIELO	Integralidade na Atenção Obstétrica no Sistema Único de Saúde (SUS): Reflexão À Luz da Teoria da Complexidade de Edgar Morin	SANTOS, F.A.P.S;	Enfermagem	2016
13	BDENF	As Implicações da Histerectomia nas Mulheres em Idade Reprodutivas: Percepção dos Enfermeiros Bloco Operatório, do Hospital Dr. Baptista de Sousa	ROCHA, R.H.D;	Enfermagem	2016
14	BDENF/ LILACS	Atualização no Diagnóstico E Tratamento da Gravidez Molar	FERRAZ.L. *et al.*	Medicina	2015
15	LILACS	Violência Institucional Contra a Mulher Em Situação de Abortamento e a Assistência de Enfermagem	SILVA, P.F.C; CORDEIRO, C.S; SILVA, T.M.A;	Enfermagem	2012
16	LILACS/ SCIelo	Desfechos Cirúrgicos E Complicações de Laparoscopias Ginecológicas em Hospital Universitário Brasileiro No Período De 2014 A 2016	GOMES, T.C. *et al.*	Medicina	2018

Fonte: Dados da pesquisa

É possível observar diante dos 16 artigos, que a maioria cita os procedimentos e a atuação dos profissionais, neles deixando um pouco de lado o número de ocorrência de cada procedimento e não os detalhando muito. Através da análise é possível observar que dos 16 artigos encontrados 10 (53%) eram da base BDENF, 6 (31%) da base LILACS,3 (16%) da Base Scielo.

A realização de pesquisas é fundamental na área de saúde para que os pacientes recebam o atendimento adequado, assim esperasse que o nível de produção científica seja suficiente para sanar dúvidas e elencar melhores resultados para a saúde pública em geral. (SHIA *et al*., 2011). As bases encontradas durante a pesquisa, são bases conceituadas e reconhecidas, observou-se que segundo as bases pesquisadas, a base de dados da

enfermagem é a que mais publica trabalhos acerca da temática em estudo, o que demonstra a preocupação da temática pela categoria.

De 16 artigos, 6 (44%) relatam somente a atuação de enfermagem, 3 (19%) relatam somente a atuação do médico, 7 (37%) relatam a atuação da equipe multiprofissional. Observam-se que a maioria dos artigos relatam a importância da atuação da equipe multiprofissional, como relata Santos et al (2016), autores do artigo 12, a atuação da equipe multiprofissional frente os procedimentos ginecológicos e obstétricos são de suma importância para que se tenha uma assistência adequada, oferecendo assim uma melhor construção no atendimento sendo considerado todas as questões e necessidades que envolvem o paciente.

Ao analisar os artigos em questão, 9 (64%) citam o procedimento de parto normal e 5 artigos (36%) relatam aborto. Os partos vaginais podem ser diferenciados em: partos vaginais cirúrgicos – que acontecem normalmente nos hospitais com intervenções médicas como anestesia, aplicação de ocitocina (hormônio sintético que induz as contrações uterinas), episiotomia (corte vaginal) etc.; e partos vaginais naturais – quase sem intervenções ou apenas se necessárias. O parto normal pode ser realizado em posições variadas, como deitada, de cócoras, ou utilizando uma cadeira de parto. Há também a possibilidade de ser realizado na água, em uma banheira apropriada. Quanto aos locais, em maternidades há mais recursos de assistência para a mãe e o recém-nascido, mas há quem opte por ter o bebê em casas de parto ou no domicílio (SANTOS *et al.*,2016).

Com relação aos casos que relatam o aborto, o mesmo consiste em um problema de saúde pública, bem como de cunho social em países em desenvolvimento, como o Brasil. Realizar aborto neste país é crime, sendo permitido somente em duas circunstâncias: no caso de violência sexual, estupro ou de riscos à vida da mulher, conforme o artigo 128, I e II do código penal brasileiro. Apesar da ilegalidade da prática, abortos têm ocorrido nas mais diversas condições, por vezes, induzidos pela própria mulher ou realizados por leigos, em condições precárias, ocasionando danos à saúde (SILVA., *et al* 2016).

Ao aprofundar a análise nos artigos encontrados, percebesse ainda, que eles também citam os procedimentos realizados no CO: 4 (19%) cesariana, 1 (5%) mioma, 6 (29%) histerectomia, 3 (14%) laparotomia, 2 (9%) mola hidatiforme, 4 (19%) câncer e 1

(5%) gravidez ectópica.

A histerectomia, cesárea e a Laparotomia foram um dos procedimentos mais citados nos 16 artigos, o Autor do artigo 2, Silva e Vargem (2016), explicam que a histerectomia é a cirurgia mais realizadas e países desenvolvidos devidos, sendo está podendo ser total ou parcial. Para Tristão *et al*. (2017), do artigo 8 a histectomia é ocasionada por alguma patologia ginecológica, ou seja, o útero era o "causador de problemas" e estava interferindo em sua qualidade de vida. Já a Laparotomia segundo Primo *et al*. (2012), é um procedimento cirúrgico que corresponde a cerca de 14% de todos os procedimentos ginecológicos.

Dulfeet *et al*. (2017), relata que a cesárea ainda é um dos maiores procedimentos realizados, isso porque alguns médicos acreditam na facilidade da realização deste procedimento e acreditam ser mais seguros para mãe e bebê, porem ele relata que deve sempre buscar respeitar a vontade da mulher que fica exposta a este procedimento cirúrgico. Para Primo *et al*. (2012), a patologia Mioma é um procedimento que acarreta dois tipos de procedimento cirúrgico ginecológico amiomectomia ou histerectomia, estes acontecem cerca de 7,8% dos casos. Esta é uma patologia que acaba acarretando o parto prematuro como relatado pelo artigo 1(Assistência De Enfermagem À Gestante em Trabalho de Parto Prematuro).

Notasse que o procedimento mais comum foi muito mais detalhado nos artigos encontrados, porém outros procedimentos realizados na ginecologia não podem ser esquecidos e deixados de lados, pois estes são importantes para a área como a mastectómia, cerclagem, revisão de canal de parto, restauração da parede uterina e outros. Todos são procedimentos essenciais e que merecem ser estudados e relatados com mais frequência para gerar conhecimento amplo na área em questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os resultados encontrados, percebe-se a carência de pesquisas relacionadas ao setor de tocoginecologia, tanto com a atuação da equipe multiprofissional quanto a descrição e contabilidade dos procedimentos realizados no setor, é de suma importância que os procedimentos sejam relatados para uma melhor assistência dos profissionais, que desencadeia um avanço na assistência da equipe e na gerência do hospital.

Ao abordar os procedimentos ginecológicos e obstétricos lidamos diretamente com a mulher que recebe os cuidados neste contexto que muitas vezes é cirúrgico, o enfermeiro deve ser capaz de compreender que fatores individuais e socioculturais interagem para compor o entendimento da mulher sobre o processo vivenciado com a cirurgia. Conhecer esses significados atribuídos por ela e a maneira como ela interpreta o que lhe aconteceu é uma importante ferramenta para o cuidado. Sob esta perspectiva, a enfermeira pode ser um agente fundamental para contribuir que a mulher encontre seu próprio caminho de superação diante das dificuldades por ela enfrentada.

Porém a atuação não se deve somente ao enfermeiro e sim a uma equipe multidisciplinar que, mantendo sempre o conhecimento atualizado sobre estes procedimentos. Por isso é importante ter noção dos procedimentos no setor de tocoginecologia e como o serviço multiprofissional deve agir diante destes, para se ter uma noção do serviço ofertado as mulheres que usufruem do mesmo, buscando sempre melhorias.

Desta maneira os procedimentos ginecológicos e obstétricos são temas relevante na enfermagem e para outras áreas, que deve está em debate constante na comunidade cientificas, para que se ofereça um serviço de qualidade, se refletindo em uma assistência humanizada, para isso deve-se sempre se manter atualizado sobre novos procedimentos, buscando sempre atualizações profissionais, para que se ofereça um serviço de qualidade e eficaz para estas mulheres.

REFERÊNCIAS

ABREU, E.M.F.; FARNESE, L.C.; RESENDE, I.S.; COUTINHO, C.F.A.; SANTIAGO, F.F.; PALMIERI, B.J.; SOUZA,E.C.; SOUSA, K.S.; KRETTLI, S.C. Situações de Emergência Relacionadas À Gravidez Molar. **Rev. Med Minas Gerais.** 2009; 19(2 Supl 3): S18-S22.

Brenda G. Bare, Suzanne C. Smeltzer, Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever. **Brunner&Suddarth:** Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 4 Volumes 12ª edição, 2011.Editora: Guanabara Koogan. 1172 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestação de Alto Risco**: manual técnico. 5 ed. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2012.

DUARTE, M.M. P.; FREIRE, E.E.G.; OLIVEIRA, J.F.B. Assistência de Enfermagem À Gestante em Trabalho de Parto Prematuro.**Rev. Interfaces: Saúde, Humanas e**

Tecnologia, Vol. 3, Nº 1. 2015.

DULFE, P.A.M.; BARCELLOS, J.G.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, P.D.; PEREIRA, A.V.; SILVA, A.G. A Assistência Obstétrica ao Parto e Nascimento na Percepção das Mulheres.**Rev. enferm UFPE**., Recife, 11(Supl. 12):5402-16, dez., 2017.

BRASIL, PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. **Lei Nº 12.842, De 10 De Julho De 2013.**Dispõe sobre o exercício da Medicina. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal:** versão resumida. Brasília. Ministério da Saúde, 2017.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem. **Lei n° 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Disponível em: <www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html>. Acessado em: 29 de MAR.2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 516/2016 – Alterada Pela Resolução COFEN Nº 524/2016**.Que normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz, na assistência a gestantes, parturientes, puérperas, e recém-nascido nos serviços de obstetrícia, centros de parto nomal e/ou casas de parto e outros locais onde possua essa assistência. 2016.

COFEN, nº 543/2017. BRASIL, 24 maio. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html.

DIAS, C.F.C.; FONSECA, G.G.P.; PARCIANELLO, M.K.; GEHLEN, M.K.P. Situação De Abortamento: Uma Compreensão Ética E Humanizada Do Cuidado De Enfermagem. **Rev.Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 14, n. 1, p. 23-30, 2013.

FERRAZ, L.; LOPES, P.F.; AMIM-JÚNIOR, J.; REZENDE-FILHO, J.; MONTENEGRO, C.A.B.; BRAGA, A.Atualização no diagnóstico e tratamento da gravidez molar. **Rev. Jornal Brasileiro de Medicina.** vol. 103. Nº 2/2015.

FONTELLES, R.G.S.; FARIAS, S.H.; SIMÕES, G. M. **Metodologia Da Pesquisa Científica: Diretrizes Para A Elaboração De Um Protocolo De Pesquisa**. Belém-Pa. Ago.2009. Disponível em: www.files.bvs.br/upload/S/01015907/2009/v23n3/a1967.pdf.>. Acessado em: 03 de FEV.2019.

elbcke; F. L; Eliane Matos, E; Sallum, N. C**. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar**. Rev. Tempus, Brasilia, v. 6, n. 4, p. 31-39. 2012. Disponível em: http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1202/1087> Acesso em: 19/06/2019.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo. Atlas, 2011.

GLOBO. **Mais de 60% dos Hospitais Públicos Estão Sempre Superlotados**.2014 Disponível em: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2014/03/mais-de-60-doshospitais-publicos-estao-sempre-superlotados.html>. Acessado em: 04 de FEV.2019.

GOMES, T.C.; AUGUSTO,K.L.; MACHADO,S.L.N.; AMÂNCIO,M.C.; MONTEIRO,G.M.M.; MACHADO, L.I.Desfechos Cirúrgicos e Complicações de Laparoscopias Ginecológicas em Hospital Universitário Brasileiro no Período de 2014

A 2016.**Rev Med UFC**. 2018;58(4):33-39

LEIFER, G. **Enfermagem Obstétrica**. 11ª ed. Eselvier Brasil. 2013.

LEITE A.R, et al. Acidentes de trabalho com exposição a material biológico na enfermagem em unidades de pronto atendimento. **Rev.enferm UFPE online**. v. 8, n. 4, p. 910-8, abr., 2014

LANZONI, G.M.M, MEIRELLES, B.H.S. **Liderança do enfermeiro:** uma revisão integrativa da literatura. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011; 19:651-8.

MORON, Fernandes Antônio. CARMANO, Luiz. JUNIOR, Luiz Kulay. **Obstetricia.** 1ª edição, 2011. Editora: UNIFESP. 823-847 p.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia**. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. MANOEL CARLOS N. DA SILVA. Resolução

NASCIMENTO, L.B.; ZANOVELLO, S.C. GALBARINI, T.M.C.F.; OLIVEIRA, D.M.C. Cuidados de Enfermagem Frente Aos Riscos Evidenciados Na Gravidez Ectópica. **Rev. Braz J hea Rev**. Vol2, N.2.2019

ORGANIAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Folha Informativa** - Mortalidade Materna. 2018a. Acessado em: 19 Maio, 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820>

ORGANIAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. OPAS.OMS Emite Recomendações Para Estabelecer Padrão de Cuidado Para Mulheres Grávidas e Reduzir Intervenções Médicas Desnecessárias. 2018b. **Acessado em: 29 de Mai.2019.** Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5596:oms-emite-recomendacoes-para-estabelecer-padrao-de-cuidado-para-mulheres-gravidas-ereduzir-intervencoes-medicas-desnecessarias&Itemid=820>

PAIXÃO, C.M.; CORREA, G.C.S. AAtuação Do Assistente Social Em Âmbito Hospitalar: Uma Abordagem a Partir do Hospital e Maternidade Municipal de São José de Ribamar(MA).**Rev. Instituto de Ensino Superior Franciscano.**2017-10

PORTELA, M.C.; REIS, L.G.C.; MARTINS, M.; RODRIGUES, J.L.S.Q.; LIMA, S.M.L. Cuidado Obstétrico: Desafios Para A Melhoria da Qualidade. **Rev. Cad. Saúde Pública** 2018; 34(5):e00072818

ROCHA, R.H.D. As Implicações da Histerectomia nas Mulheres em Idade Reprodutivas: Perceçãodos Enfermeiros Bloco Operatório, do Hospital Dr. Baptista de Sousa. **Rev.do conhecimento**. Vol.4.2016

SANTOS, F.A.P.S.; ENDERS, B.C.; SANTOS,E.P.; DANTAS.D.N.A; MIRANDA.L.S.M.V.Integralidade E Atenção Obstétrica No Sistema Único De Saúde (SUS): Reflexão À Luz Da Teoria Da Complexidade De Edgar Morin. **Rev.Escola Anna Nery** 20(4) Out-Dez 2016

SAMPIERI, Roberto Hernández. COLLADO, Carlos Fernández. PILAR, Lucio Baptista. **Metodologia da pesquisa.** 5ª edição, 2017. Editora: Penso. 33 p.

SANTOS, M.B.; MARTINS, J.V.; CRUZ, J.P.S.; BURITI, J.S. Papel da Fisioterapia em Obstetricia: Avaliaão do Nivel de Conhecimento por Partes dos Médicos e Equipe de Enfermagem, Gestantes e Puérperas da Rede Pública de Barueri/SP. **Rev. Bras. Pesq.** Saúde, Vitória, 19(2): 15-20, abr-jun, 2017

SHIWA, S.R.; COSTA,L.O.P.; MOSER, A.D.L.; AGUIAR, I.C.; OLIVEIRA, L.V.F. PEDro: A Base De Dados De Evidências Em Fisioterapia.**Rev.Fisioter Mov**. 2011 jul/set;24(3):523-33

SILVA, P.A.; da SILVA, G.M.L.;RODRIGUES, J.D.;de MOURA, P.V.; CAMINHA, I.O.; FERREIRA,D.K.S. Atuação Em Equipes Multiprofissionais de Saúde: Uma Revisão Sistemática., **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal**, 2013. Disponível em: https://www.redalyc.org/html/929/92926313018/. Acesso em: 8 MAI 2019.

SILVA,P.F.C.; CORDEIRO, C.S.; SILVA, T.M.A.; Violência Institucional Contra A Mulher em Situação de Abortamento e a Assistência de Enfermagem.**Rev. Saúde em Foco**. v. 1, n. 1. 2016.

SILVA, C.M.C.; VARGENS,O.M.C. A Mulher Que Vivencia As Cirurgias Ginecológicas: Enfrentando as Mudanças Impostas Pelas Cirurgias.**Rev. Latino-Am. Enfermagem**2016;24:e2780

SOUZA, L.V. Fontes Para a História da Ginecologiae Obstetrícia no Brasil. **Rev.História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro.v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.1129-1146

STREFLING, I.S.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; DEMORI, C.C.; SOARES, M.C.; SANTOS, C.P. Cuidado De Enfermagem À Mulher em Situação de Aborto: Revisão Integrativa.**RevEnferm UFSM.** 2015. Jan/Mar;5(1):169-177

TRISTÃO, F.R.; MACHADO, M.P.; GRACIA, O.R.Z.; LIMA, D.K.S. Vivências Da Mulher Frente À Histerectomia: Aspectos Emocionais. **Rev. Rede de Cuidados em Saúde**. v. 11, n. 1 2017.

PATAH, L.E.M.; MALIK,A.M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **RevSaude Publica**2011;45(1):185-94

PRIMO, C.C.; PLASTER, F.A.; BRAVIN, M.B.; LEITE, F.M.C.; LIMA, E.F.A. Perfil Epidemiológico de Mulheres Submetidas a Cirurgia naUnidade de Ginecologia de Um Hospital Universitário. **Rev. Min. Enferm.**;16(4): 494-501, out./dez., 2012.

CAPÍTULO XXXI

SIMULAÇÃO REALÍSTICA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA FORMAÇÃO DE FARMACÊUTICOS

Rosângela da Silva Costa[143]; Andréia dos Santos Leal[144];
Ideane Monteiro de Oliveira[145]; Rubenilson Corrêa do Nascimento[146].
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-31

RESUMO:
O uso da metodologia de Simulação Realística (SR) tem sido aplicado nas mais diferentes áreas, sobretudo em países europeus e nos Estados Unidos da América, devido a capacidade de envolver ativamente os graduandos na problematização de situações que exigem ação profissional contígua. O objetivo do estudo foi para realizar uma revisão sistemática acerca da SR na formação de profissionais de saúde e seus possíveis impactos, principalmente para a formação de farmacêuticos. Para a realização deste trabalho, foi realizada uma revisão bibliográfica de abordagem qualitativa do tipo descritiva da literatura. Para a realização da busca de produção científica, foram utilizados os descritores na combinação simples (exemplo a ANDb): *Simulação Realística; Ensino;* e *Capacitação*, no período de 2014 a 2019 em bases de dados científicos. A seleção dos trabalhos foi realizada diante o estabelecimento de critérios, sendo estes: categoria do trabalho (artigo original ou relato de experiência) relação com a área da saúde, idioma de publicação (português) e acesso gratuito. Os estudos repetidos, bem como os que não estavam de acordo com os limites de busca preconizados, foram descartados. Os resultados evidenciam que a maior parte dos estudos, são realizados com grupos multidisciplinares, dentre os quais se pode destacar enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e farmacêuticos. Dentre estes trabalhos, apenas um, foi realizado exclusivamente com acadêmicos de Farmácia, o que indica que a SR poderia ser mais utilizada durante a formação deste profissional de saúde, uma vez que sua aplicação durante o desenvolvimento dos acadêmicos, possibilita a capacidade de ação, bem como reflexão acerca de sua assistência, além da identificação de erros, sem expor os pacientes a riscos, como seria em situações reais.
PALAVRAS-CHAVE: Habilitação. Treinamento. Realidade Simulativa.

INTRODUÇÃO

O termo Simulação Realística (SR) é utilizado para denominar uma, dentre as

143 Graduada no curso de Bacharelado em Farmácia por meio da instituição Estacio, polo castanhal- PÁ. E-mail: rosangeladasilvacosta5@gmail.com
144 Pós-graduação em farmácia clínica e gestão de consultório farmacêutico, ICTQ. E-mail: andreiafarma.5@gmail.com
145 Pós-graduada em farmácia clínica e gestão em consultório farmacêutico, ICTQ. E-mail: idebem@hotmail.com
146Pós-graduação em farmácia clínica e gestão em consultório farmacêutico, ICTQ. E-mail: rubenilsoncorrea@hotmail.com

diversas metodologias ativas de ensino, utilizadas para construção do conhecimento e que subsidia o aprendizado. Estudos recentes, [1,2] evidenciam a aplicação da SR na área da saúde e destacam sua importância na formação de profissionais. Pessoa *et al* [3] afirmam que a SR é um mecanismo inovador que amplia as inclusões entre a teoria e a prática, em um ambiente seguro, com intuito de oferecer melhores oportunidades de treinamento e aprendizagem, e desta forma, contribuir positivamente para a formação de diversos profissionais [3].

De acordo com as diretrizes curriculares nacionais, a formação do Bacharel em Farmácia deve considerar as necessidades da sociedade, juntamente com a atenção integral ao sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência. Em conjunto com o trabalho em equipe, com destaque ao Sistema Único de Saúde. Nesta perspectiva, o processo de desenvolvimento do farmacêutico deve ser pautado no tripé cidadão, família e comunidade e relacioná-lo aos processos saúde-doença de acordo com a realidade epidemiológica[4,5].

Neste sentido, esta disposição holística e de acordo as preconizações nacionais e internacionais, requisita a este profissional de saúde, a capacidade de enxergar a prática clínica, juntamente com a atenção farmacêutica, como meios não tão somente de proporcionar melhor qualidade de vida, e sim de contemplar os objetivos globais de saúde[6-8].

No Brasil, o farmacêutico tem grande responsabilidade na área da saúde, a ele cabe estudar, planejar e produzir medicamentos, orientar sua utilização, além de organizar a logística de venda. Além de compreender a ação dos fármacos no organismo, a dosagem ideal de acordo com o peso e a idade, bem como, as quantidades e medidas ingeridas que podem ser tóxicas e assim promover efeitos deletérios à saúde dos pacientes[9].

Como a profissão é regularizada, o indivíduo que almeja atuar nesta nessa área, precisa obter um registro no Conselho Regional de Farmácia (CRF) de seu estado, após a finalização do curso de bacharelado. A estes profissionais de saúde, são designadas à responsabilidade técnica de produção de cosméticos e medicamentos em qualquer escala. Além da possibilidade de trabalhar em drogarias e farmácias, ou até mesmo atuar diretamente na fiscalização sanitária, [10] porém, nem sempre foi assim.

No século dezesseis, não existiam Farmácias e Drogarias, sendo às Boticas (caixas de madeira com divisões, ocupadas por produtos terapêuticos ou preparações medicamentosas) designadas a função de produzir e difundir as práticas e conhecimentos terapêuticos. No Brasil, elas foram trazidas sobretudo por boticários, jesuítas e cirurgiões-barbeiros e os "preparados" eram produzidos principalmente de plantas nativas, a partir de conhecimentos adquiridos com os índios [11].

Somente um século após sua chegada, as boticas foram reconhecidas como estabelecimentos comerciais, o que levou a um grande aumento no quantitativo deste tipo de comércio, uma vez que as pessoas começaram a vislumbrá-lo como um auspicioso negócio. Porém, este crescimento demasiado, contribuiu para uma significativa redução da qualidade dos medicamentos comercializados. Foi a partir de então que se estabeleceram medidas de fiscalização que coibiam o comércio ilegítimo e indevido de medicamentos que geralmente ocorriam nos armazéns de secos e molhados [11].

No Brasil, o processo de desenvolvimento da indústria farmacêutica ocorreu somente no século dezenove, sendo a atuação do profissional de farmácia regulamentada somente no século vinte, por meio dos decretos federais 20.377/31 e 85.878/81. Porém, é o decreto 85.878 que promove um novo cenário na história da profissão farmacêutica no país, uma vez que foi a partir dele que houve a delimitação do campo de atuação deste agente de saúde, além das definições e atribuições que são privativas e exclusivas a este profissional [12].

Nesta perspectiva, as reformas curriculares que se sucederam, evidenciam diversas crises na profissão, o que pode ter causado, inclusive, a migração do farmacêutico para áreas distintas, como a de alimentos e análises clínicas em busca de melhores condições salariais, o que promoveu desta forma, o afastamento de suas funções nas farmácias. Os currículos mínimos durante os anos sessenta (1962 e 1969) previam uma educação de caráter basicamente técnico, em que as especializações passavam a ser cada vez mais valorizadas.

Esta rigidez demasiada, juntamente com a falta de alvedrio, resultava em um ensino engessado, pouco estimulante e sem inovação. Este cenário começou a mudar a partir da década de oitenta, com o surgimento das metodologias ativas, que tinham como propósito romper a aprendizagem passiva, em que o professor era o único detentor de

conhecimento e desenvolvia as aulas exclusivamente por meio da apresentação oral dos conteúdos.

Assim, a necessidade de ter alunos mais comprometidos e participativos com o seu próprio aprendizado, o docente assume o papel de agente intermediário, na construção do conhecimento e estimula a busca de novos mecanismos e métodos que com intuito de alcançar a transformação de um profissional qualificado na área de farmácia e que sobretudo, atenda os princípios da integralidade.

Neste sentido, a SR em saúde, com o uso de pacientes simulados, pode proporcionar situações de alta fidelidade e com isto, permitir a exploração, análise e síntese de ações a partir de pensamentos formulados e contribuir para melhorar o desempenho em situações reais. Nesta perspectiva, o presente estudo foi delineado com o objetivo de realizar uma revisão sistemática acerca da SR na formação de profissionais de saúde.

REFERENCIAL TÉORICO

SIMULAÇÃO REALÍSTICA

A simulação realística trata-se de um novo conceito renovador de ensino que engloba possibilidade e habilidades técnicas, além de gerenciamento de crises, trabalho em equipe, liderança, raciocínio clínico, liderança em ocasiões precárias ou que possam importunar prejuízos ao paciente real [(19)].

Atualmente o conceito de simulação realística vem sendo empregada nos mais diversos múltiplos de possibilidade de aprendizagem para os profissionais, ligados à área da saúde, promovendo benefícios de ensino na aplicação dessa diferente estratégias.

Para Brandão *et al;* [(20: 6)] "as terminologias entre habilidades técnicas específicas uso de pacientes padronizados, realidade virtual e simulação de alta fidelidade se misturam, porém todos eles contemplam diversas áreas de estudos na medicina", como emergências cardiológicas, trauma, farmácia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, cuidados intensivos, anestesia, habilidades atitudinais para a relação médico-paciente, entre outras.

Com base nessa linha, há ainda a possibilidade de utilizar simuladores de baixa e média constância, como programas específicos de computadores, que podem possibilita

a simulação em situação específica.

Para Brandão *et al;* [20] a escolha da estratégia deve estar ligada ao objetivo de aprendizagem, conteúdo prévio dos participantes, custos e capacitação docente adequada. Dessa forma, a simulação hoje é vista como mais uma forma de aprendizagem, onde a retenção do conhecimento permanece por um tempo mais prolongado, além de ser uma estratégia mais agradável e prazerosa do que o ensino tradicional.

> [...] A simulação pode ser entendida como o processo educacional que replica cenários de cuidados ao paciente em um ambiente próximo a realidade, com o objetivo de analisar e refletir as ações realizadas de forma segura. Outra definição refere que simulação é uma técnica, e não exclusivamente uma tecnologia que tem por objetivo substituir ou amplificar uma experiência real com supervisão, mas que evoca substancialmente aspectos do mundo real em um ambiente interativo [20:2].

Com base em Brandão *et al* [20] a Simulação Realística é um método de extrema importância para a aprendizagem que pode ser aplicado em diversos níveis de educação na área da saúde, enfatizando a multidisciplinaridade em diferentes circunstâncias clínicas.

Para Ferreira [2] a ideia básica por trás da SR é promover a integração dos conhecimentos teóricos, habilidades técnicas e atitudinais, estimula os estudantes a coordenarem todas as competências simultaneamente, facilita assim a transferência do que foi aprendido para a solução de novos problemas.

Ferreira[2] explica ainda que a simulações realística de alta fidelidade e alta complexidade, faz-se necessária a reflexão do atendimento realizado pelos estudantes através de uma técnica chamada *debriefing*, onde o professor que acompanha o atendimento tendo uma postura de "facilitador" da discussão em grupo sobre os acertos e oportunidades de melhorias do cenário.

Enquanto Brandão, *et al*, [20:2] esclarecem que:

> [...] A realização do *debriefing* pode ser auxiliada ou não com as imagens gravadas do atendimento, esclarecendo e revivendo de forma pontual momentos cruciais do atendimento oferecido ao paciente robô. Para as outras formas de simulação, a técnica de feedback é amplamente utilizada. O emprego das técnicas de simulação permitem que se ofereçam as mesmas oportunidades de aprendizado, prática e treinamento para todos os estudantes de forma mais homogênea, sem depender de circunstâncias e do acaso, envolvidos no aprendizado

baseado em situações reais.

É importante destacar que os estudantes da área da saúde não é sempre que tem acesso a uma ampla gama de experiências e metodologias educacionais, o que provoca uma menor oportunidade de avaliação e observação aos pacientes que apresentam grandes variedades de doenças, por meio de sintomas e sinais físicos[2]. Sendo assim a simulação realística pode auxiliar nas devidas necessidades práticas dos estudantes, para sobretudo adquirir conhecimento e habilidades que são essenciais, promove a segurança e o bem-estar dos pacientes.

"Especialmente na simulação de alta fidelidade, onde se exige um investimento financeiro alto em robôs e infraestrutura e é difícil a capacitação metodológica dos docentes" [20:3].

Portanto, considera-se que a SR vem sendo considerado um fator poderoso de redução de erros, e principalmente para melhorar o desempenho dos profissionais de saúde. Proporcionando informações melhores, conhecimento e habilidades especificas, gerando assim um elevado índice de satisfação, não apenas aos discentes como nos educadores que são envolvidos no processo.

ENSINO E APRENDIZAGENS EM CONTEXTO DE PRÁTICA SIMULADA

Para Cacho *et al* [21] a aprendizagem no que tange o contexto de prática simulada, enquadra-se em uma atitude de abertura aos recursos das novas tecnologias e ao seu uso inteligente e criativo. A pirâmide de Miller "sugere uma visão prática do desempenho entre níveis. Segue a sequência vertical (sabe, sabe como, mostra como, faz). A base significa o conhecimento factual". E na sequência, os discentes demonstram o que conseguem realizar em situação controlada.

De certa forma a aprendizagem simulada segue esta sequência, num contexto mais protegido e mediado. Os bons resultados do contexto simulado regulado têm demonstrado ser bom predito de um nível de desempenho elevado em contexto real. Em boa verdade as práticas denominadas simuladas, são na realidade bem reais do ponto de vista do seu potencial educativo, conduzindo o processo de ensino aprendizagem, do plano teórico para o prático, na lógica de cadeia educativa integrada [21].

Na análise de Cogo, *et al;* [22] afirmam que as estratégias de prática simulada incorporam múltiplos recursos e dão uma atenção particular ao ambiente em que a ação educativa se desenvolve. Neste sentido a relação deve ser construída e a mediação planeada, contando com a especificidade do contexto, os estilos de aprendizagem dos sujeitos e o rigor e complexidade da tecnologia a usar. O que os autores implicam é que a prática simulada enquanto estratégia de aprendizagem, permite a incorporação de tecnologia criativa para estimular a cognição e a emoção, o pensamento crítico e criativo, apelando ao uso do cérebro total. Deste modo, em contexto ao mesmo tempo protegido e criativo, os formandos treinam habilidades e demonstram competências nucleares de aproximação ao real.

> [...] O recurso a simuladores e expert systems, ganhou relevo na formação de profissionais de saúde. Os equipamentos de simulação e a realidade virtual podem gerar benefício, na ajuda á implementação de conhecimento valor em settings complexos e instáveis de ação. São facilitadores da transição do saber para o fazer e ajudam a fortalecer skills em ambiente mediado, os quais são condição para que os estudantes tenham sentimentos de confiança, necessários na ação autónoma, no plano real da ação [22:23].

Nessa análise a perfeição de alguns simuladores colocam-nos hoje, não num plano de baixa analogia mas sim num nível de percepção de elevada aproximação ao real.

Já na análise de base dos autores Fofonca *et al* [23] refere-se a duas experiências de aprendizagem em contexto de prática simulada desenvolvida na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

A primeira refere-se a implementação de um modelo de sessão educativa em sala de aula. A planificação de sessões educativas em contexto de prática simulada, para a formação de profissionais de saúde, foi exemplo do interessante poder da educação por simulação. Os autores constaram que qualquer intervenção educativa no sentido de mudar estilos de vida profundamente enraizados na cultura e nos hábitos, não é trabalho compatível com intervenções avulso sob a forma de aerossol, torna-se necessário o recurso a ações programadas orientadas para o envolvimento da comunidade e desenvolvidas em contexto [23].

Com base na fundamentação científica e técnica que emerge do universo do conhecimento da Pedagogia Criativa, os autores aplicaram um modelo de referência para a planificação de momentos educativos. De acordo com o referido modelo, as diferentes

fases evoluem de forma integrada, envolvendo da parte dos formadores habilidade didática, flexibilidade estratégica e um grande domínio de técnicas criativas.

O recurso à combinação de técnicas para enriquecer criativamente as estratégias educativas, parece permitir uma melhor compreensão e autor regulação. Na sequência de cada sessão educativa tendo por referência o modelo de planificação criado, heteroavaliação e a autocopia conjugaram-se para facilitar as competências pessoais de autoconsciência e autorregulação do desempenho dos formandos [(23)].

Desse forma, o modelo de referência para a planificação de momentos educativos, na fase de iniciação, evita a demora com a descrição rígida de objetivos e em alternativa, recomenda o uso de artifícios criativos sugestivos como condição necessária para uma adesão ativa do formando.

Fofonca *et al* [(23)] explicam que na fase de desenvolvimento processa-se a dinâmica divergência/convergência, processo de abertura, divergência, expansividade, exploração criativa com evolução progressiva para a condição de convergência integradora. O processo de regulação centrasse na gestão eficiente do tempo, na regulação do feedback, nos artifícios da relação e da ação de descoberta motivada.

Na fase de síntese, a sessão tende para a agregação e síntese dos resultados mais relevantes. A fase de regulação caracteriza-se pela necessidade de regular o feedback, estruturar e mediar. A avaliação desempenha um papel importantíssimo no contexto da aprendizagem em contexto de prática simulada, sendo a autoscopia e a heteroavaliação as estratégias seguidas. "A autoscopia é um processo de auto-observação e autoanálise, que tem em vista determinar aspectos fortes e fracos da atuação dum indivíduo em situação, com o objetivo de lhe proporcionar orientações de mudança no desempenho" [(18:123).]

> A Heteroavaliação é a avaliação refletida pelo outro. Quando os que nos observam criticam objetiva e construtivamente o nosso desempenho, ajudam-nos a descobrir novos pontos de vista e a repensar os nossos procedimentos. Atualmente, integrado na Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, desenvolve-se um projeto estruturante que tem vindo a incorporar os estudos associados que refletem o trabalho desenvolvido na formação por prática simulada, com base no uso de recursos de simulação modernos em laboratório [(18:45)].

Desse modo, as práticas simuladas em laboratório, não são meros espaços onde se treinam procedimentos e demonstram técnicas, são sim contextos complexos, onde

acontece aprendizagem construída, através de momentos de aprendizagem diversificados e onde se jogam papéis e auto-regulam processos. Os recursos técnicos da imagem e dos meios informáticos permitem desenvolver a vivacidade perceptiva dos estudantes, ajudando-os a construir e organizar os esquemas mentais, que posteriormente irão transferir para a aprendizagem clínica [17].

Na análise de Salvador *et al;* [15] afirmam que a aproximação à realidade, por interacionismo simbólico, é fundamental para que os estudantes desenvolvam uma atitude crítica, reflexiva e de conceptualização na prática e sobre a prática. No laboratório deverá estar sempre presente o sentimento de respeito pela ética de enfermagem, levando os estudantes a perceber que o seu esforço numa dimensão simulada, é uma forma de respeito pelo cliente, que não deve ser desnecessariamente cobaia para aprendizes destituídos de habilidades e conhecimentos mínimos.

Para Martins *et al*, [18] afirma que o respeito pelos direitos sagrados do doente começa a fortalecer-se na escola e deverá continuar de forma consistente na atividade profissional. A ética de cuidado está presente na conjugação da educação criativa e da investigação e caminho da investigação de enfermagem moderna, os profissionais de enfermagem preparam-se para procurar as respostas mais evidentes e implementá-las em função das necessidades específicas das pessoas que necessitam de cuidados.

METODOLOGIA

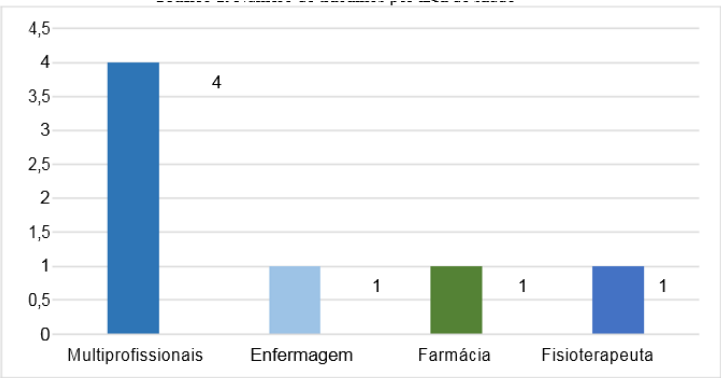
Este estudo consiste em uma revisão bibliográfica de abordagem qualitativa do tipo descritiva da literatura. Para a realização da busca de trabalhos, foram utilizados os descritores na combinação simples (exemplo a ANDb): *Simulação Realística; Ensino;* e *Capacitação*, no período de 2014 a 2019 em bases de dados científicos. A seleção dos trabalhos foi realizada diante o estabelecimento de critérios, sendo estes: categoria do trabalho (artigo original ou relato de experiência) relação com a área da saúde, idioma de publicação (português) e acesso gratuito. Os estudos repetidos, bem como os que não estavam de acordo com os limites de busca preconizados, foram descartados. Após a leitura dos *abstracts*, foram selecionados sete trabalhos, apresentados no Quadro 1.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

RESULTADOS DA SELEÇÃO DOS ARTIGOS

Foram analisados sete artigos distribuídos entre cinco periódicos: *Revista Brasileira de Educação Médica* (1), *Revista Gaúcha de Enfermagem (1), Revista Brasileira de Educação Médica* (2), *Colloquium Vitae* (1), *Revista de enfermagem UFPE on line* (1) e *Revista de Graduação USP* (1). O número de trabalhos correspondentes a cada área de aplicação é apresentado no gráfico a seguir (Gráfico 1).

Gráfico 1. Número de trabalhos por área de saúde



Fonte: Elaboração, os autores. Dados do estudo.

Os resultados evidenciam que a maior parte dos estudos, são realizados com grupos multidisciplinares, dentre os quais se pode destacar enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e farmacêuticos. Dentre estes trabalhos, apenas um, foi realizado exclusivamente com acadêmicos de Farmácia, o que indica que a SR poderia ser mais utilizada durante a formação deste profissional de saúde, uma vez que sua aplicação durante o desenvolvimento dos acadêmicos, possibilita a capacidade de ação, bem como reflexão acerca de sua assistência, além da identificação de erros, sem expor os pacientes a riscos, como seria em situações reais. É importante ressaltar a necessidade de *feedback* imediato frente as possíveis falhas no decorrer da simulação, para que desta forma, as condutas sejam aprimoradas e possam ser realizadas diante situações reais no futuro Storpirtis *et al* (13) e Melo *et al* (14).

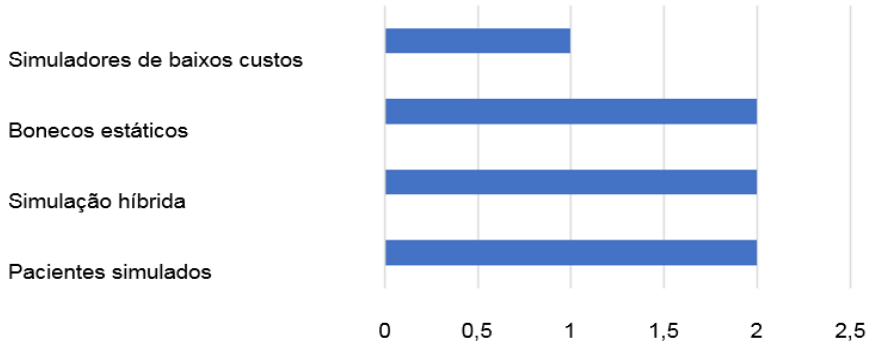
Neste sentido, a construção de competências, especialmente de entendimento críticos, assim como a participação e desenvolvimento ativo dos discentes no processo ensino aprendizagem são benefícios da aplicação da SR Salvador *et al* (15) que podem se

somar à reflexão à necessidade das habilidades requeridas para lidar com diferentes públicos e contextos na realidade de atendimento do farmacêutico. O que é corroborado por Almeida *et al* (16:39) "A Simulação realística possibilita a realização de treinamentos comportamentais sendo possível reproduzir o cotidiano em ambientes, construídos, testados e controlados, realizados com atores ou manequins" e Salvador *et al* (15:12) "a RS é uma metodologia de ensino que mais se aproxima da realidade, onde os docentes possam desenvolvam uma atitude crítica, reflexiva e de conceptualização na prática".

A SR possui diversas modalidades que perpassam pela utilização de manequins de alta fidelidade, bonecos estáticos, peças anatômicas, pacientes padronizados ou pacientes simulados, realidade virtual e simulação híbrida.

Ao se analisar os artigos selecionados, se constatou que dos sete artigos analisados, três utilizaram exclusivamente a modalidade *"Pacientes simulados"*, dois a *"Simulação híbrida"*, um trabalho mesclou os modelos de "*Bonecos estáticos*, juntamente com *pacientes simulados*" e um, fez uso de "*simuladores de baixos custos"*. Essa informação será ilustrada no gráfico a seguir (Gráfico 2).

Gráfico 2. Utilização de manequim por estudo pesquisado



Fonte: Elaboração, os autores. Dados do estudo.

Os instrumentos de aplicação da SR podem ser de baixa, média ou alta complexidade, a utilização de bonecos estáticos por exemplo, é de menor onerosidade e devido a aparência real, permite o desenvolvimento de habilidades específicas, como a introdução de cateteres no estômago. Enquanto o uso de pacientes simulados (que pode ser um ator, ou estudante previamente preparado) são inseridos em cenários realísticos,

juntamente com problemáticas encontradas no dia a dia, (quando no exercício da profissão). O baixo custo e a capacidade de promover o aprimoramento de relações humanas, como a capacidade de liderar, a atitude ética frente ao paciente e seus familiares, bem como, à equipe a qual compõem, podem estar relacionados à escolha deste método pela maior parte dos autores consultados.

A simulação híbrida por sua vez, como o próprio termo sugere utiliza dois elementos, sendo destes, o paciente simulado e manequins ou peças que auxiliam a realização de procedimentos invasivos, com segurança. A Figura 1 ilustra estes manequins.

Figura 1. (A) Manequim para manejo de vias aéreas. (B) Manequim para punção venosa periférica

Fonte: Quilici, 2015 (adaptado)

A utilização de manequins permite aos discentes treinamentos realísticos e com isto, o desenvolvimento das competências necessárias para a realização adequada de procedimentos, além disso, a prática recorrente em conjunto a guias, vídeos e *check list* possibilitam reiterar os treinos mesmo em horários que não sejam os de aulas [17].

Ano	*Autores*	*Título*	*Categoria*	*Conclusões*
2019	Cogo *et al*	Construção e desenvolvimento de cenários de simulação realística sobre a administração segura	Relato de experiência	"A simulação permitiu a reflexão do "modo de fazer" das equipes, ajustando o processo de preparo e administração de medicamentos às recomendações institucionais

		de medicamentos		com foco na segurança do processo.”
2015	Kaneko *et al*	Simulação in Situ, uma Metodologia de Treinamento Multidisciplinar para Identificar Oportunidades de Melhoria na Segurança do Paciente em uma Unidade de Alto Risco	Artigo original	“A experiência proporcionou avaliação técnica, comportamental e sistemas. Detectou quatro ALS e permitiu reflexão guiada sobre trabalho em equipe.”
2018	Pessoa *et al*	Ensino sobre cuidado interdisciplinar através de uma simulação: Uma proposta metodológica	Artigo original	“Verificou-se alto grau de satisfação dos residentes quanto promoção de práticas e discussões interdisciplinares O Laboratório de Prática Simulada revelou-se como uma estratégia de ensino interdisciplinar, assim, pode ser experimentada pelos cursos de graduação em saúde da universidade em questão.”
2017	Rohrs *et al*	Impacto da metodologia de simulação realística na graduação de enfermagem	Artigo original	“O estudo demonstrou impacto positivo da metodologia de simulação entre os acadêmicos ao demostrarem preferência no uso desta metodologia em detrimento ao método de ensino tradicional e que o uso dessa metodologia permite melhorias No processo de ensino-aprendizado.”
2015	Silva *et al*	Uso de Simuladores para Treinamento de Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde	Artigo original	“Treinamentos simulados em prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde foram efetivos para aumentar oconhecimento de alunos de graduação em saúde de diferentes cursos e períodos.”
2016	Storpirtis *et al*	Uso da Simulação Realística como Mediadora do Processo Ensino-Aprendizagem: Relato de Experiência da	Relato de experiência	“Essa atividade tem contribuído para a formação dos alunos, possibilitando o desenvolvimento de habilidades e atitudes.”

		Farmácia Universitária da Universidade de São Paulo		
2016	Cacho *et al*	Metodologias Ativas em Fisioterapia: Estudo de Confiabilidade Interexaminador do Método Osce	Artigo original	"A metodologia à avaliação do "saber fazer" na prática fisioterapêutica nos três níveis de atenção à saúde possui confiabilidade interexaminador de satisfatória a excelente, podendo ser um método útil para o processo avaliativo da formação profissional em saúde.

Quadro 1 – Trabalhos selecionados. Fonte: Os autores, 2020.

CONTEÚDO DA REVISÃO

IMPLEMENTAÇÃO DA SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO ESTRATÉGIA EDUCACIONAL

De acordo com os artigos analisados, a SR é uma importante estratégia metodológica na formação de profissionais de saúde, pois permite o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias ao atendimento adequado de pacientes, sem expô-los a erros e consequentemente riscos à sua integridade. Variados públicos foram atendidos com a aplicação de SR, sendo o mais frequente, profissionais e acadêmicos de enfermagem, as especialidades contempladas foram diversas, como cardiologia, cardiorrespiratória, administração segura de medicamentos, prevenção de infecções, além das áreas de neurologia, ortopedia e reumatologia, por exemplo.

A SR na área farmacêutica ainda é muito pouco explorada, embora possa ser utilizada sob as mais diversas abordagens e para tanto, propiciar ao acadêmico de farmácia contato com procedimentos, técnicas, além de situações que possivelmente ocorreriam somente no cotidiano profissional. Assim, porque não incluir esta abordagem nos currículos, uma vez que se tem ratificado sua importância, credibilidade e reprodutibilidade, na formação de diversos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a SR apresente desafios e limitações na inserção e aplicabilidade nas Instituições de Ensino Superior, sua utilização evidencia contribuições significativas para o desenvolvimento ético e técnico dos profissionais de saúde, bem como, colabora no processo de aprendizagem dos discentes. Na área farmacêutica, a SR ainda é muito pouco explorada, embora possa ser utilizada sob as mais diversas abordagens e com destarte, propiciar ao acadêmico de farmácia contato com procedimentos, técnicas, além de situações que possivelmente ocorreriam somente no cotidiano profissional.

Assim, porque não incluir esta abordagem nos currículos, uma vez que se tem ratificado sua importância, credibilidade e reprodutibilidade, na formação de diversos profissionais de saúde. Portanto, se sugere que esta metodologia seja amplamente utilizada na formação de farmacêuticos e que os docentes sejam capacitados com cursos e/ou programas específicos, para que a orientação aos alunos ocorra de forma adequada.

REFERÊNCIAS

1 KANEKO, R. M. U.; COUTO, T. B.; COELHO, M. M.; TANENO, A. K.; BARDUZZI, N. N.; BARRETO, J. K. S. *et al*. **Simulação in Situ, uma metodologia de treinamento multidisciplinar para identificar oportunidades de melhoria na segurança do paciente em uma Unidade de Alto Risco.** Revista Brasileira de Educação Médica, v.39, n. 2, p. 286-293, 2015.

2 FERREIRA, R, P, N; *et al.* **A simulação realística como método de ensino e aprendizagem de estudantes na área da saúde**. Revista de enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2018. Disponível em:< http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2508/1931>. Acesso em: 25 de abril. 2020.

3 PESSOA, Gabriele da Silva Reis, SANTOS Kátia Cristina Cândido de Oliveira, SANTOS, Elaine Cristina Negri CAZAÑAS, Eduardo Fuzetto. **Ensino sobre cuidadointerdisciplinar através de simulação: uma proposta metodológica**. Colloquium Vitae, vol. 10, n. Especial 5. 2018.

4 BRASIL. "Resolução CNE/CESU n. 2/02 de 19 de fevereiro de 2002". Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Farmácia. Diário Oficial da União. Brasília, Seção 1, 4 mar. 2002, p. 9.

5 CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (org.). FERNANDES, Zilamar C.; BERMOND, Magali D.; OLIVEIRA-FILHO, Nilsen C. F.; CAMARGO, Ely E. S. & CECY, Carlos. Os Desafios da Educação Farmacêutica no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2008. 131p.

6 MARIN, Nelly; LUIZA, Vera L.; OSORIO-DECASTRO, Claudia G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, Sílvio (orgs.). Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais. Rio de Janeiro: Opas/OMS, 2003. 336p.

7 STORPIRTIS, Sílvia; MORI, Ana L. P. M.; YOCHIY, Angélica; RIBEIRO, Eliane & PORTA, Valentina. Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 489p.

8 STORPIRTIS, S.; NELLA GAI, María; DE CAMPOS, Daniel R. & GONÇALVES, José E. Farmacocinética: Básica e Aplicada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 240p.

9 PHARM, Pharmacia Brasileira. **Os novos desafios dos farmacêuticos.** Ano XII -Disponívelem:<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/141/pb89_julho2018.

pdf>. Acesso em: 03, março 2020.

10 FERNANDES, Aline. **Saiba tudo sobre a unidade do CRF.** São Paulo: ICTQ2018. Disponível em:< https://www.ictq.com.br/varejo-farmaceutico/711-saiba-tudo-sobre-a-anuidade-do-crf-2018>. Acesso em: 16, novembro 2019.

11 FERNANDES, TM. Boticas, indústrias farmacêuticas e grupos de pesquisa em plantas medicinais: origens no Brasil. In: *Plantas medicinais:* memória da ciência no Brasil [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, pp. 27-76. ISBN 978-85-7541-348-7. Available from SciELO Books.

12 ADAMI, A.M. Portal Educação. Curso de legislação farmacêutica. 2010. Disponível em: <www.portalfarmacia.com.br>. Acesso em: 28, março 2020.

13 STORPIRTIS Sílvia; NICOLETTI, Maria Aparecida; AGUIAR, Patrícia Melo. **Uso da Simulação Realística como Mediadora do Processo Ensino-Aprendizagem: Relato de Experiência da Farmácia Universitária da Universidade de São Paulo**. Rev. Grad. USP, vol. 1, n. 2, nov. 2016.

14 MELO, M. C. B.; SILVA, N. L. C.; LIU, P. M. F.; CERQUEIRA FILHO, L. C.; GRESTA, M. M.; SANTOS, A. F. *et al*. **Curso de emergência utilizando E-learning e simulação: visão do participante.** Revista Brasileira de Educação Médica, v.40, n. 4, p. 713- 719, 2016.

15 SALVADOR Celso Augusto de Barros; TONIOSSO, José Pedro; Nogueira, PIMENTA Lilian Donizete; LARÊDO Silvéria Maria Peixoto. **Simulação realística, estratégia metodológica para a formação de profissionais na área da saúde: uma revisão integrativa.** Rev. Bra. Edu. Saúde, v. 9, n.4. 2019. Disponível em:< https://www.editoraverde.org/gvaa.com.br/revista/in>. Acesso em: 17, fevereiro 2020.

16 ALMEIDA, Elaine Cristina Duarte De. **Simulação realística como estratégia facilitadora no processo de desenvolvimento de competências em uma equipe de segurança patrimonial em uma rede de hospitais da cidade de São Paulo**: relato de experiência. Rede de Hospitais São Camilo de São Paulo. São Paulo. 2018. Disponívelem:<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/trabalho_osce.pdf>. Acesso em: 30, março 2020.

17 QUILICI Ana Paula. **A vivência dos docentes na simulação clínica inserida no currículo: desafios, dificuldades e conquistas.** Campinas: UNICAMP. 2015.Disponível em:< http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/308165/1/Quilici_AnaPaula_D.pdf>. Acesso em: 07, março 2020.

18 MARTINS, José Carlos Amado; MAZZO, Alessandra; MENDES, Isabel Amélia Costa; RODRIGUES, Manuel Alves**. Impacto da metodologia de simulação realística na graduação de enfermagem**. 2014.

19 TRONCON LE, Maffei CM. **A incorporação de recursos de simulação no curso de graduação em medicina da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto** – Ribeirão Preto: USP. Medicina. 2007.

20 BRANDÃO, Carolina Felipe Soares; COLLARE Carlos Fernando; MARIN, Heimar de Fatima. **A simulação realística como ferramenta educacional para estudantes de medicina.** Barueri, SP, Brasil: Scientia Medica. 2014.

21 CACHO, R. O.; BARONI, M. P.; RUARO, J. A.; LOPES, J. M. BRITTO, H. M. J. S.; FERREIRA, T. B. *et al*. **Metodologias Ativas em Fisioterapia: estudo de confiabilidade interexaminador do Método Osce.** Revista Brasileira de Educação Médica, v.40, n. 1, p. 128-137, 2016.

22 COGO, Ana Luísa Petersen; LOPES, Elisabeth de Fátima da Silva; ROSA, Fernanda; PERDOMINI Indriunas; FLORES Giovana Ely; SANTO Maria Rejane Rosa dos. **Construção e desenvolvimento de cenários de simulação realística sobre a administração segura de medicamentos**. Porto Alegre: Rev. Gaúcha Enferm. vol.40.. 2019. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200801>. Acesso em: 07, MAR. 2020.

23 FOFONCA Eduardo; BRITO Glaucia da Silva; ESTEVAM Marcelo; CAMAS, Nuria Pons Vilardell. Curitiba: Editora IFPR. 183 p. v. 2 Formato: e-Book. **Metodologias pedagógicas inovadoras: contextos da educação básica e da educação superior.** 2018.

CAPÍTULO XXXII

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: APLICABILIDADE NA PRÁTICA ASSISTENCIAL SEGUNDO MODELO DE WANDA HORTA

Leilyanne De Araújo Mendes Oliveira[147]; Cristiana Pacífico Oliveira[148];
Lilianne Araújo Mendes Oliveira Alvarenga[149]; Mariana Portela Soares Pires Galvão[150];
Ulisses dos Santos[151]; Janainna Maria Maia[152];
Graziana Silva Cerqueira[153]; Maryna Ellen Lopes Moura[154]; Késia Carla dos Santos[155].
DOI - Capítulo: 10.47538/AC-2020.13-32

RESUMO:
A sistematização da assistência de enfermagem vem sendo utilizado no Brasil deste da década de 70, como ferramenta metodológica de aplicação dos cuidados de enfermagem na prática assistencial, em todas as instituições de saúde do país. O presente estudo tem como objetivo analisar aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na prática assistencial, seguindo o requisito do modelo de Wanda Horta de Aguiar no cuidado aos pacientes internados nas clínicas neurológica e cardíaca do hospital Getúlio Vargas localizado do município de Teresina-PI. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva. Os sujeitos do estudo foram 14 enfermeiros. Para coleta de dados empregou-se entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi realizada pelo meio do método do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados mostraram que a SAE é o grande instrumento da profissão de enfermagem, para empregar o cuidado de forma segura e eficiente. A SAE conserva e repara o nível de saúde dos clientes, também registra a prática profissional, aperfeiçoa e avaliação a qualidade dos cuidados prestados. Consideração final constatou-se, que a aplicação e uso da SAE nos postos estudados é uma realidade pratica dos serviços de enfermagem do hospital, pode-se dizer que foi identificado uma grande dificuldade por parte dos enfermeiros em executá-la, pois o número de pacientes ultrapassa a demanda de leitos disponíveis nas enfermarias das clínicas.
PALAVRAS-CHAVES: Cuidados de Enfermagem. Enfermeiro. Assistência.

147 Enfermeira Obstetra pelo programa de residência em enfermagem obstétrica-UFPI. Lattes: http://lattes.cnpq.br/2210519434558500. E-mail: leimendes@hotmail.com
148 Enfermeira e Assistente Social, Especialista em Saúde da Família - UFPI. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5844967520585312 E-mail: cris.enferm@hotmail.com
149 Contadora e Administradora pela Universidade Estadual do Piauí, especialista em auditoria pela Universidade Federal do Piauí. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8989342173505505. E-mail: lyamendes@hotmail.com
150 Enfermeira, Mestre em Saúde da Família- UFPI. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8043039518673391. E-mail: marianaportelaspg@gmail.com
151 Enfermeiro intensivista, especialista em UTI neonatal e pediátrica pela Faculdade Futura. E-mail: ulissesmaiden@hotmail.com
152 Enfermeira, especialista em Nefrologia pela UNIPOS. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0310505581274894. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6639-2700. E-mail: janainnamaia@hotmail.com
153 Enfermeira; especialista em Saúde da Família pela Clínica Integrada de Odontologia de Minas Gerais. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1865496080564673. E-mail: Grazianjo2010@hotmail.com
154 Enfermeira, Pós-graduada em Urgência e Emergência pela Uninovafapi. E-mail: marynamoura48@gmail.com
155 Tecnóloga em gestão hospitalar pelo portal educação. E-mail: kesia1385@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é considerada, a ferramenta de impacto do desenvolvimento da profissão de enfermagem, como ciência técnica e científica dos últimos anos. Com esse avanço as práticas de assistências mudaram relativamente em relação ao seu início, e hoje é reconhecida como uma das profissões mais importante da área da saúde (BARBOSA, 2012).

A SAE constitui nos dias atuais a representação científica mais moderna e eficiente no processo organizacional de trabalho dos profissionais da enfermagem. No que se refere ao método pessoal e instrumentos, a SAE possibilita a operacionalização do processo do cuidado, conduzindo o enfermeiro por linhas de etapas inter-relacionadas que indicam os possíveis problemas relacionados à saúde do cliente. E ainda possibilita a identificação das necessidades afetadas, permitindo aos enfermeiros elaborar o plano de cuidado individual e sistemático para cada paciente (MONTEIRO et al., 2015).

Segundo Grassi (2012), o Processo de Enfermagem (PE) é o maior método científico da profissão que dirige as ações da assistência de enfermagem pela promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade em tempo hábil e seguro, sustentando minuciosamente a eficiência do serviço.

No Brasil, a aplicação do Processo de Enfermagem com base estrutural na SAE vem sendo introduzida desde a década de 1970. Em 2002 recebeu apoio do COFEN, através a edição da Resolução nº 272 de 2002, posteriormente revogada pela Resolução nº 358 de 2009, que dispõe sobre a aplicação da SAE em todas as instituições de saúde do país (OLIVEIRA, 2015).

A aplicação da SAE promove melhoria da qualidade da assistência e permite a utilização de um método científico que a sustente. No âmbito da assistência ao cliente, direciona, organiza o trabalho, possibilita auditoria, favorece a visibilidade profissional e a participação efetiva no cuidado e nas tomadas de decisões. A utilização correta da SAE na prática assistencial resulta em maiores benefícios para a equipe multiprofissional, para instituição e principalmente para o paciente (MEDEIROS, 2013).

O modelo assistencial conduzido pela SAE deve ser compreendido como um dos recursos próprios da enfermagem que reflete as diversas situações que estigmatizam a conjuntura atual e as peculiaridades que afligem o meio social e cultural das condições de

saúde de cada paciente (CARPINTEIRA et al., 2014).

A pesquisa tem o objetivo de analisar aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na prática assistencial, no cuidado aos pacientes internados nas clínicas neurológica e cardíaca do hospital Getúlio Vargas de Teresina-PI. Espera-se com o estudo levantar maiores discursões sobre o tema, e contribuir para o aperfeiçoamento das práticas assistenciais de enfermagem, enfatizando a importância do uso correto da SAE no desenvolvimento dos planos cuidados elaborados pelos enfermeiros, na atenção da saúde dos pacientes.

REFERENCIAL TEÓRICO

HISTÓRICO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A ideia de Processo de Enfermagem (PE) não é nova na profissão pelo contrário, remonta ao surgimento da enfermagem moderna, quando Florence Nightingale enfatizou que os enfermeiros deveriam ser ensinados a fazer observações e julgamentos acerca delas. De fato, o termo PE não existia à época, mas a recomendação de Nightingale expressa o conceito que hoje se tem acerca desta ferramenta de trabalho (BRASIL, 2015).

Ainda nesta época Wanda de Aguiar Horta desenvolveu um modelo conceitual, no qual a própria vivência na enfermagem levou-a a procurar desenvolver um modelo que pudesse explicar a natureza da enfermagem, definir seu campo de ação específico e sua metodologia surgindo assim SAE. Foi Florence Nightingale quem lançou a enfermagem na caminhada para a adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos, abandonando gradativamente a postura de atividade caritativa, intuitiva e empírica (OLIVEIRA et al., 2015).

No Brasil, o PE foi introduzido pela Professora Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, que o definiu como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos. Na perspectiva de Horta o ser humano ou pessoa refere-se ao indivíduo, família (ou pessoa significante), grupo e comunidade que necessitam dos cuidados de enfermagem (CARPINTEIRA et al., 2014).

Barbosa et al. (2012) apontam que, desde a época de Florence Nightingale até a

atualidade, estão ocorrendo grandes avanços no conhecimento sobre o processo de cuidar, considerada a essência do saber e o fazer dentro da enfermagem. O significado atribuído ao Processo de Enfermagem e o modo como ele é aplicado à prática profissional são de várias maneiras, sendo aperfeiçoado de acordo com os diferentes lugares onde o mesmo possa ser implantado. Assim, podem ser identificadas gerações distintas do Processo de Enfermagem, cada uma delas influenciada pelo seu estágio do conhecimento e pelas forças atuantes.

Horta influenciou a aplicação do processo de enfermagem tanto nas instituições de saúde quanto no ensino de enfermagem através da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, a qual fundamenta a implementação das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem em diversas instituições de saúde e educação o processo de enfermagem deve ser fundamentado nas teorias de enfermagem e adequado a cada situação de cuidado (BARBOSA et al 2012).

Durante muito tempo na maioria das instituições de saúde não havia ou não era utilizado um método para sistematizar a assistência de enfermagem, surgindo então uma necessidade de organização com ênfase no cuidado de enfermagem como um processo interpessoal, visando um atendimento pessoal percebendo a necessidade de cada cliente (PEREIRA et al., 2015).

Tannure e Pinheiro (2010) afirmam que na metade do século passado teve início a ênfase do cuidado de enfermagem como um processo interpessoal. Dessa forma, evidenciava-se o cuidado de enfermagem centralizado na pessoa e na promoção de sua integridade e não mais na patologia, percebendo-se o doente como alguém com necessidades a serem atendidas pelos enfermeiros.

Com o avanço das teorias de enfermagem, foi possível a criação de um método científico, específico e sistemático para o enfermeiro, desenvolver o processo de enfermagem. Ao colocarem em prática os modelos do processo de enfermagem, os enfermeiros promovem aos pacientes cuidados qualificados em um mínimo de tempo e um máximo de eficiência (BARBOSA et al 2012).

A SAE organiza-se na “dinâmica das ações ordenadas e inter-relacionadas”, com ênfase no cuidado ao ser humano e se caracterizando por etapas eficazes que se completam em um conjunto formando um plano assistencial individualizado. consiste nas

seguintes fases: a) histórico de enfermagem, b) diagnóstico de enfermagem, c) plano assistencial, d) prescrição de enfermagem, e) evolução de enfermagem e f) prognóstico de enfermagem" (MARINELLI; SILVA; SILVA, 2015).

Portanto, a SAE, hoje é uma forma de organização do trabalho que visa, através de sua estruturação, garantir a melhor qualidade da assistência prestada ao cliente e assegurar que as intervenções de enfermagem sejam elaboradas para cada cliente. Procura enfatizar a avaliação do indivíduo não focada apenas na doença, proporcionando agilidade na descoberta do diagnóstico ou do tratamento de problemas de saúde reais e potenciais (BARBOSA et al., 2012).

O ENFERMEIRO NA IMPLANTAÇÃO DA SAE

No Brasil a atividade de enfermagem é regulamentada por várias leis, entre elas a resolução nº 358/2009 do COFEN que 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 (MONTEIRO et al., 2015).

De acordo com o Art. 4º Cabe ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, em face de essas respostas (COFEN, 2015).

Aplicação do processo de enfermagem apresenta-se em diferentes contextos da prática assistencial, como na saúde mental, em engenharia de segurança e medicina de trabalho, serviços de urgência e emergência e estratégia da saúde da família e unidade básica de saúde (COREN, 2015).

Para o profissional de enfermagem responsável pela equipe e pelo cuidado com o paciente, é imprescindível que tenha conhecimento sobre o modelo de saúde que será

executado, bem como habilidades e competências necessárias às suas aplicações. Ele deverá observar minuciosamente os procedimentos realizados por sua equipe, para que não seja colocada em risco a prestação de serviço oferecida ao cliente/paciente (BARBOSA et al, 2012).

"A SAE requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas" (OLIVEIRA et al., 2015, p. 27).

"A aplicação correta da Sistematização da Assistência em Enfermagem resulta na prevenção de riscos à sociedade e promove a valorização do profissional, na medida em que a categoria passa a ser reconhecida como produtora e fomentadora de conhecimento científico" (COREN, 2015, p. 343).

O enfermeiro deve assumir uma prática comprometida com a SAE, sendo capaz de refletir e entender e conhecer as barreiras históricas e culturais da sua formação, baseadas mais especificamente no modelo técnico-burocrático e, dessa maneira desenvolver um processo de mudança na sua função (CARPINTEIRA et al., 2014).

Para Marinelli, Silva e Silva (2015). A SAE organiza-se na "dinâmica das ações ordenadas e inter-relacionadas, com ênfase no cuidado ao ser humano e se caracterizando por etapas eficazes que se completam". O método promove a utilização dos conhecimentos teóricos de enfermagem na prática cotidiana do cuidado, evoluindo para o fortalecimento da enfermagem enquanto ciência e atendendo com mais eficácia e eficiência as necessidades humanas básicas do cliente/paciente (BARBOSA et al., 2015)

SAE é um passo importante, e por meio de uma adoção institucional de gestão participativa poderá ser potencializado, tornando as pessoas sujeitos na ação, com a possibilidade de desenvolver o que fazem com qualidade, construindo ou reconstruído seu trabalho com parceria dos gestores, alterando, assim, as relações de poder. Na prática, a aplicabilidade da SAE nos serviços de saúde funciona abaixo do esperado, isso ocorre na maioria das instituições, sobretudo, por falta de conhecimento e de como aplicar corretamente os questionários usados para a implantação, bem como pela sobrecarga de trabalho, evidenciada pelo número insuficiente de profissionais qualificados e capazes de identificar os problemas reais e potenciais dos pacientes envolvidos no processo de

enfermagem (MARINELLI; SILVA; SILVA, 2015)

Segundo Medeiros, Santos e Cabral (2013), a prática do enfermeiro está baseada em cuidados de enfermagem respaldados numa base teórico-científica sustentada na sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e aplicada através do processo de enfermagem. Este é considerado um método de tomada de decisão que promove cuidado humanizado, orienta os resultados, impulsiona os enfermeiros, continuamente a examinarem suas ações, buscando maximizar a assistência e minimizar os erros. Além disso, ajuda a assegurar que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não para a doença.

Em consonância a isto Monteiro et al. (2015) julgam a enfermagem lida com seres humanos e ações bem planejadas evitam os erros podendo, inclusive, prolongar a vida do paciente. A SAE é um instrumento utilizado pelo enfermeiro para direcionar a equipe de enfermagem a um cuidado individualizado e personalizado. Para tal, é necessário se ater a toda e qualquer informação a respeito dos pacientes, informações coletadas extrínsecas e intrinsecamente e, assim, assistir o ser humano no atendimento às suas necessidades básicas. Esta prática poderá ser realizada com sucesso absoluto mediante a utilização da SAE.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo e exploratório com objetivo de analisar as práticas da sistematização da assistência de enfermagem, seguindo os requisitos do processo de Wanda Horta Aguiar.

A pesquisa foi realizada nas clínicas de neurologia e de cardiologia do Hospital Getúlio Vargas (HGV) localizado no município de Teresina-PI. O hospital foi preferido excepcionalmente por suas qualidades na prestação de serviços a saúde e por ser eleito como uma das maiores referências da região Norte-Nordeste em atendimento de alta complexidade.

Participaram 14 enfermeiros que trabalham nas clínicas no período diurno e noturno. Para coleta dos dados, utilizou-se entrevistas com um roteiro semiestruturado. Os entrevistados receberam todos os esclarecimentos necessários sobre a pesquisa e para garantir o sigilo da identidade deles, os nomes foram substituídos pela letra “E”

(Entrevistado) seguida do número correspondente à ordem do depoimento prestado (E1, E2, E3...).

A entrevista foi gravada com devida autorização dos participantes, após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa com o Parecer nº 2.843.545. Foram incluídos na pesquisa, apenas os enfermeiros que trabalham nas clínicas neurológica e cardíaca e, excluídos, aqueles que se recusaram a participar.

Os dados foram organizados e analisados com base nos discursos dos sujeitos, formando categorias que agrupem conteúdos comuns e significantes do estudo. As categorias emergidas foram baseadas na similaridade dos discursos: desenvolvimento da SAE nas clínicas neurologia e cardiologia. Os benefícios da SAE no cuidado ao paciente internado e Percepção do enfermeiro sobre a SAE na prática assistencial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

A maioria dos sujeitos da pesquisa é do sexo feminino com idades entre 30 a 53 anos, sendo todos especialistas.

CATEGORIAS ANALÍTICAS

Os dados coletados foram organizados, analisados e agrupados em três categorias, as quais se apresentam a seguir:

CATEGORIA 1: DESENVOLVIMENTO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS CLÍNICAS NEUROLÓGICA E CARDÍACA

Ao operacionalizar as atividades de cuidado, o enfermeiro necessariamente precisa de um instrumental conceitual, relativo e técnico para apropriar-se, a realidade da prática. Um método de organização, sistemático, racional de ações para atingir os objetivos da assistência, e obter o que é esperado no planejamento da assistência, a excelência no desenvolvimento do cuidado (PEREIRA et al., 2016).

É crucial a aplicação da SAE, pois, representa a composição organizacional do trabalho segundo as etapas de seu progresso. É um instrumento que deve ser utilizada pela enfermagem através do planejamento, organização e execução do cuidado, além do gerenciamento da assistência da enfermagem. (NEVES; SHIMIZU, 2010).

Quando perguntado acerca do desenvolvimento da SAE nas clínicas, as respostas foram peculiares aparentemente semelhantes.

> [...] como a gente desenvolve a SAE aqui? [...]. A gente procura desenvolver da melhor forma possível, quando há intercorrência anotamos, e com os recursos disponíveis na SAE traçamos logo a solução. (E1)
>
> [...] depende de cada situação aqui na neuro os pacientes são muitos e sempre precisam de maior atenção, - prestamos assistência em outros setores. Mais aqui os pacientes sentem dificuldade para se movimentar e muitos se apresentam com feridas então o desenvolvimento da SAE exige mais de nós, tanto no planejamento, quanto na execução [...]. (E2), (E3).
>
> [...] desenvolvemos a SAE de acordo com a necessidade do paciente. Temos uma organização, seguir as etapas, às vezes é preciso acrescentar uma coisinha ali, ou diminuir e assim vai. (E4), (E6).

Diante do exposto, percebe-se o domínio dos enfermeiros sobre a SAE e que a mesma é bem desenvolvida. É o instrumento mais seguro do trabalho, e funciona com uma estratégia de estruturação da prática assistencial conferindo melhor qualidade de assistência prestada pela equipe de enfermagem ao paciente de modo integral.

Em convergência ao mencionado, Alcântara et al. (2012) ressaltam da seguinte forma. A SAE é a metodologia assistencial na prática de trabalho que proporciona melhor desenvolvimento de qualidade da assistência ao cliente pelo planejamento e aplicação de ações do serviço da enfermagem. Essas ações elaboradas fidedignamente a partir da necessidade do paciente.

Dando ênfase à questão, Aruto (2016), abordam a utilização SAE em uma unidade de assistência, oferece ao enfermeiro e sua equipe, a realização de um tratamento holístico aos seus clientes, acompanhando-os, detalhadamente levando em consideração suas necessidades, a SAE possibilita ao enfermeiro uma autocrítica sobre o seu trabalho, de modo que a equipe tem a capacidade de identificar as estratégias que possam, aprimorar o atendimento e melhorar o seu desenvolvimento nas suas atividades cotidianas.

Outra parte dos entrevistados ressaltaram algumas dificuldades para desenvolver

a SAE em seus setores.

> [...] para desenvolver a SAE não somente na neuro, mas em todos os postos [...]. A quantidade de pacientes é maior do que deveria, sem falar no pouquíssimo número de enfermeiros imagine um enfermeiro para mais de 30 leitos. (E5), (E7) e (E8).
>
> [...] desenvolveríamos melhor a SAE, se tivermos mais enfermeiros, menos pacientes e os técnicos não faltassem tanto. (E9), (E10).

Notoriamente a maior dificuldade encontrada para desenvolver a SAE nas clínicas é a grande demanda de paciente e esse fenômeno limita assistência.

Para Adamy e Tosatti (2012), esta condição de sobrecarga de trabalho do enfermeiro está associada ao número reduzido de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde, automaticamente isto influencia na aplicação e no desenvolvimento da SAE na pratica, pois além dos cuidados estão os procedimentos burocráticos, desta forma ocorre à transformação de uma assistência individualizada em uma assistência rotineira.

> [...] A SAE só não funciona melhor porque a equipe às vezes fica desfalcada e as enfermarias lotada, os leitos todos ocupados, e alguns ficam pelo corredor e nem sempre todos cumprem na prática como manda na teoria, as prescrições não são realizadas corretamente [...]. (E11).
>
> [...] apesar de tudo, sabemos o que estamos fazendo, é dificuldade desenvolver a SAE, é muito difícil os pacientes são muitos e temos por obrigação agilizar o serviço, felizmente, conseguimos atingir nossa meta diária. (E12), (E13) e (E14).

Os entrevistados das clínicas enfatizaram o número elevado de pacientes, toda via a SAE é saída, para o bom desenvolvimento da atenção no processo de recuperação à saúde.

Os pacientes com complicações neurológicas e cardiovasculares são mais complexo e precisam de intervenções constantes. Entretanto, a SAE oferece subsídios das ações necessárias para profissional realizar as complexidades dos cuidados desta natureza. Portanto pode-se dizer que o enfermeiro, deve ir além buscar melhores conhecimentos sobre a SAE, pois, nos dias atuais, é constituída como a ferramenta mais importante da profissão (MONTEIRO, 2015).

Barbosa et al. (2012), destacam na prática assistencial, a SAE busca realizar a avaliação do indivíduo focada não apenas na doença, mas atender integralmente o

paciente com agilidade para descoberta do diagnóstico ou do tratamento determinando o problema que acomete a saúde e seus reais e potenciais.

CATEGORIA 2: BENEFÍCIOS DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE INTERNADO NAS CLÍNICAS NEUROLÓGICA E CARDÍACA

Neste contexto, os enfermeiros traçaram os benefícios que a SAE promove nos serviços, aos pacientes e a instituição. Eles apontaram os fatores que contribuem para manifestação de tal fenômeno, que muitas vezes é pouco reconhecida pelo pessoal que ativamente atua no setor de atenção à saúde.

> [...] o que mais beneficia o paciente aqui é o fato de ele ser selecionado e identificado por suas características, sua condição de saúde é reconhecida por todos [...] (E1) e (E5).
>
> [...] A SAE é ótima proporciona o bem comum de todos, para nós, para o hospital e em especial para os internados nas enfermarias desta clínica, mas para tanto o profissional deve, está bem preparado e possuir conhecimento racional sobre a SAE. (E2), (E11), (E12).
>
> [...] nem sei o que seria de nós se SAE não existisse somos conscientes sobre os efeitos é tanto que temos onde nos justificar através dela podemos ser enfermeiros temos um lugar próprio aqui. (E3), (E4).

As falas evidenciam os resultados positivos da SAE, os enfermeiros utilizam seguros de sua eficácia, os mesmos criam automaticamente o sentimento de autonomia e confiança no trabalho durante seu plantão.

Concerne a esses benefícios da SAE na prática assistencial, Carpinteira et al., (2014), tipificam e enumeram os diversos benefícios gerados pela SAE. Destaca-se em primeiro lugar o envolvimento da valorização da profissão fazendo uma demonstração concreta do alcance das atividades de enfermagem no que tange o registro de informações dos aspectos assistenciais. Na implicação para o paciente é beneficiado na identificação dos seus problemas relacionados à saúde associados à sua subjetividade e individualidade onde suas necessidades são atendidas integralmente dentro da sua realidade diferindo-o dos demais assim há um potencial de atenção resolutiva para seus problemas.

Para o profissional enfermeiro há evidencias benéficas na utilidade da SAE que acrescenta sensação de satisfação profissional e aumenta o aperfeiçoamento na profissão, possibilita a tomada de decisão com ações de intervenções no paciente, viabiliza uma

posição minuciosamente critica a respeito do cliente criando melhores condições no processo de recuperação de saúde do cliente (CARPINTEIRA et al., 2014).

Em outro momento surgiu as seguintes respostas:

> [...] percebemos a diferença na aplicação da SAE pelos postos, isso acontece porque as necessidades a serem atendidas dos pacientes mudam necessariamente a profissional muda sua conduta isso facilita nosso serviço e automaticamente gera qualidade no atendimento melhor benefício [...]. (E6), (E7), (E8) e (E9).
>
> [...] sobre os benefícios são muitos, temos muitos serviços além da assistência temos as ações burocráticas então vamos somar para um diarista para mais de 30 leitos, diversas ocorrências, passagem de plantão. A SAE agiliza tudo isso [...] (E10), (E13) e (E14).

A SAE é considerada o maior instrumento da enfermagem reconhecida pelos seus efeitos benéficos para os cuidadores e para quem necessitam de cuidados, sendo destaque por ofertar subsídios das ações necessárias para o profissional que, se sente amparado sabe que podem contar e que ela não falha mesmos nas situações mais complicadas. (GRASSI, 2012).

Validando esses conceitos os maiores expoentes da área afirmam, a SAE é o método científico da profissão com potencial de tornar a enfermagem uma das melhores profissões do mundo é a única que dirige as ações da assistência da saúde pela promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade em tempo hábil e seguro, sustentando minuciosamente a eficiência do serviço (OLIVEIRA, 2015).

Conquanto Medeiros, Santos e Cabral (2013), impõem para obter a autonomia e o poder de gerenciar cuidado especializado e qualificado o enfermeiro precisa familiarizar-se da SAE, conhecer minuciosamente as suas regras, e seus conceitos associá-las com seu raciocínio critico, no que diz respeito ao objeto de trabalho juntamente somar com os conhecimentos sobre as teorias de enfermagem. Ao contrário os benefícios não pautaram na prática assistencial.

CATEGORIA 3: PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Nesta categoria as respostas obtidas nas clínicas foram ímpares e inerentes. Cada participante manteve sua posição, e na medida em que as perguntas foram lançadas, as contrapartidas e divergências entre um e outro foram poucas, não havendo discrepância entre os entrevistados, quando perguntado qual sua percepção sobre a SAE na prática assistencial.

> [...] ah, na pratica mesmo é bem diferente da teoria, são muitas as barreiras que temos, não conseguimos atingir 100% a SAE primeiro poucos enfermeiros para muitos pacientes, segundo os técnicos não tem conhecimento sobre a SAE além disso não dão importância a ela e por último manifestam pouca disposição durante o plantão, falta de interesse de fazer como manda o figurino. (E14), (E8), (E9).
>
> Teoria e prática bem diferentes, o resultado na prática é abaixo do esperado na teoria, mas ao longo da minha carreira já mudou bastante, com implementação da SAE estamos no caminho certo [...]. (E2), (E7) e (E13).

Precisamente, os discursos demonstram o impacto frustrante do desempenho da SAE na prática assistencial ao ser associado com a teoria, os profissionais ao sair da academia se deparam com a realidade da prática no cuidado e com desafios da profissão.

No tocante tema Oliveira et al., (2015), revela, que poucos têm preparo e maturidade para lhe dar com os estímulos considerados fastidioso da pratica assistencial, e acabam sendo surpreendidos pelas complexidades assistências de enfermagem. Na prática do cuidado o guia é fornecido pela SAE, concretiza tanto, na asserção de promover, controlar ou restaurar o nível de saúde do paciente, como também registrar os fenômenos ocorridos, feito documento do serviço. Isso requer do enfermeiro esforço, disposição e interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando os conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para a implementação das ações sistematizadas.

Em contrapartida versão, Marinelli, Silva e Silva (2015), fazem a seguinte demonstração, às atividades vivenciadas na pratica consistem em reflexões e questionamentos, e todo profissional com vista na ferramenta preestabelecida, ou seja, a SAE podem por seu próprio cuidado visando à garantia da qualidade do serviço usando um método cientifico com base em seu raciocínio critico, assim terá a capacidade de criar ambientes favoráveis, poderá identificar os problemas, solucioná-los sem que haja consequências negativas. Desviando a prática de uma tarefa árdua com complexidades de esforços psicológicos cansativos.

> [...] percebo as pessoas que operacionalizam, a SAE e não a SAE propriamente dita. Por exemplo, às vezes recebo plantão e tudo está bem segundo as anotações. Mas na hora que vou passar a visita descubro que tem um monte de coisa pendente. (E5), (E10), (E3), (E6).
>
> A SAE é perfeita, acontece que há falhas nas interações durante o plantão e na passagem de plantão, tudo rola em torno da SAE você não trabalha sozinho infelizmente nem todos agem de forma correta. (E1), (E4), (E11) e (E12).

Extrai-se dos testemunhos, perceptivas reais sobre a SAE na prática assistencial, que são resumidas nas falas dos seguintes autores: Castilho, ribeiro e Chirelli (2009).

A propósito SAE tem demonstrado dificuldade enfrentada pelos enfermeiros, nos serviços de saúde em sua utilização, uma vez que faz parte da reorganização e sistematização do cuidado, as ações que dependem das relações e interações da comunicação social, entre os membros da equipe no cenário da assistência.

Nacionalmente, vivencia-se uma mudança paradigmática do modo de produzir saúde. Em que se espera ter um enfoque na dedicação e concentração dos profissionais nas suas relações, é importante que todos se empossem em um compromisso fidedigno, com uma finalidade em comum entre todos, deixar as desavenças e empatia para segundo plano. E assim todos poderão contribuir efetivamente para o desenvolvimento de um bom serviço na saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se, que a aplicação e uso da SAE nos postos estudados é uma realidade pratica dos serviços de enfermagem do hospital, pode-se dizer que foi identificado uma grande dificuldade por parte dos enfermeiros em executá-la, pois o número de pacientes ultrapassam a demanda de leitos disponíveis nas enfermarias das clinicas neurológica e cardiológica.

Convém evidenciar, a luta trabalhosa enfrentada pela equipe de enfermagem em realizar cuidadosamente a SAE, que acima de tudo requer um questionamento intenso e uma reflexão mais aprofundada das necessidades apresentadas pelos pacientes. Há de existir um incentivo por parte dos gestores em oferecerem treinamentos de capacitação contínuos para os enfermeiros e assim aprimorar suas capacidades na identificação dos diagnósticos dos clientes baseados na utilização da NANDA e no modelo conceitual de

NHB de Horta.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, M.R et al,. Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. Cient**. da Faculdade de Educação e Meio Ambiente v. 2, n. 2, p. 115-132, Mai-Out, 2011.

BARBOSA. E.P.; et al. Sistematização da assistência de enfermagem: Dificuldades de implantação na visão do Enfermeiro. **Rev. Perspectiva**. v.36, n.133, p.41-51, 2012.

BARBOSA. A. D.; et al. A importância da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em uma unidade de hemodiálise. **Revista de Adm. do Sul do Pará (REASP)** - FESAR – v. 2, n. 3, Set/Dez – 2015.

CARPINTEIRA. P. F. S. et al. Os modelos teóricos nos serviços de enfermagem na visão dos enfermeiros da assistência: um estudo exploratório. **Rev. ACC CIETNA**. v. 2, n. 2 p. 5-19, 2014.

COREN. **Processo de enfermagem**: Guia para a Prática. São Paulo. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n.272, de 27 de agosto de 2002: **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem** – SAE. Brasília: 2002.

MONTEIRO. G. A.; et al. Prática do Pensamento Reflexivo na Elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem: **visão perceptiva dos docentes e discentes**. Rev. Atas CIAIQ. 2015.

NEVES, R. S; SHIMIZU. H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. Rev **Bras Enferm.** v.2, n. 63, p 222-9. Mar-Abr, 2010.

GRASSI. O. F et al. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev Bras Enferm**, Brasília. v.65, n.2, p. 297-303, 2012.

OLIVEIRA. S. R; et al**.** Reflexões sobre as bases científicas e fundamentação legal para aplicação da sistematização do cuidado de enfermagem. **Revista Uniabeu Belford Roxo** v. 8, n. 20, 2015.

MARINELLI. P. N; SILVA, A.C.F; SILVA, B. A. Sistematização da assistência de enfermagem desafios para a implantação. **Rev. Enfermagem Contemporânea**. v.4, n.2, p. 254-263. Junho. 2015

MEDEIROS. L. A; SANTOS. A.C; CABRAL. F.L. Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades evidenciadas pela teoria fundamentada nos dados. **Rev. Enferm**. **UERJ**. Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.47-53. 2013.

MINAYO. S. C. M. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.17, n.3, p.621-626, 2012.

MONTEIRO. G. A.; et al. Prática do Pensamento Reflexivo na Elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem :Visão perceptiva dos docentes e discente. **Rev. Atas CIAIQ**. v. 15, n. 2, p 332-339. 2015.

OLIVEIRA. S. R.; et al. Reflexões sobre as bases científicas e fundamentação legal para aplicação da sistematização do cuidado de enfermagem. **Rev. Uniabeu Belford.** v.8, n. 20, p. 333-339 2015.

LAKATOS, E. Maria; MARCONI, M. de Andrade. Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa. 7 ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

SOBRE OS ORGANIZADORES

FREITAS, Dayana Lúcia Rodrigues de: Mestra em Ciências da Educação pelo Centro de Educação Continuada e Aperfeiçoamento Profissional (CECAP). Especialista em Mídias na Educação pela Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN). Especialista em Tecnologias Educacionais e Educação a Distância pelo Instituto Federal de Educação Ciências e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN). Especialista em Metodologia do ensino de Biologia e Química pelo Instituto Pedagógico de Minas Gerais (IPEMIG/MG). Especialista em Educação Ambiental e Geografia do semiárido pelo Instituto Federal de Educação Ciências e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN). Especialista em Ensino de Ciências Naturais e Matemática pelo Instituto Federal de educação Ciências e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN). Especialista em Língua Portuguesa, Matemática e Cidadania pelo Instituto Federal de Educação Ciências e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN). Graduada em Licenciatura Plena em Biologia pelo Instituto Federal de Educação Ciências e Tecnologia do Rio Grande do Norte (IFRN). Técnica em Meio Ambiente pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC/RS). Palestrante. Pesquisadora. Professora e Orientadora de cursos de Pós-Graduação e Graduação em instituições da rede privada em Macau/RN. Professora; Orientadora de TCC e Orientadora de Estágio Curricular Supervisionado da Escola Técnica Fanex Rede de Ensino – Macau/RN. Professora da Educação Básica do município de Guamaré/RN. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-5355-3547. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5122671799874415. E-mail: dayannaproducoes@gmail.com.

PAIVA, Luciano Luan Gomes: Diretor de Arte na Editora Amplamente Cursos, coordenando toda a produção visual e ações de publicidade nas redes sociais e site da empresa. No campo da Educação, atua como Coach Educacional, Palestrante, Ministrante de Oficinas (presenciais e on-line), Tutor a Distância na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) e Professor de Música em múltiplos contextos. Como pesquisador, tem feito estudos sobre Aprendizagem mediada por Tecnologias Digitais sob a ótica da Complexidade; Formação Docente no âmbito das Tecnologias Digitais; e Mediação Pedagógica no Ciberespaço. Também é membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Música (GRUMUS-UFRN). Tem formação acadêmica, como Mestre em Música (com ênfase em Educação Musical) pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Especialista em Tecnologias Educacionais e Educação a Distância pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFRN). Licenciado em Música pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6192-6075. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0772088747598226. E-mail: luciano.90@hotmail.com.

FERNANDES, Caroline Rodrigues de Freitas: Especialista em Mídias na Educação pela Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN). Pós-graduanda em Educação Inclusiva pelo Instituto Federal de Educação Ciências e Tecnologia do Rio

Grande do Norte (IFRN). Graduada em Licenciatura em História pela Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN). Graduanda em Licenciatura Plena em Pedagogia pela Faculdade UNOPAR. Técnica em Contabilidade pelo Centro de Educação Integrada Monsenhor Honório (CEIMH). Atuou como professora da Rede Pública em Macau/RN. Atuou como professora da Escola Técnica Fanex Rede de Ensino – Macau/RN. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-9198-6746. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5956672837215695. E-mail: caroline_brum2005@hotmail.com.

SOBRE OS AUTORES

ALMEIDA, Bruna Rocha Soares: Acadêmica do 5° ano do curso de medicina da Uniatenas. E-mail: b210669bruna@icloud.com

ALMEIDA, Pedro Henrique Sales: Discente do curso de Medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. E-mail: pedroxalmeida1@hotmail.com

ALMEIDA, Thais Dias Machado de: Nutricionista (CRN - 20999). Graduada pela Faculdade São Miguel e Especialista em Gestão da Qualidade e Segurança Alimentar pela Faculdade dos Guararapes. Atuo no mercado de trabalho como Consultora de Alimentos, Preceptora de Estágio de alunos concluintes da Graduação do curso de Nutrição, em Unidades de Alimentação e Nutrição – UAN.

ALVARENGA, Lilianne Araújo Mendes Oliveira: Contadora e Administradora pela Universidade Estadual do Piauí, especialista em auditoria pela Universidade Federal do Piauí. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8989342173505505. E-mail: lyamendes@hotmail.com

ANDRADE, Smalyanna Sgren da Costa: Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da FACENE/FAMENE. Docente do Curso de Graduação de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa - PB - Brasil. E-mail: smalyanna@hotmail.com

ARANDA, Pâmella da Silva: Graduanda de Psicologia na Universidade Católica Dom Bosco, foi estagiária do Gestão de Pessoas pelo período de 2 (dois) anos na mesma Universidade e atualmente é colaboradora da instituição. É aluna do PIBIC desde 2017 no Grupo de Pesquisa em Teoria Sócio Histórica, Migrações e Gênero vinculado ao Projeto de Pesquisa (Desafios dos fluxos migratórios contemporâneos: a expressão das desigualdades sociais) coordenado pela Profª. Drª. Luciane Pinho de Almeida e participa do Grupo de Estudos pertencente do mesmo Projeto de Pesquisa. Atua no auxílio do PIBIC-JR do mesmo grupo de estudos. Possui fluência no inglês e o básico de espanhol e francês. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3104-5741. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6227264330968691. E-mail: pamellaaranda-@hotmail.com

ARAÚJO, Alana Ribeiro de: Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Potiguar - Laureate International Universities. http://lattes.cnpq.br/2449224389888670. E-mail: alanaaribeiro15@gmail.com

ASSUNÇÃO, André Felipe: farmácia, Universidade da Amazônia – Unama. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8422930739815450. E-mail: ufraassuncaoaf@outlook.com

BARBOSA, Sheilla Luna: Acadêmica do centro universitário são Lucas. E-mail: sheyllaluna@hotmail.com

BARREIRA, Luiza Vilela: Graduanda em Medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5855049335091977. E-mail: luizabarreira4@gmail.com

BARROS, Conceição do Socorro Damasceno: Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará; Especialista em enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal da Bahia (UFBA); com Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Internacional Três fronteiras (UnINTER). Lattes:

http://lattes.cnpq.br/7818503597048856. E-mail: enfcao@hotmail.com

BATISTA, Marcos Antonio Silva: Graduação em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras de São Luís (MA) (2013). Enfermeiro da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) lotado no Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins (HDT-UFT). Membro do Núcleo de Segurança do Paciente; Membro da Comissão Gestora Multidisciplinar de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes; Membro da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde; Membro da Comissão de Implantação da Assistência de Enfermagem e atuou como Membro da Comissão de Ética de Enfermagem do HDT-UFT/Ebserh. Membro associado da Sociedade Brasileira de Enfermeiros em Centro Cirúrgico, Recuperação Pós-Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC). Lattes: http://lattes.cnpq.br/7924111463464336. E-mail: marcos_batista@hotmail.com

BELTRAMINI, Natália Inácio: Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. E-mail: natbeltramini@gmail.com

BERALDO, Alisson: Discente do curso de Medicina da Universidade Brasil, Fernandopolis, São Paulo. E-mail: alissonberaldo@hotmail.com

BEZERRA, Lívia Oliveira: Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Mestre em Fisioterapia: avaliação e intervenção em fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7282155175981140. E-mail: livia.bezerra@unp.br

BRABO, Adriano da Costa: Farmacêutico, Escola Superior da Amazônia-Esamaz. E-mail: Adrianobrabo@live.com

BRANCO, Ravena Vaz Feitosa Castelo: Enfermeira, Mestre em Ensino e Saúde pela Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0706655421298917. E-mail: enf.ravena@gmail.com

BUCK, Eliane Cristina da Silva: Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Mestre em Enfermagem pela UFPB. Docente do Curso de Enfermagem e Medicina da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. E-mail: cristhina_07@hotmail.com

CABRAL, Adriana de Lima: Bacharel em Biomedicina (CRBM 29295), formada em 2015. Obtive experiência no setor de diagnóstico por imagem, atuando em exames como mamografia e densitometria óssea e no setor de Análises Clínicas, realizando coleta, preparo e liberação de exames nos setores de hematologia, bioquímica, urinálise, parasitologia e análise microbiológica de materiais diversos. Técnica em Radiologia Médica, formada em 2011. Atuei em hospitais como Sociedade Portuguesa de Beneficência de Santos, Hospital Guilherme Álvaro e Centro de Referência Emergência Internação (CREI), realizando posicionamento e aplicação de técnicas radiológicas. Inglês avançado e conhecimentos em informática. Disponibilidade para viagens e mudança de cidade. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3316023075009869. E-mail: adrianadelima1998@gmail.com

CABRAL, Lucas Manoel da Silva: Doutorando e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), na área de Política, Planejamento e Administração em Saúde. Especialista em Gestão de Risco de Emergências e Desastres em Saúde Pública

(em andamento); e Tecnologias Educacionais para a Prática Docente no Ensino da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Graduação em Administração, com linha de formação em Gestão da Saúde pelo Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE). Áreas de Interesse: Apoio à Gestão do SUS e Atenção Primária à Saúde nos Municípios Rurais e Remotos no Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8282273527347394. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6144-8050 E-mail: admlucascabral@gmail.com

CAMILO, Luana Martins: Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. E-mail: luanamartins67@gmail.com

CAMPOS, Nathalia Espírito Santo: Acadêmica do 8º período de medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais pelo ProUni. Minhas maiores qualidades são ser organizada e disciplinada com as minhas tarefas estudantis. No atual momento, estou buscando investir meu conhecimento em áreas específicas e coerentes com a minha decisão pela Residência Clínica: cardiologia ou cirurgia cardiovascular. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5260981323223206. E-mail: nathaliacampos098@gmail.com

CARVALHO, Ana Júlia Peres de: Graduanda em Medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1134513798783268. E-mail: anaperescarvalho@gmail.com

CARVALHO, Brenda Hellen Santos: Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – João Pessoa – PB – Brasil. E-mail: brendahellen29@gmail.com

CERQUEIRA, Graziana Silva: Enfermeira; especialista em Saúde da Família pela Clínica Integrada de Odontologia de Minas Gerais. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1865496080564673. E-mail: Grazianjo2010@hotmail.com

CÉSAR, Edna Samara Ribeiro: Enfermeira. Mestre em Ciências da Nutrição pela UFPB e Mestre em Terapia Intensiva pelo IBTI. Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança e Faculdade de Enfermagem São Vicente de Paula. Enfermeira do Ambulatório de HIV/AIDS do Complexo Hospitalar Clementino Fraga. E-mail: samaraenfermagem@outlook.com

COSTA, Bruna Ferreira da: Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – João Pessoa – PB – Brasil. E-mail: brucostt20@gmail.com

COSTA, Izolda Souza: Graduação em Farmácia - Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Especialização em Citologia Clínica - Sociedade Brasileira de Citologia em parceria com a Fundação Sousândrade e Faculdade Laboro; Especialização em Análises Clínicas - Instituto Florence; Mestrado em Saúde e Ambiente - Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Lattes: http://lattes.cnpq.br/9904392880678869. E-mail: izolda.costa@hotmail.com

COSTA, Larissa Kelly Cunha: Enfermeira graduada pelo Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA. E-mail: lkbabyk@hotmail.com

COSTA, Lorena Pinheiro da Conceição: Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UEPA). Especialista em Terapia da Mão e Reabilitação de Membro Superior pela Faculdade Conhecimento e Ciência (FCC). Pós

Graduanda em Saúde Pública pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Formada em Terapia Ocupacional pela Universidade do Estado do Pará. Possui certificação em Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). Atua no município de Benevides no Núcleo de Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB) e Academia da Saúde como Terapeuta Ocupacional. Lattes: http://lattes.cnpq.br/2624624174131452. E-mail: lorenapinheiro24@hotmail.com

COSTA, Mariana de Fatima Carneiro Dias Ferreira Gomes da: Graduada em nutrição, pós graduada em gestão da qualidade e segurança dos alimentos, consultora é RT em serviço de alimentação, preceptora de estágio em UAN e docente em pós graduação. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1018991458257671. E-mail: marianafgdacosta@gmail.com. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-0290-8552

COSTA, Rosângela da Silva: Graduada no curso de Bacharelado em Farmácia por meio da instituição Estacio, polo castanhal- PÁ. Profissão atuante farmacêutica em farmácia comercial Certificado no curso de capacitação em Injetavel. E-mail: rosangeladasilvacosta5@gmail.com

COSTA, Sueli de Souza: Graduação em Odontologia - Faculdade da Zona Leste (FLZ); Especialização em Odontologia Legal - Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMandic); Especialização em Odontologia do Trabalho – CFO; Mestrado em Laser em Odontologia - Universidade Cruzeiro do Sul (Unicsul); Doutorado em ciências Odontológicas - Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMandic); Professora da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) - Coordenação de Medicina Pinheiro. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3336910615355668. E-mail: scsueli@gmail.com

CRUZ, Valeska Cabral da: Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Potiguar - Laureate International Universities. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1773535249527576. E-mail: valeska_cabral@outlook.com

DEUS, Girllene Ramalho de: Possui graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade do Estado do Pará (2000), com especialização em Terapia da Mão e Membro Superior pela Faculdade FINAMA (2019), atualmente é terapeuta da mão do Centro Clínico de Reabilitação do Pará e Ortoclínica do Pará. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0824081066151228. E-mail: rgirllene@yahoo.com.br

DIAS, Helio Lucas Cordeiro: Biomédico, Universidade da Amazônia. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3061834357763354. E-mail: heliolucas83@gmail.com.

ELOIA, Rayana Laryssa Dias: Graduada em fisioterapia pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio- UNILEÃO. Pós-graduanda em Fisioterapia RespiratóriaPediátrica e Neonatal pelo o Centro Universitário Doutor Leão Sampaio-UNILEÃO. E-mail: laryssa201@hotmail.com

FERNANDEZ, Matheus Scabini: Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. E-mail: matheuscanarinho@hotmail.com

FERREIRA, Jackson Soares: Enfermeiro. Pós-graduando em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental e Educação Profissional e Tecnologia pela Faculdade FARESE. João Pessoa - PB – Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0300237519150910. E-mail: soaresjf21@gmail.com

FONSECA, Kelven Mello da: Graduação em Educação Física (Bacharelado) em andamento pelo Centro Universitário Estácio de Rio Branco – Estácio Unimeta (2018 até

presente). E-mail: kelvenacmello419@hotmail.com

FURTADO, Lidia Raquel Vidal Da Silva: Graduada em Nutrição pela UNIFG, Pós-graduada em nutrição clínica e funcional pela UNIFG; Pós-graduada em auditoria e qualidade em vigilância sanitária pela Alpha. E-mail: lidiaraquelnutri@gmail.com

GALVÃO, Mariana Portela Soares Pires: Enfermeira, Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Piauí. Lattes: http://lattes.cnpq.br/8043039518673391. E-mail: marianaportelaspg@gmail.com

GONÇALVES, Rosane Cristina Mendes: Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Luterano de Palmas- CEULP/ULBRA. Especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal do Tocantins. Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca- FIOCRUZ. Atualmente é enfermeira assistencialista no Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins HDT-UFT/Ebserh em Araguaína-TO. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9281499833954455. E-mail: rosanecristinamg@hotmail.com

GOULART, Isadora Medrado: Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. E-mail: isadoragoulart.est@gmail.com

HOLANDA, Alexsandra de Luna Freire: Enfermeira. Pós-graduanda em Centro Cirúrgico, CME e SRPA pela Faculdade CEFAPP. João Pessoa - PB – Brasil. E-mail: alexsandraluna1989@gmail.com

IMAMURA, Vinícius Lopes: Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7798503442215935. E-mail: viniciusimamura1@gmail.com

JARA, Graziela Cristina: Mestre em Educação pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Especialista em Educação Especial com ênfase ao Atendimento. Atualmente é membro do Conselho Brasileiro para Superdotação (ConBraSD) e Técnica de Atendimento Educacional Especializado/ETAEE da Secretaria Municipal de Campo Grande /SEMED/MS. É membro do Grupo de Pesquisas Educacional e Órgão de Gestão e Sistema de Ensino - GEPESE. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3839206750885163. Orcid: http://orcid.org/0000-002-8023-9921. E-mail: grazijarasantos@gmail.com

JESUS, Bruna Rodrigues Martins de: Graduada em enfermagem em 2015 pela Uninassau; Especialista em enfermagem do trabalho e Saúde ocupacional; Enfermagem em Uti; Gestão e auditoria em Serviços de Saúde; Instrumentação cirúrgica, centro cirúrgico e central de material e esterilização. https://orcid.org/0000-0002-7412-5821. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0267805385482389. E-mail: Graduando@outlook.com

JUNIOR, Aldenor Batista da Silva: Doutorando em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) - (bolsista Capes). Graduado em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Atualmente é membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em teoria Sócio-Histórica, Migrações e Gênero e do Laboratório de Estudos Psicossociais em saúde frente a contextos de desigualdade social. Foi pesquisador nas áreas de Psicologia, Educação, Trabalho e Prática docente, história e pressupostos teóricos da Psicologia Soviética do Grupo de Estudos e Pesquisa em Psicologia e Educação/GEPPE do Programa de Pós Graduação em Psicologia e Educação da UFMS.

Atuação, como colaborador, no Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Formação do Trabalho e Bem-Estar Docente/GEBEM (Cnpq) de maio/2013 à julho/2015 desenvolvido na UCDB. Teve formação complementada pelo programa de bolsas iberoamericanas do Santander em 2015 na Pontifícia Universidad Católica de Chile, Santiago - Chile, desenvolvendo trabalhos em saúde intercultural. Possui experiências com as temáticas: Diagnóstico e Desenho de intervenções em Comunidades, principalmente educativas, Formação e Bem-estar de professores, Enfrentamento da violência na Escola, Aprendizagem e Comportamento organizacional, atendimento clínico em psicologia e Formação do Psicólogo Orcid: https://orcid.org/0000-0003-1719-3382. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9205576019075477. E-mail: aldenorbsjpsi@gmail.com

JUNIOR, Cláudio Rogério Rocha: Graduação em Direito - Centro Universitário Campos de Andrade (UNIANDRADE); Especialização em Direito Público com Ênfase em Direito Contemporâneo -Universidade Positivo (UNIPOSITIVO). E-mail: claudiorocha.adv@outlook.com

JUNIOR, Dorival Fagundes Cotrim: Doutorando do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Professor do Instituto de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC RIO). Mestre em Teoria do Estado e Direito Constitucional da PUC RIO. Especialista em Direitos Humanos e Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Graduado em Ciências Jurídicas e Sociais pela Faculdade Nacional de Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FND/UFRJ). Lattes: http://lattes.cnpq.br/7008561960392884. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7389-7635. E-mail: dorivalfcotrim@gmail.com

JÚNIOR, Jorge Lopes Rodrigues: Possui graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade do Estado do Pará (1996). Atualmente é docente da Universidade do Estado do Pará em regime de dedicação exclusiva. Tem experiência na área de Terapia Ocupacional, Tecnologia Assistiva com recursos convencionais e materiais de baixo custo. adequação postural, reabilitação física, hanseníase e órtese e prótese, com pesquisa no desenvolvimento de próteses funcionais para amputações parciais da mão e de recursos para a tecnologia de reabilitação. Mestre em Doenças Tropicais pela Universidade Federal do Pará (2013). Doutor em doenças tropicais pela UFPA (2020). Docente do curso de Pós-Graduação em Terapia da mão e Reabilitação de Membro Superior da Faculdade Ciência e Conhecimento. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9719591895028261. E-mail: Jorgeto_004@yahoo.com.br

LEAL, Andréia dos Santos: Pós-graduação em farmácia clínica e gestão de consultório farmacêutico, ICTQ. Graduação em farmácia pela instituição Estácio polo Castanhal - PA atuação profissional farmacêutica. E-mail: andreiafarma.5@gmail.com

LIMA, Enderson Vasconcelos de: Enfermagem Estácio-castanhal. E-mail: Enderson.lima18@gmail.com

LINS, Maria de Lourdes Vieira: Graduação em Enfermagem - Faculdades de Enfermagem Nova Esperança (2019) e graduação em Pedagogia pela Universidade Federal da Paraíba (2008). Lattes: http://lattes.cnpq.br/7315750516043579. E-mail: maluvlins@gmail.com.

LIRA, Thifanny Gonçalves de: Enfermagem, Universidade da Amazônia. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7640553202383231. E-mail: Thifannylira.g@gmail.com

LOPES, Dielky Gomes: Enfermagem, Universidade da Amazônia- Unama. Lattes: http://lattes.cnpq.br/9666243409564695. E-mail: dielkyme@yahoo.com.br

MAFFIA, Gustavo Zeferino: Acadêmico do 5° ano do curso de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: gustavozm33@gmail.com

MAFFIA, Willian Zeferino: Acadêmico do 5° ano do curso de medicina da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: willianzm10@gmail.com

MAIA, Janainna Maria: Enfermeira, especialista em Nefrologia pela UNIPOS. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0310505581274894. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-6639-2700 E-mail: janainnamaia@hotmail.com

MARQUES, Daniela Ferreira: Pós-graduanda em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal e Fisioterapia Neurofuncional adulta e pediátrica no Centro Universitário UNILEÃO. Fisioterapeuta (bacharela) pelo Centro Universitário UNILEÃO. Atualmente tem atuado com fisioterapia neurofuncional, geriátrica e ortopédica a domicilio. E-mail: danielaferreiram_@hotmail.com

MARTINS, Camila Rocha: Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade Estadual do Piauí, e enfermeira Obstetra pelo programa de residência em enfermagem obstétrica da Universidade Federal do Piauí. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6195911723060181 E-mail: camilarmartins_18@hotmail.com

MARTINS, Larissa Yano Souza: Graduanda em Medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6692817633595479. E-mail: larissayano@yahoo.com.br

MATIAS, Thawan da Luz: Graduando em Fisioterapia pela Universidade Potiguar - Laureate International Universities. Lattes: http://lattes.cnpq.br/2574226435754163. E-mail: thawan_matias23@hotmail.com

MELO, Maria Lilliene Cardozo: Fisioterapeuta, Especialista em fisioterapia neurológica funcional pelo Centro de Ensino Unificado de Teresina-CEUT e especialista em saúde da mulher. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6489815367161050. E-mail: lillienemelo@gmail.com

MENEZES, Maria Sueli de: Enfermeira. Mestre em Terapia Intensiva pela SOBRATI. João Pessoa- PB- Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0252795132279431. E-mail: suelimenezes@facene.com.br

MOREIRA, Kletiane Fernandes da Silva: Graduada em Nutrição pela UNIFG. E-mail: kletiane@hotmail.com

MOURA, Larissa Pereira de: Mestrado Profissional em andamento em Ensino de Ciências e Matemática pela Universidade Federal do Acre – UFAC (2019 até presente); Graduação em Nutrição em andamento pelo Centro Universitário Estácio de Rio Branco – Estácio Unimeta (2017 até presente). Possui Graduação em Química pela Universidade Federal do Acre (UFAC-2019). Tem experiência na área de Química, com ênfase em ensino de química. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7975984276208688. E-mail: larissamoura40@gmail.com

MOURA, Maryna Ellen Lopes: Enfermeira, Pós-graduada em Urgência e Emergência pela Uninovafapi. E-mail: marynamoura48@gmail.com

MOURA, Samara Maria Leal de: Enfermeira Especialista em Nefrologia pela

Universidade Estadual do Ceará. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3394993901246363. E-mail: samlealnefro@outlook.com

Nascimento, Rubenilson Corrêa do: Graduação em farmácia, através do instituto Estácio polo Castanhal – PA. Pós-graduação em farmácia clínica e gestão em consultório farmacêutico, ICTQ. E-mail: rubenilsoncorrea@hotmail.com

NAVARRO, Pedro Daibert de: Professor do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4838540265430639 . E-mail: pedronavarromg@gmail.com

NEPOMUCENO, Carla Cardi: Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2013). Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2015). Doutorado em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro em andamento. Pós-graduada em Enfermagem Cuidado Pré-natal pela Universidade Federal de São Paulo (2015). Pós-graduada em Gênero e Sexualidade pelo Centro Latino-Americano em Sexualidade em Direitos Humanos (CLAM/IMS/UERJ). Membro do Grupo de Pesquisa LEGS - Laboratório de Estudos em Gênero, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, vinculado a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Lattes: http://lattes.cnpq.br/7008561960392884. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6899-3262 E-mail: carlacardiufjf@gmail.com

NETO, Miguel Pereira Goulart: Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. Lattes: http://lattes.cnpq.br/2601681751846603. E-mail: netogoulart.estudos@gmail.com _

NOVELINI, Paulo Eduardo: Discente do curso de Medicina da Universidade Brasil, Fernandopolis, São Paulo. E-mail: peduardo9lini@gmail.com

NUNES, Bárbara Elvira Menezes de Brito: Graduada em Fisioterapia pelo o Centro Universitário Doutor Leão-Unileão. Pós graduada em Fisioterapia Traumato Ortopédica e em Fisioterapia Ambulatorial e Instensiva com ênfase no Adulto pelo Centro Universitário São Camilo. Atuou no NASF pela a prefeitura Municipal de Barbalha- CE e Jardim - CE. Atualmente é Residente na categoria multiprofissional em Saúde Coletiva pela a Universidade Regional do Cariri-URCA. E-mail: barbara_crato@hotmail.com

NUNES, Janete da Silva: Enfermeira. Pós-graduanda em Pediatria Neonatal pela Faculdade FACUMINAS. João Pessoa – PB – Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1585857409777445 . E-mail: janetepbsilva2@gmail.com

OLIVEIRA, Cristiana Pacífico: Enfermeira e Assistente Social, Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal do Piauí, Especialista em Nefrologia Multidisciplinar pela Universidade Federal do Maranhão. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5844967520585312 E-mail: cris.enferm@hotmail.com

OLIVEIRA, Ideane Monteiro de: Pós-graduada em farmácia clínica e gestão em consultório farmacêutico, através da instituição ICTQ. Graduada no curso de farmácia por meio da instituição Estacio, polo castanhal- PÁ. Profissão atuante farmacêutica. E-mail: idebem@hotmail.com

OLIVEIRA, Leilyanne de Araújo Mendes: Enfermeira Obstetra pelo programa de residência em enfermagem obstétrica da Universidade Federal do Piauí. Lattes: http://lattes.cnpq.br/2210519434558500. E-mail: leimendes@hotmail.com

OLIVEIRA, Letícia Gomes de: Enfermeira, Mestranda em Epidemiologia e Vigilância em Saúde-IEC. E-mail: gomes_15_letici@hotmail.com

OLIVEIRA, Maria Aparecida de Souza: Enfermeira graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Enfermeira do Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga. João Pessoa – PB – Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/0706661654855339 . E-mail: cida-tec@outlook.com

OLIVEIRA, Thales Advíncula Barbosa: Acadêmico do 5° ano do curso de medicina da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: thalesadvincula@gmail.com

PEREIRA, Victória Beatriz de Lourdes Carvalho: Graduanda em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – João Pessoa – PB – Brasil. E-mail: victoriabeatrizcarvalho@gmail.com

PIMENTA, Joscelina Aparecida: Acadêmica do centro universitário são Lucas. E-mail: joscelina-jipa@hotmail.com

PIRES, Cinthya Francinete Pereira: Mestre em Gestão e serviços de saúde da Amazônia Universidade Federal do Pará. E-mail: cinthyapires@yahoo.com.br

POCIANO, Maria do Amparo dos Santos: Graduada em Enfermagem pela Faculdade Maurício de Nassau Campus-Redenção Teresina–Piauí. Especialização em Saúde Pública e Saúde da Família, em andamento pela Faculdade IESM. Atualmente trabalho como cuidadora de RN e Puérpera desde maio de 2019 na empresa Carolina valer. E-mail: mariadoamparo.mp@gmail.com

QUEIROZ, Viviane Cordeiro de: Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFPB. Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade IBRA/MG. João Pessoa – PB – Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7705025336495099. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2037-921X. E-mail: vivicordeiroqueiroz35@gmail.com

REIS, Dayane Silva Pires: Universidade da Amazônia-UNAMA; Bacharelado em Enfermagem. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7608961127280377. E-mail: dayanesr@gmail.com

REIS, Sarah Zaghi Borges: Graduanda em Medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6173476337333918. E-mail: sarahzaghi@gmail.com

RIBEIRO, Isabele Gomides: Acadêmica do 5° ano do curso de medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: isabelegomidesr@gmail.com

RIBEIRO, Valdo Freire: farmácia, Universidade da Amazônia – Unama. Lattes: http://lattes.cnpq.br/6308861099452115 . E-mail: valdoribeiro0k@hotmail.com

ROSSATO, Laila Passerine: Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. E-mail: lailarossato@hotmail.com

SÁ, Taísa Freire Mororó de: Graduada em Fisioterapia Pelo Centro Universitário Doutor Leão Sampaio - UNILEÃO, Residente (R2) em Saúde da Família e Comunidade / Escola de Saúde Pública -CE; Pós Graduanda em Políticas Públicas em Saúde Coletiva / Universidade Regional do Cariri - URCA. Membro associada da Associação Brasileira de Saúde Coletiva -ABRASCO. Licenciatura em Ciências Biológica pela Faculdade de Formação de Professores de Araripina. E-mail:

taisa_freire.21@hotmail.com

SANTOS, Cynthia Cybelle Rodrigues dos: Enfermeira graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. João Pessoa – PB – Brasil. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4060512655206862. E-mail: cyncyb@gmail.com

SANTOS, Daniela Lacerda: Fisioterapeuta graduada pela Universidade Gama Filho. Especialização em Reabilitação Cardiovascular e Respiratória pela Universidade Estácio de Sá. Enfermeira graduada pelo Centro Universitário Augusto Motta, com especialização em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Gama Filho. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social/UERJ. Professora do Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto/Faculdade de Medicina de Petrópolis. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4803532250229421 . Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6318-0809. E-mail: enfdanielalacerda@gmail.com

SANTOS, Elica brito dos: Pós-graduada em enfermagem do trabalho pela Uninter. E-mail: elikissa@hotmail.com

SANTOS, Jozicleide Barbosa dos: Enfermeira. Graduada pela Faculdade Nova Esperança – João Pessoa – PB – Brasil. E-mail: jozicleidebsantos@gmail.com

SANTOS, Kesia Carla dos: Tecnóloga em gestão hospitalar pelo portal educação. E-mail: kesia1385@gmail.com

SANTOS, Laurinda Alves dos: Enfermeira, especialização em andamento em Gestão na Estratégia da Saúde da Família. E-mail: leninhamjn@gmail.com

SANTOS, Maise Bessa Marques dos: Enfermeira graduada pelo Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA e Pós-graduanda do curso de Urgência e Emergência em enfermagem na ESAMAZ. E-mail: maisebessa.mb@gmail.com

SANTOS, Maria Luiza Almeida dos: Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Potiguar - Laureate International Universities. Lattes: http://lattes.cnpq.br/4237286566728316. E-mail: malualmeeida@gmail.com

SANTOS, Ulisses dos: Enfermeiro intensivista, especialista em UTI neonatal e pediátrica pela Faculdade Futura. E-mail: ulissesmaiden@hotmail.com

SILVA, Ana Júlia Ferreira da: Discente do curso de medicina da universidade Nove de Julho campus Vergueiro. E-mail: anaperescarvalho@gmail.com

SILVA, Antonio Rafael da: Fisioterapeuta, Graduado pelo o Centro Universitário Doutor Leão Sampaio-Unileão, Atuou no Serviço de Atenção Domiciliar pela a prefeitura Municipal de Tarrafas-CE, Atualmente é Residente na categoria multiprofissional em Saúde Coletiva pela a Universidade Regional do Cariri-URCA. E-mail: raphaelsilvha@gmail.com

SILVA, Fábio Nascimento da: Possui Mestrado em Gestão de Cuidados da Saúde pela Miami University of Science and Technology (MUST-2020), Especialização em Educação Física Escolar pela Faculdade Barão do Rio Branco (FAB-2014), Especialização em Treinamento Desportivo pela Faculdade Barão do Rio Branco (FAB-2013), Graduação em Educação Física (Bacharelado) pela Universidade Federal do Acre (UFAC-2014) e Graduação em Educação Física (Licenciatura) pela Faculdade Barão do Rio Branco (FAB-2012). Atualmente é docente, membro do Núcleo Docente Estruturante

dos cursos de Licenciatura e Bacharelado em Educação Física e Responsável Técnico da Academia Escola no Centro Universitário Estácio de Rio Branco – Estácio Unimeta. Possui experiência na área de Educação Física, atuando principalmente na educação superior, com ênfase em Anatomia Humana, Cineantropometria, Treinamento Desportivo e Fisiologia do Exercício. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5002965607352453. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2503-2450 E-mail: fabio.nascimento@unimeta.edu.br

SILVA, Francisco de Morais: Graduação em Educação Física (Bacharelado) em andamento pelo Centro Universitário Estácio de Rio Branco – Estácio Unimeta (2018 até presente). Possui Graduação em Sistemas de Informação pelo Centro Universitário Estácio de Rio Branco – Estácio Unimeta (2018). Atualmente é atendente de telemarketing na empresa Contax. Tem experiência na área administrativa diretamente ligada a diretoria. Prática ampla na rotina de escritório, arquivo, cursos de informática - experiência rotineira com programas do ambiente Windows (Word, Excel, PowerPoint) e internet. Lattes: http://lattes.cnpq.br/5585699442993851. E-mail: fms321@hotmail.com

SILVA, Jader Moreira da: Graduação em Odontologia - Universidade Federal do Pará (UFPA); Especialização em Prótese dental - Associação Brasileira de Odontologia (ABO PA); Especialização em Docência Para o Ensino Superior - Centro Universitário do Pará (CESUPA); Mestrado em Clínicas Odontológicas - Universidade Federal do Pará (UFPA); Doutorado em Implantodontia - Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMandic); Professor do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA). Lattes: http://lattes.cnpq.br/0479610315245919. E-mail: moreirajader@hotmail.com

SILVA, Jaqueline dos Anjos: Graduada pela Universidade do Estado do Pará no Curso de Terapia Ocupacional no ano de 2013, pós graduada em Terapia da mão e Reabilitação do Membro Superior em 2019 pela instituição Finama. Atua na reabilitação física, traumato ortopedia desde 2015 com público adulto, em clínica localizada na cidade de Ananindeua - Pa e apresenta em sua formação complementar cursos de Taping Terapêutico, Avaliação Postural, Formação na técnica Gua Sha Brasil: indução miofascial, Avaliação, Treinamento e Reabilitação do Ombro. E-mail: jaquelineanjos0212@gmail.com

SILVA, Luana Cristie Coelho da: Graduada em Nutrição pela UNIFG. E-mail: luana_xerom@hotmail.com

SILVA, Mara Sebastião da: Graduação em andamento em Nutrição pelo Centro Universitário Estácio de Rio Branco – Estácio Unimeta (2017 até presente). E-mail: marabela080111@gmail.com

SILVA, Nayla Regina da: Graduação em andamento em Nutrição pelo Centro Universitário Estácio de Rio Branco – Estácio Unimeta (2017 até presente). Lattes: http://lattes.cnpq.br/9154241800735294. E-mail: naylaregina00@gmail.com

SILVA, Shirley Gomes Martins da: Acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário São Lucas de JiParaná. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0869-2051. E-mail: shirley_jipa@hotmail.com

SILVA, Viviane Michele da: Enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Docente do Curso Técnico de Enfermagem da Escola São Vicente de Paula. João Pessoa - PB - Brasil. Lattes:

http://lattes.cnpq.br/9232004755225152 . E-mail: vivi-michele015@gmail.com

SIMPLÍCIO, Morganna Karolayne: Acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário São Lucas de JiParaná. Lattes: http://lattes.cnpq.br/1814245414900696. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-4198-917X

SOARES, Ingrid Raiza Rodrigues: Enfermeira graduada pelo Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA e Pós-graduanda do curso de Urgência e Emergência em enfermagem na ESAMAZ. E-mail: inraizasoares@gmail.com

SOUZA, Jullia Santos de: Graduada em Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba, Mestre em Saúde da criança e do adolescente na Universidade Federal de Pernambuco. Nutricionista com experiência já tendo atuado como nutricionista do Núcleo de Apoio á Saúde do Município de Coremas e fazendo atendimentos à nível de consultório, além da vasta experiência adquirida na área de nutrição hospitalar durante o período de residência com ênfase na atenção ao paciente crítico no Hospital Universitário Lauro Wanderley/Universidade Federal da Paraíba. Professora Assistente B do Centro Universitário Estácio Recife e Nutricionista da UTI do Complexo Hospitalar Clementino Fraga. Lattes: http://lattes.cnpq.br/3708456204743940. E-mail: jullia.souza@gmail.com

SOUZA, Matheus Alves de: Discente do curso de medicina da Universidade Brasil, Fernandópolis, São Paulo. E-mail: alves.math@outlook.com.br

STABILE, **Mariane Zevoli:** Discente do curso de medicina da Universidade de Marília. E-mail: marianestabile@icloud.com

TIAGO, Allan Carlos da Silva: Farmacêutico, pós graduando em gestão da farmácia clínica nos serviços de saúde – UFPA. E-mail: pharma.allan@gmail.com

VILLA NOVA, **Rariene da Silva Leal:** Professora orientadora. Enfermeira formada pelo Ulbra Universidade Luterana do Brasil UNLB/UlBRA. Pós-Graduação em metodologia do ensino-Senac. Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Lucas. Especialista metodologia do ensino. E-mail: rariene.nova@saolucas.edu.br

INDICE REMISSIVO

A

Aleitamento, 36
Aleitamento Materno, 211
Alimentação, 36
Amputação parcial de mão, 69
Assistência, 421
Assoalho Pélvico, 293
Atitudes e Prática em Saúde, 210
Auditoria de enfermagem, 122

B

Biossegurança, 93
Burnout, 385

C

Cesárea, 58, 274
Cirurgia, 113, 203
Consultório de Rua, 51
COVID-19, 315
Cuidados de Enfermagem, 14, 226, 421

D

Dente, 149
Diabetes, 255
Dieta, 255
Doenças da Próstata, 113
Doenças Sexualmente Transmissíveis, 51

E

Educação em Enfermagem, 354
Educação em saúde, 58
Educação Permanente, 29
Empoderamento, 335
Enfermagem, 93, 122, 241, 354, 370
Enfermagem do trabalho, 186
Enfermagem obstétrica, 274
Envelhecimento, 100
Equipe multiprofissional, 393
Escala de Braden, 241
Esterilização, 354
Ética, 149
Exercício Físico, 100, 255

F

Fatores de risco, 274
Fatores socioeconômicos, 274
Fenômenos Biomecânicos, 203
Fisioterapia, 293

G

Gestantes, 210
Ginecologia, 393

H

Higienização Hospitalar, 226
Hiperplasia, 113

I

Idoso, 265
Incontinência Urinária, 293
Infecção Hospitalar, 226

L

Legislação Odontológica, 149
Lúpus Eritematoso Sistêmico, 168

M

Marcapasso Cardíaco Artificial, 370
Medicina Robótica, 135
Médicos, 385
Método de Ponseti, 202
Mortalidade Infantil, 303
Mulheres, 335

O

Obesidade, 36
Obtenção de Tecidos e Órgãos, 149
Odontologia, 149

P

Parto Humanizado, 14, 335
Parto Normal, 14
Pé torto congênito, 202
Pessoas em Situação de Rua, 51

Políticas de saúde, 29
Pós-Parto, 211
Pré-natal, 58
Processos de Enfermagem, 186
Prostatectomia, 293
Prótese 3D, 69
Psicologia da gravidez, 80
Psicologia Hospitalar, 80
Psicopatologia, 385

Q

Qualidade de Vida, 370

R

Realidade Simulativa, 404

S

Saúde da Criança, 203
Saúde do Trabalhador, 186
Saúde Pública, 113
Septicemia Bacteriana, 303
Serviços de saúde, 29, 122
Síndrome do desconforto respiratório, 303
Sistema imunológico, 168
Sistema Único de Saúde, 51

T

Tecnologia, 135
Telemedicina, 135
Terapia de mão, 69
Trabalhador, 93
Trabalho de Parto, 335
Treinamento, 404
Tuberculose, 51

U

Unidades de Terapia Intensiva, 315

V

Violência Obstétrica, 80, 335

E-BOOK

AMPLAMENTE:
ESPECIALIDADES E DEMANDAS EM SAÚDE

1ª EDIÇÃO. VOLUME 01.

EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA

ORGANIZADORES
Dayana Lúcia Rodrigues de Freitas
Luciano Luan Gomes Paiva
Caroline Rodrigues de Freitas Fernandes

DOI: 10.47538/AC-2020.13
ISBN: 978-65-992789-2-1

(84) 99707 2900
@amplamentecursos
amplamentecursos
publicacoes@editoraamplamente.com.br

EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA
Ano 2020