

E-BOOK

AMPLAMENTE ESTUDOS EM SAÚDE

ORGANIZADORES
Eliana Campêlo Lago
Luiz Filipe Lago de Carvalho



EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA

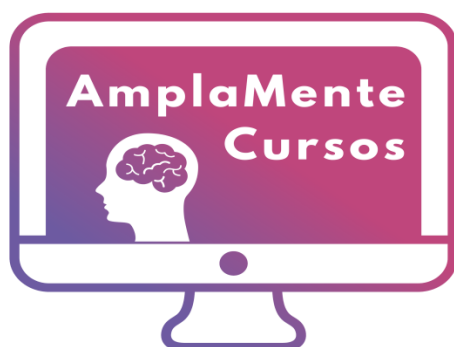


AMPLAMENTE: ESTUDOS EM SAÚDE
1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-16-4 DOI: 10.47538/AC-2022.03

E-BOOK

AMPLAMENTE: ESTUDOS EM SAÚDE

1ª EDIÇÃO. VOLUME 01.

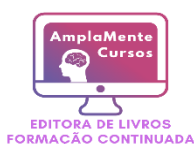


**EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA**

ORGANIZADORES

Eliana Campêlo Lago
Luiz Filipe Lago de Carvalho

DOI: 10.47538/AC-2022.03



Ano 2022



AMPLAMENTE: ESTUDOS EM SAÚDE
1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-16-4 DOI: 10.47538/AC-2022.03

E-BOOK

AMPLAMENTE: ESTUDOS EM SAÚDE

1ª EDIÇÃO. VOLUME 01.

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

Amplamente [livro eletrônico] : Estudos em saúde /
organizadores Eliana Campêlo Lago, Luiz Filipe Lago de Carvalho. -- 1. ed. -- Natal,
RN : Amplamente Cursos e Formação Continuada, 2022. PDF

Vários autores. Bibliografia.
ISBN 978-65-89928-16-4

1. Ciências da saúde - Pesquisa 2. Estudos científicos 3. Saúde - Aspectos sociais 4. Saúde - Pesquisa I. Lago, Eliana Campêlo. II. Carvalho, Luiz Filipe Lago de.

22-105616

CDD-610. 3

Índices para catálogo sistemático:

1. Ciências da saúde 610.3

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

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



Ano 2022



Editora Chefe:

Dayana Lúcia Rodrigues de Freitas

Assistentes Editoriais:

Caroline Rodrigues de F. Fernandes
Margarete Freitas Baptista

Bibliotecária:

Eliete Marques da Silva

Projeto Gráfico e

Diagramação:

Luciano Luan Gomes Paiva
Caroline Rodrigues de F. Fernandes

Imagem da Capa:

Shutterstock

2022 by Amplamente Cursos e Formação Continuada

Copyright © Amplamente Cursos e Formação Continuada

Edição de Arte:

Luciano Luan Gomes Paiva

Copyright do Texto © 2022 Os autores

Copyright da Edição © 2022 Amplamente Cursos e Formação Continuada

Revisão:

Os autores

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 \(CC-BY-NC-ND\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

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.



Ano 2022

CONSELHO EDITORIAL

Dr. Damião Carlos Freires de Azevedo - Universidade Federal de Campina Grande
Dra. Danyelle Andrade Mota - Universidade Federal de Sergipe
Dra. Débora Cristina Modesto Barbosa - Universidade de Ribeirão Preto
Dra. Elane da Silva Barbosa - Universidade Estadual do Ceará
Dra. Eliana Campêlo Lago - Universidade Estadual do Maranhão
Dr. Everaldo Nery de Andrade - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Dra. Fernanda Miguel de Andrade - Universidade Federal de Pernambuco
Dr. Izael Oliveira Silva - Universidade Federal de Alagoas
Dr. Jakson dos Santos Ribeiro - Universidade Estadual do Maranhão
Dra. Josefa Gomes Neta - Faculdade Sucesso
Dr. Maykon dos Santos Marinho - Faculdade Maurício de Nassau
Dr. Rafael Leal da Silva - Secretaria de Educação e da Ciência e Tecnologia da Paraíba
Dra. Ralydiana Joyce Formiga Moura - Universidade Federal da Paraíba
Dra. Roberta Lopes Augustin - Faculdade Murialdo
Dra. Smalyanna Sgren da Costa Andrade - Universidade Federal da Paraíba
Dra. Viviane Cristhyne Bini Conte - Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Dr. Wanderley Azevedo de Brito - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

CONSELHO TÉCNICO CIENTÍFICO

Ma. Ana Claudia Silva Lima - Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves
Ma. Andreia Rodrigues de Andrade - Universidade Federal do Piauí
Esp. Bruna Coutinho Silva - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Ma. Camila de Freitas Moraes - Universidade Católica de Pelotas
Me. Carlos Eduardo Krüger - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Esp. Caroline Rodrigues de Freitas Fernandes – Escola Ressurreição Ltda.
Me. Clécio Danilo Dias da Silva - Universidade Federal do Rio Grande do Norte



- Me. Fabiano Eloy Atílio Batista - Universidade Federal de Viçosa
- Me. Francisco Odécio Sales - Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Ceará
- Me. Fydel Souza Santiago - Secretaria de Educação do Estado do Espírito Santo
- Me. Giovane Silva Balbino - Universidade Estadual de Campinas
- Ma. Heidy Cristina Boaventura Siqueira - Universidade Estadual de Montes Claros
- Me. Jaiurte Gomes Martins da Silva - Universidade Federal Rural de Pernambuco
- Me. João Antônio de Sousa Lira - Secretaria Municipal de Educação/SEMED Nova Iorque-MA
- Me. João Paulo Falavinha Marcon - Faculdade Campo Real
- Me. José Henrique de Lacerda Furtado - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro
- Me. José Flôr de Medeiros Júnior - Universidade de Uberaba
- Ma. Josicleide de Oliveira Freire - Universidade Federal de Alagoas
- Me. Lucas Peres Guimarães - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro
- Ma. Luma Mirely de Souza Brandão - Universidade Tiradentes
- Me. Marcel Alcleante Alexandre de Sousa - Universidade Federal da Paraíba
- Me. Márcio Bonini Notari - Universidade Federal de Pelotas
- Ma. Maria Antônia Ramos Costa - Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Rondônia
- Ma. Maria Inês Branquinho da Costa Neves - Universidade Católica Portuguesa
- Me. Milson dos Santos Barbosa - Universidade Tiradentes
- Ma. Náyra de Oliveira Frederico Pinto - Universidade Federal do Ceará
- Me. Paulo Roberto Meloni Monteiro Bressan - Faculdade de Educação e Meio Ambiente
- Ma. Sandy Aparecida Pereira - Universidade Federal do Paraná
- Ma. Sirlei de Melo Milani - Universidade do Estado de Mato Grosso
- Ma. Viviane Cordeiro de Queiroz - Universidade Federal da Paraíba
- Me. Weberson Ferreira Dias - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins
- Me. William Roslindo Paranhos - Universidade Federal de Santa Catarina



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

Atualmente, com os desafios enfrentados e vivenciados em todo o mundo, a pesquisa na área da saúde entrou em uma evidência não antes experienciada pois, com a Saúde Pública do mundo, e particularmente do Brasil, sendo atingida pela pandemia e a velocidade das informações sendo mais precisas, devido às novas tecnologias, o mundo se conectou e rompeu fronteiras inimagináveis. E com isto, as populações de locais longínquos, receberam, em tempo real, notícias de todo o planeta, o que reforça a necessidade de divulgação de conhecimentos adquiridos na seara acadêmica.

As Ciências da Saúde representam um conjunto de conhecimentos, saberes, técnicas e pesquisas que contemplam as mais diversas profissões da saúde. Nunca a necessidade de pesquisas e ações técnicas multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares tornou-se tão premente, haja vista o esforço de diversos profissionais da saúde no combate pandêmico e a urgência na rapidez de estudos mais avançados com resultados mais precisos e eficazes.

Desta forma, o E-book Amplamente: Estudos em Saúde vem com o objetivo de divulgar estudos científicos, frutos de pesquisas realizadas em diversos locais do nosso país, com o intuito de compartilhar informações e disseminar o saber. Sempre embasados na obediência às questões éticas da vida, os autores aqui deixam suas contribuições e os leitores terão a oportunidade de estarem em contato com os mais diversos temas aqui publicados por pesquisadores de todo o Brasil, na forma de artigos originais, relatos de caso, revisões integrativas de literatura, dentre outros, o que enriquece, sobremaneira, a obra.

Conhecimento compartilhado vai de encontro às diretrizes das políticas públicas que visam um atendimento das necessidades e a melhoria da qualidade de vida populacional. Compartilhar saberes significa salvar vidas! Reafirma o compromisso profissional em servir ao próximo que necessita de cuidados e preenche nossa necessidade de utilizarmos a ciência em prol da humanidade.

É com orgulho que, em nome da Amplamente Cursos e Formação Continuada, convido a todos que são ávidos na busca de saberes, para a leitura de tão importante construção científica- E-book Amplamente: Estudos em Saúde. Sejam todos muito bem-vindos!

Eliana Campêlo Lago



SUMÁRIO

CAPÍTULO I	11
A COMPREENSÃO DA EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA – NASF-AB: REFÊNS DO PRODUTIVISMO EM SAÚDE	
Irlanda Cavalcanti da Silva Arruda; Edilma Edilene da Silva; Luciano da Fonseca Lins. DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-01	
CAPÍTULO II	25
A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ASSISTÊNCIA DAS LESÕES POR PRESSÃO	
Katiara de Jesus Arruda Sousa; Girleny Linhares Magno; Janice Maria Lopes de Souza; Mariana Oliveira Arruda; Karla Janilee Souza Penha; Gerardo Vasconcelos Mesquita. DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-02	
CAPÍTULO III	36
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DE SINTOMAS DE FERIDA NEOPLÁSICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	
Tatiany Sena Mendes; Katicilene Canci de Souza; Eliane Rangel Pacheco das Chagas. DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-03	
CAPÍTULO IV	48
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA	
Jardiane Furtado de Almeida; Viviane Ferreira Diniz; Janice Maria Lopes de Souza; Karla Janilee Souza Penha; Francisca das Chagas Gaspar Rocha; Mariana Oliveira Arruda. DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-04	
CAPÍTULO V	60
DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES PORTADORES DE ARTRITE REUMATOIDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	
Tayza Andrade Nascimento; Francisca das Chagas Gaspar Rocha; Janice Maria Lopes de Souza; Karla Janilee Souza Penha; Mariana Oliveira Arruda; Gerardo Vasconcelos Mesquita. DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-05	
CAPÍTULO VI	85
IMPLANTAÇÃO DA FARMÁCIA CLÍNICA NO SETOR DE ONCOLOGIA DE UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE	
Albertino Magri Preato Júnior; Thayse Cabral Evaristo. DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-06	



CAPÍTULO VII _____ **98**
O ENFRENTAMENTO EMOCIONAL DE ENFERMEIROS ENVOLVIDOS DIRETAMENTE NO CUIDADO DE PACIENTES COM NEOPLASIAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Aldaisa Pereira dos Santos; Eliana Campêlo Lago;
Ananda Santos Freitas; Irene Sousa de Silva;
Hyago Hemilton Bezerra Cordeiro; Gerardo Vasconcelos Mesquita.
DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-07

CAPÍTULO VIII _____ **131**
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍFILIS NA CIDADE DE SÃO LUÍS - MA NOS PERÍODOS DE 2016 A 2020

Rosalia Silva Rodrigues; Roselia Silva Rodrigues;
Francisca das Chagas Gaspar Rocha; Janice Maria Lopes de Souza;
Evelúcia Soares Pinheiro Carioca; Gerardo Vasconcelos Mesquita.
DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-08

CAPÍTULO IX _____ **152**
PROTAGONISMO E VULNERABILIDADE SOCIAL NA GESTAÇÃO: OS DESAFIOS DO PROGRAMA MÃE CORUJA

Edilma Edilene da Silva; Irlanda Cavalcanti da Silva Arruda;
Luciano da Fonseca Lins.
DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-09

CAPÍTULO X _____ **163**
RECENATO E OS EXAMES DE TRIAGEM NEONATAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Maria Rita Sousa da Silva; Eliana Campêlo Lago;
Ananda Santos Freitas; Irene Sousa de Silva;
Gerardo Vasconcelos Mesquita; Nayra Jaqueline da Silva.
DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-10

CAPÍTULO XI _____ **188**
PERFIL MATERNO-NEONATAL E AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Anna Paula Dos Santos Silva; Yasmin Santos Lopes Viana; _____ **188**
Edna Samara Ribeiro César; Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro;
Smalyanna Sgren da Costa Andrade.
DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-11

SOBRE OS ORGANIZADORES _____ **212**

SOBRE OS AUTORES _____ **213**

ÍNDICE REMISSIVO _____ **218**



CAPÍTULO I

A COMPREENSÃO DA EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA – NASF-AB: REFÊNS DO PRODUTIVISMO EM SAÚDE

Irlanda Cavalcanti da Silva Arruda¹; Edilma Edilene da Silva²;

Luciano da Fonseca Lins³.

DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-01

RESUMO:

Os Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB são equipes multiprofissionais que buscam trabalhar de forma integrada às equipes de estratégia de saúde da família. O processo de trabalho é sedimentado nas diretrizes da atenção básica de saúde, buscando ampliar o escopo das ações em saúde no território. Tendo em vista que o processo de trabalho em saúde é bastante complexo e pode acarretar a existência de práticas automatizadas em saúde, na medida em que haja a prevalência de tecnologias sociais duras no trabalho. O estudo tem como objetivo analisar o processo de trabalho nas EqNASF-AB. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada no município de Vitória de Santo Antão/PE, onde os profissionais das equipes foram participantes da pesquisa em tela. Os resultados apontam que os profissionais de saúde estão submersos a uma sobrecarga de trabalho, demandas excessivas e problemas de relacionamento entre os profissionais de equipe, são considerados contribuintes para a existência da automatização dos profissionais. Conclui-se a identificação de práticas automatizadas no âmbito do NASF-AB, possivelmente em decorrência da sobrecarga do processo de trabalho, incompatibilidade com o serviço e escassez de diálogo de maneira geral, tornando os profissionais de saúde operadores de máquinas dentro de um grande sistema, acarretando assim entraves na resolutividade e reforçamento de práxis automatizadas e o enrijecimento do processo de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Processo de trabalho. Núcleo Ampliado de Saúde da Família. Práticas automatizadas.

UNDERSTANDING THE EXPERIENCE OF PROFESSIONALS IN THE EXTENDED FAMILY HEALTH CENTER AND PRIMARY CARE - NASF-AB: HOSTAGES OF HEALTH PRODUCTIVISM

ABSTRACT:

1 Mestre em Psicologia, Práticas e Inovações em Saúde Mental pela Universidade de Pernambuco, Campus Garanhuns – UPE. Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental. <http://lattes.cnpq.br/5852461739277253>. E-mail: irlandapsic@hotmail.com

2 Mestre em Psicologia, Práticas e Inovações em Saúde Mental pela Universidade de Pernambuco, Campus Garanhuns – UPE. Especialista em docência na saúde. <http://lattes.cnpq.br/4983113995931517>. E-mail: Edilmaes36@gmail.com

3 PHD. Doutor em Psicanálise. Orientador do Programa de Mestrado em Psicologia, Práticas e Inovações em Saúde Mental pela Universidade de Pernambuco Campus Garanhuns – UPE. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9147115426330013>. E-mail: llins25@msn.com.br



The Expanded Nucleus of Family Health and Primary Care - NASF-AB are multidisciplinary teams that seek to work in an integrated way with family health strategy teams. The work process is based on the guidelines of primary health care, seeking to expand the scope of health actions in the territory. Considering that the health work process is quite complex and can lead to the existence of automated health practices, insofar as there is a prevalence of harsh social technologies at work. The study aims to analyze the work process in EqNASF-AB. This is a qualitative research carried out in the city of Vitória de Santo Antão/PE, where the professionals of the teams participated in the research on screen. The results indicate that health professionals are subject to an overload of work, excessive demands and relationship problems among team professionals, which are considered contributors to the existence of the automation of professionals. The identification of automated practices within the scope of the NASF-AB is concluded, possibly due to the overload of the work process, incompatibility with the service and lack of dialogue in general, making health professionals machine operators within a large system, thus causing obstacles in the resolution and reinforcement of automated praxis and the stiffening of the work process.

KEYWORDS: Work process. Expanded Nucleus of Family Health. Automated practices.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica de Saúde (ABS) é considerada porta de entrada e coordenação das ações e serviços do sistema de saúde, constituindo-se a política de governo mais importante nos dias atuais em decorrência da magnitude de suas ações. Diante da crescente expansão da ABS, aos poucos se foi percebendo a necessidade de inserir profissionais de outras áreas da saúde, para além da equipe mínima da ESF, para que houvesse uma ampliação do escopo das ações ofertadas por tais equipes. Assim surgem as equipes multiprofissionais que serviriam de suporte para as ESF, que foram denominadas, a priori, Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (NASCIMENTO; OLIVEIRA 2010).

O NASF-AB tem como proposta ampliar o escopo das ações ofertadas e a resolutividade das demandas direcionadas à ABS através de uma equipe multiprofissional que deve atuar de maneira conjunta com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), compartilhando práticas e saberes, bem como, ações de cunho coletivo e individual nos territórios de abrangências de tais equipes (BRASIL, 2014).

Dado o caráter recente do NASF-AB, observa-se a escassez de estudos acerca do processo de trabalho de tais equipes no Brasil. O estudo de Bezerra et al. (2010) sugere



que o apoio matricial é uma ferramenta potente do processo de trabalho, capaz de proporcionar espaços de mudanças através do diálogo e educação permanentes. Um outro estudo busca compreender como se dá às relações interpessoais no âmbito ocupacional dos profissionais da ABS e NASF-AB, evidenciando os conflitos e jogos de poder que permeiam tais relações, sendo considerado um fator que dificulta as ações conjuntas entre tais profissionais (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013). E, é nesta perspectiva que o presente estudo tem como objetivo analisar as implicações que o processo de trabalho em saúde pode contribuir para o surgimento do produtivismo em saúde nas EqNASF-AB do município de Vitória de Santo Antão.

NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF-AB): UM BREVE HISTÓRICO

A priori, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF através da Portaria nº 154 de janeiro de 2008 na perspectiva de ampliar o escopo de ações da atenção básica, buscando aumentar a capacidade de resolutividade aos problemas de saúde no território. Atualmente, de acordo com a Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que reestrutura a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, coloca o NASF como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) promovendo algumas mudanças, em especial, em seu processo de trabalho (BRASIL, 2017).

Os princípios e diretrizes que regem o NASF-AB se mantiveram protegidos, ou seja, ele deve atuar de maneira integrada às ESF, dando suporte clínico, sanitário e pedagógico objetivando ampliar o escopo das ações em saúde no território, assim como as modalidades e tipificações se mantêm sem alterações em relação a portaria anterior (BRASIL, 2017).

As mudanças ocorreram relacionadas às competências do NASF-AB, que agora são: (1) participar do planejamento junto às ESF a que estão vinculadas; (2) contribuir para a efetividade da integralidade do cuidado aos usuários, através da utilização da clínica ampliada objetivando o aumento da capacidade de análise e intervenção acerca dos problemas e necessidades do território; (3) realizar discussão dos casos e processo de trabalho na AB, construção de Projetos Terapêuticos Singulares – PTS, educações permanentes, atendimento individual e compartilhado, interconsultas, intervenções no



território e coletividade, grupos com os comunitários em todas as fases da vida, ações intersectoriais, ações de promoção e prevenção à saúde, assim como a possibilidade do profissional em Saúde Coletiva compor a equipe NASF-AB, buscando ampliar ainda mais a resolutividade dos problemas sanitários no território por meio do olhar epidemiológico e de gestão (BRASIL, 2017).

Pretende-se que tal equipe seja parte viva da AB, vivenciando in loco o cotidiano das UBS de forma integral, sedimentando seu processo de trabalho na horizontalidade e interdisciplinaridade com os demais membros, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a oferta de ações e serviços à população de maneira direta (BRASIL, 2017).

A proposta do NASF-AB é de aperfeiçoar um modelo de cuidado em saúde, estimulando práticas pautadas na interação de saberes dos profissionais que compõem tal equipe, buscando consolidar diretrizes do SUS que se encontram ainda fragmentadas, ancoradas na promoção e prevenção em saúde, onde pauta suas ações na ótica curativa e assistencialista reforçando a lógica biomédica (NASCIMENTO, 2014). Para tanto preconiza que o processo de trabalho de tais equipes seja sedimentado na perceptiva do trabalho vivo em saúde, no qual abraça a efetividade do cuidado longitudinal e gestão do cuidado em saúde para que essa ideologia possa ser posta em prática pelos profissionais de saúde.

PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho em saúde trata-se de um universo complexo, dinâmico, repleto de diversidades e criatividade (CECÍLIO, 1994). Isso porque o usuário as demandas dos usuários são submersas nos determinantes sociais de saúde, aos quais delineiam a construção das conjecturas do processo saúde-doença dos sujeitos.

Neste sentido Cecílio (1994) aponta que o diálogo é o caminho mais fértil para ‘recolher’ as demandas dos usuários, haja vista que o encontro entre profissional e usuário é um produto complexo que deve ser realizado de maneira genuína para que possa tornar-se potente.



Em consonância, Merhy (2005) diz que o trabalho em saúde é conhecido como trabalho vivo em ato, pois o cuidado em saúde só pode ser produzido através do trabalho humano realizado no exato momento do encontro entre o sujeito e profissional de saúde. Afirmando ainda que o trabalho em saúde necessita ser pautado em tecnologias leves, considerados cuidados em saúde pautados nas relações interpessoais construídas através do diálogo e encontro entre o profissional de saúde e usuário, proporcionando uma atmosfera de acolhimento e integralidade buscando obter uma resolutividade mais satisfatória para o sujeito.

Sabe-se que o processo de trabalho do NASF-AB é focado em duas dimensões a serem desenvolvidas com as EqESF e o território que são: (1) Clínico-assistencial – refere-se à ação clínica direta com usuários e coletivos através dos grupos operativos e consultas individuais; (2) Técnico-pedagógico – refere-se às ações de apoio educativas e estratégicas com a EqESF, ou seja, o Apoio Matricial (BRASIL, 2014).

O Apoio Matricial faz parte do processo de trabalho de tais equipes, e é considerado uma estratégia inovadora de produzir saúde, através da construção compartilhada das diversas maneiras de se fazer saúde no território (CAMPOS, 2007). Para tanto se faz necessário a existência do diálogo em seus espaços de discussão, proporcionando momentos de reflexões acerca do processo de trabalho, fortalecendo o vínculo com a ESF, possibilitando a construção do diagnóstico territorial, da territorialização e territorialidades da comunidade. A fim de ampliar a oferta de ações, assim como atividades que consiga suprir ao máximo as necessidades de um determinado território (BRASIL, 2014).

Uma outra ferramenta que anda de braços dados com o apoio matricial é a Educação Permanente em Saúde (EPS) na luta a favor da efetivação do diálogo nas equipes que compõem a saúde nas diversas modalidades.

Ceccin (2005) considera a EPS uma forma de atualização cotidiana através das reflexões entre a relação da prática com a teoria, que vão do interior da atuação entre equipe, perpassando pelas práticas interinstitucionais, intersetoriais e multidisciplinares que implicam inscrição de novas práticas que possibilitam novos atos de saúde, e consequentemente novas práxis.



E Gadamer (1997) aponta o diálogo como sendo ferramenta essencial dessa reflexão, no sentido hermenêutico, ou seja, método interpretativo, compreensivo, apropriado à interpretação das coisas humanas. Isso porque o homem vive numa busca incessante por respostas que esclareçam suas dúvidas e inquietações. E um dos caminhos para a compreensão de tais questões é mediante as relações dialógicas que conduzem a libertação humana mediada pelas interações a que se submete o processo do diálogo.

Assim, a EPS é vista como um processo pedagógico educativo que coloca o processo de trabalho em saúde em constante análise, através das relações concretas que permeiam a realidade e possibilita construir espaços coletivos de reflexões e avaliação dos sentidos dos atos em saúde (CECCIN, 2005).

As ações da EPS visam o coletivo e o processo de trabalho, objetivando criar espaços de aprendizagens dialógicas que possam servir de pontes reflexivas, éticas, críticas, políticas e humanistas das práticas dos profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

Apresenta como premissa a transformação das práticas em saúde por meio da troca dos diferentes conhecimentos e vivências, possibilitando a existência de uma práxis pautada na experiência do contato com outro (BRASIL, 2009).

MÉTODO

A pesquisa foi um estudo de natureza qualitativa, do tipo descritiva de caráter transversal, realizada com as Equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB do município de Vitória de Santo Antão/ PE, no período de 01 de abril de 2018 a 01 de junho de 2018, com uma amostra populacional foi de 30 participantes.



Tabela 1 – Quadro ilustrativo da distribuição da cobertura das UBS pelos respectivos NASF-AB que compõe a rede de Atenção Básica de Saúde no município de Vitória de Santo Antão.

NASF-AB Zona	NASF-AB Bela Vista	NASF-AB Caic	NASF-AB Cajueiro	NASF-AB Jardim Ipiranga	NASF-AB Lídia Queiroz
Zona Urbana	UBS Bela Vista I	UBS Livramento	UBS Cajueiro	UBS Amparo	UBS Lídia Queiroz
	UBS Bela Vista II	UBS Militina	UBS Maués	UBS Dr. Alvinho	UBS Lot. Conceição I
	UBS Santana	UBS Água Branca	UBS Lagoa Redonda	UBS Mário Bezerra	UBS Lot. Conceição II
	UBS Matadouro	UBS Alto José Leal	UBS Caiçara	UBS Jardim Ipiranga I	UBS Maranhão
	UBS Matriz	UBS Caic	UBS Lot. Luiz Gonzaga	UBS Jardim Ipiranga II	UBS Redenção
Zona Rural	UBS Lot. Baú				
	UBS Pau Santo	UBS Pirituba I	UBS Pacas	UBS Natuba	UBS Ladeira de Pedra
	UBS Oiteiro	UBS Pirituba II	UBS Serra Grande	UBS Galileia	UBS Cidade de Deus

Fonte: Elaborado pela Autora

Para investigar a compreensão da experiência dos profissionais das EqNASF-ABs foram coletados através da entrevista narrativa com os coordenadores de EqNASF-AB que compõem as 05 (cinco) equipes e através da análise do fluxograma das equipes. Vale salientar que os coordenadores das EqNASF-ABs foram entrevistados de forma individual, numa sala fechada, dentro da UBS sede, tendo em média a duração de 30 (trinta) minutos cada entrevista. E a análise do fluxograma foi realizada através da apreciação dos documentos burocráticos das equipes.

A análise dos dados será feita através da análise do discurso e de conteúdo, na perspectiva interpretativa e ou microsociológica que é vista como uma técnica que prioriza a análise do discurso no viés da prática social, considerando as ideologias e dogmas que os sujeitos carregam em seus discursos (FAIRCLOUGH, 2001). Serão utilizados os estudos acerca da compreensão interpretativa que os sujeitos fazem de suas experiências no âmbito do NASF-AB.

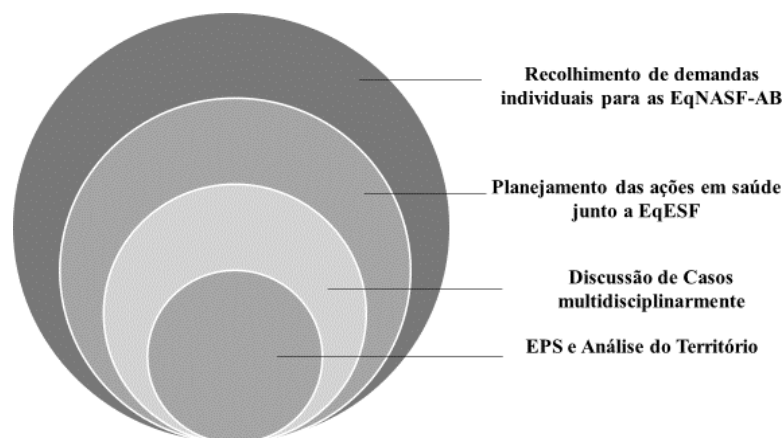
RESULTADOS E DISCUSSÕES

Fizeram parte desse estudo 30 profissionais de saúde que compõem as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB do município de Vitória de Santo Antão – PE.



As EqNASF-AB possuem um processo de trabalho sedimentado na PNAB/2017, no qual evidencia a integração entre as equipes da estratégia e o NASF-AB. Porém, percebeu-se uma estimulação das práticas preventivas e curativistas em todas as EqNASF-AB estudadas, sendo umas mais prevalentes que outras. Isso porque o recolhimento de demandas individuais (Orientações técnicas e Visitas domiciliares) estão sendo considerado por tais equipes o cargo chefe do apoio matricial, destoando a essência do que seria a variável mais importante do matriciamento, que seria segundo as políticas de saúde as discussões de casos, análise do território, planejamento das ações em saúde e educação permanente em saúde. Confirmando os altos índices do uso das tecnologias leve-duras e a objetividade em saúde, na medida em que se reforça o viés quantitativo nas práticas em saúde, deixando em segundo plano o uso das tecnologias leves que é a essência do trabalho vivo em saúde, considera-se a robustez do produtivismo em saúde como ilustra a figura a seguir:

Figura 1 – Prevalência do uso de estratégias reflexivas à prática em saúde nos Apoios Matriciais realizados nas UBS's pelas EqNASF-AB do município de Vitória de Santo Antão



Fonte: Elaborado pela autora

O viés quantitativo torna-se evidente através da existência do produtivismo em saúde, no qual reforça de forma sutil, o pensamento cartesiano de saúde que é, considerar a saúde na perspectiva de causa-efeito. Assim, o profissional de saúde preocupa-se mais em ‘tratar’ o que se encontra emergente através da expressão do sintoma, negligenciando



os determinantes sociais da saúde aos quais são considerados, atualmente, o berço do adoecimento do sujeito.

Outro traço desse produtivismo em saúde pode ser visto na prática dos profissionais de saúde da atenção básica, pois promovem saúde através da promoção da doença. Ou seja, não se promove saúde promovendo novas formas de adoecer, e ou promovendo novas formas de se prevenir. Mas sim, promove saúde na atenção básica através do diagnóstico territorial, no quais estão expressos a territorialização, territorialidade e os determinantes sociais de um determinado território, para que assim as ações de promoção e prevenção à saúde possam ser realizadas ancoradas nas necessidades do território.

Na análise documental, pode ser visto que todo processo de trabalho é construído através das demandas que são advindas das reuniões de equipes entre ESF e NASF-AB, e tais demandas preconizam as atividades individuais, observando uma discrepância em relação ao que a PNAB/2017, no qual afirma que o processo de trabalho deveria ser integrado ao da ESF. Assim, observa-se que as demandas do NASF-AB são mais relacionadas a uma resolutividade focada no individual, e não numa resolutividade coletiva visando o território e suas necessidades, destoando do que prioriza a política. Reforçando assim, a evidência do alcance de metas profissionais individuais como sendo parte essencial do trabalho em saúde. Na tabela a seguir mostra como as atividades relacionadas ao território, ao coletivo e as práticas em saúde voltadas ao uso das tecnologias leves são pouco utilizadas pelas EqNASF-AB:

Tabela 2 – Atividades de interação multiprofissional realizadas no mês pelas EqNASF-AB

Análise das atividades de interação multiprofissional realizadas no mês pelas EqNASF-AB				
	EPS	PTS	Discussão de casos	Análise dos territórios cobertos pela equipe
NASF-AB (1)	x	x	x	-
NASF-AB (2)	-	-	x	-
NASF-AB (3)	x	x	x	x
NASF-AB (4)	-	-	-	-
NASF-AB (5)	-	-	-	-

Fonte: Elaborado pela autora



Observa-se que as EqNASF-AB não executam todas as atividades de interação multiprofissional em seu processo de trabalho. Salientando que nos turnos protegidos para a realização da educação permanente em saúde, sua execução ocorre de forma errônea.

Outro fator contribuinte para a não efetivação da EPS é que se preconiza ser realizada através de um diálogo horizontalizado, para que todos os envolvidos possam contribuir para a construção de um saber coletivo. Porém, para que tal diálogo possa existir, Freire (2011) afirma que os sujeitos envolvidos precisam estar despidos dos pensamentos onipotentes de detentores do saber, estimulando a presença de práticas opressoras do conhecimento. O diálogo é troca, construção e compartilhamento de saberes e não instrumento de aprisionamento do sujeito.

Em relação ao uso do diálogo em tais equipes, ferramenta essencial para o trabalho e efetivação do uso das tecnologias leves na saúde. Observa-se altos índices de problematizações, aos quais acabam sendo considerados fatores de fragmentação e negligência dentro da própria equipe NASF-AB.

Através da análise das narrativas dos profissionais de saúde durante as reuniões das EqNASF-AB, pode ser percebido inúmeras vulnerabilidades e inabilidades sociais entre os profissionais, aos quais serviam de ‘falsas’ justificativas para o não uso de determinadas ferramentas do processo de trabalho em saúde, e quando outros profissionais tentavam usar tais ferramentas, era na maioria das vezes criticado ou até mesmo os relatos de experiência eram negligenciados pelos demais membros da equipe.

Como ilustra a tabela seguir:



Tabela 3 – Análise descritiva dos diálogos crítico-reflexivos nas EqNASF-AB do município de Vitória de Santo Antão

Análise descritiva dos diálogos crítico-reflexivos nas EqNASF-AB do município de Vitória de Santo Antão	
NASF-AB (1)	Predominantemente Passivo-Agressivo. O diálogo gira em torno de repasse de informações, discussão unilateral e resoluções de problemas, com baixa resolutividade, em decorrência do alto índice de discursões conflituosas. Percebe-se que a maioria dos profissionais agem de forma alienada as informações repassadas pelo coordenador de equipe. Neste sentido, não existe postura crítico-reflexiva acerca das demandas e informações repassadas pela coordenação. Há questionamentos mas não no sentido crítico, apenas interrogativo.
NASF-AB (2)	Predominantemente Passivo-Ativo. Existe diálogo eficaz, com troca de saberes, discussão de casos. Percebe-se um ambiente harmonioso e coletivo. Porém, o diálogo não é predominantemente crítico, o diálogo envolve muito mais o compartilhamento de informações dos campos de saberes, do que uma crítica reflexiva sobre a prática em saúde. Não há a interrelação entre campo e núcleo saber, apenas os conhecimentos pertencentes ao núcleo de saber. Percebe-se que existe uma alienação diante do discurso do coordenador, ao qual demonstra autoritarismo diante de sua fala e postura.
NASF-AB (3)	Predominantemente Passivo-Ativo. Existe diálogo eficaz, com troca de saberes, discussão de casos. Percebe-se um ambiente harmonioso e coletivo. Percebe-se que o diálogo possui momentos crítico-reflexivo, nas discussões de casos e EPS, porém isso ocorre apenas com a minoria dos profissionais que compõe tal equipe, os demais profissionais não tenta colocar em prática o que se discute e reflete, não havendo uma práxis renovada. Percebe-se que a maioria é alienada ao discurso do coordenador, mas que em decorrência dos demais não serem as discussões geralmente são mais gerenciadas pelos acordos entre os membros da equipe.
NASF-AB (4)	Predominantemente Passivo. O diálogo gira em torno de repasse de informações, discussão unilateral e resoluções de problemas, com baixa resolutividade. Percebe-se que a maioria dos profissionais agem de forma alienada as informações repassadas pelo coordenador de equipe. Percebe-se que existe uma alienação diante do discurso do coordenador, ao qual demonstra autoritarismo diante de sua fala e postura.
NASF-AB (5)	Predominantemente Passivo-Agressivo. O diálogo gira em torno de repasse de informações, discussão unilateral e resoluções de problemas, com baixa resolutividade, em decorrência do alto índice de discursões conflituosas. Percebe-se que existe uma alienação em relação a necessidade de conflitar a coordenadora, ao qual demonstra autoritarismo diante de sua fala e postura. Assim, se observa um conflito intenso representado pela nítida relação de poder entre os profissionais.

Fonte: Elaborado pela autora

Outro fator visto nestas reuniões, são a evidenciação das relações de poder, aos quais sedimentam a comunicação tanto entre profissionais de saúde como com os comunitários. Pois a detenção do saber clínico coloca o profissional de saúde na posição de ‘sentenciador’ da vida do outro, essa postura hierárquica que segundo Freire (2011) tais diálogos determinam que os homens sejam considerados meros espectadores de conhecimentos, não sendo respeitado em sua singularidade e sabedoria cultural. Para tanto o diálogo é considerado um instrumento potente para a reflexão das práticas automatizadas, porém a sua ausência e ou hierarquização podem ser vistos como fatores mantenedores de tais práticas.

As relações do poder no âmbito da saúde prejudicam o processo de trabalho, e que os profissionais da saúde ainda mantêm uma conduta automatizada que o fecha para o contato com as novas experiências. De acordo com Bondía (2002) a experiência é algo que nos toca e atravessa, porém, para que isso pode ser possível, faz-se necessários que os sujeitos possam estar abertos a tal experiência, para que estão possa deixar uma marca e assim, possa transformá-lo a partir dessa marca que os toca.



Em suma, evidencia-se que o processo de trabalho das EqNASF-AB está ancorado em demandas consideradas necessárias pelos profissionais de saúde, e não advindas do próprio território. Reforçando assim, o modelo de saúde que preconiza as práticas curativas individuais, se mantendo distante das práticas em saúde que priorizam as ações coletivas, preventivas e de promoção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados observa-se que as práticas automatizadas em saúde podem ser vistas nas práticas dos profissionais de saúde, sendo reveladas através da visualização de padrões repetitivos no processo de trabalho, no qual torna-se enrijecido, estático e espelhado. Haja vista que as ações em saúde, atividades coletivas e projetos de saúde no Território não são planejadas de forma singular, mas sim em formato de molde, onde qualquer território pode ser posto neste modelo e obter nos meus resultados.

O processo de trabalho é visto não em seu conceito fundamental, que seria a organização das atividades de trabalho, mas sim como forma de potencializar o padrão de repetição, pois as atividades do trabalho são repetidas e não organizadas em relação a necessidade do território e setor de trabalho.

As ferramentas de trabalho que podem ser consideradas potentes para a flexibilização e reflexão das práticas em saúde, que são o Apoio Matricial e Educação Permanente em Saúde não são utilizadas de forma eficaz e errônea, respectivamente. Causando assim, uma diminuição dos espaços pertinentes aos diálogos crítico-reflexivos potentes que podem ser contribuintes para uma práxis mais humanizada e integral.

As práticas automatizadas em saúde descaracterizam o território, o processo de saúde-doença e modos de subjetivação dos comunitários, torna os homens mero objetos similares, negligenciando sua alteridade, singularidade, reduz o ser a uma pluralidade unilateral.

Em suma, as práticas automatizadas em saúde proporcionam não apenas um enrijecimento no sistema, mas também nos profissionais de saúde, na medida em que



abrem espaço para a esquivia dos encontros dentro da comunidade. Quando não se faz mais sentido aquilo que se faz, apenas o que se ganha materialmente.

Acredita-se que uma das formas de quebrar tal automatismo seria através da estimulação do diálogo reflexivo nos espaços de trabalho, seja por intermédio do Apoio Matricial, mas também em momentos em que a equipe se reúna para discutir melhorias para o serviço. Porém, para que isso possa acontecer faz-se necessário que os profissionais de saúde mudem sua maneira de visualizar o trabalho em saúde, haja vista que ainda é bastante significativo a percepção de modelo de saúde cartesiano, que predomina a ideia de saúde como sendo algo objetivável.

Vale salientar que o fator da incompatibilidade entre os profissionais e o serviço foi considerado bastante significativo para a potencialização das práticas automatizadas em saúde, na medida em que o profissional não se permite ter uma abertura para refletir sobre as próprias práticas. As experiências ocorrem de forma superficial, em outras palavras, não se permite tocar e ser tocada pela experiência, para que possa haver uma possível transformação em sua práxis.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. **A colaboração interprofissional na estratégia de saúde da família**. Psicol. Soc. Vol. 25, n°2, p. 461- 468. 2013. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/psoc/a/vFKZFXt58XWLj6sdKXhDP3w/?lang=pt&format=pdf>> Acesso em: 29.mai.2017.

BONDÍA, J. L. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência**. Universidade de Barcelona, Espanha. Revista Brasileira de Educação. Universidade Estadual de Campinas. n°19. 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 18.mai.2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.



BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família:** ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Caderno de Atenção Básica nº 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de setembro de 2017.** Redefine os parâmetros do processo de trabalho da Atenção Básica e redefine as competências do Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), e dá outras providências. Brasília, 2017.

BEZERRA, R. S. S. et al. **Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica:** a experiência do Nasf em Camaragibe/PE. Divulgação em saúde para debate, Rio de Janeiro, n. 46, p. 51-59, 2010.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007. Disponível em: <http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Apoio_matricial_e_equipe_de_refer%C3%Aancia_uma_metodologia_para_gest%C3%A3o_do_trabalho_interdisciplinar_em_sa%C3%BAde.pdf> Acesso em: 20 de Ago de 2017.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde:** descentralização e disseminação da capacidade pedagógica na saúde. Cien Saude Colet. 2005;10(4):975-986.

CECÍLIO, L.C.O. **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido.** Ed 5°. São Paulo: Terra e Paz: 2011.

GADAMER, H. G. **Verdade e Método** – Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Vozes, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2005. NASCIMENTO, C. M. B. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: uma análise da atenção à saúde em municípios da região metropolitana do Recife.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10666>> Acesso em: 27 de Ago de 2017.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** O mundo da saúde, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf> Acesso em: 27 de Ago de 2017.



CAPÍTULO II

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ASSISTÊNCIA DAS LESÕES POR PRESSÃO

Katiara de Jesus Arruda Sousa⁴; Girleny Linhares Magno⁵;

Janice Maria Lopes de Souza⁶; Mariana Oliveira Arruda⁷;

Karla Janilee Souza Penha⁸; Gerardo Vasconcelos Mesquita⁹.

DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-02

RESUMO:

As lesões por pressão (LPP) ocorrem devido a compressão do tecido de uma proeminência óssea e uma superfície rígida levando à ulceração do local. Tal situação tem alta incidência e pode gerar desconfortos, aumento do tempo de internação, gastos e outras repercussões na vida do paciente, família e equipe de saúde. O objetivo do estudo foi analisar os resultados obtidos antes e após intervenções educativas sobre lesão por pressão a enfermeiros. Trata-se de uma revisão integrativa, com a busca sobre o tema realizada nas bases de dados: Pubmed, ScieLO, PeDro e na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: Lesão por Pressão; OR; Úlcera por pressão AND Educação continuada em Enfermagem; nos idiomas inglês, português e espanhol. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a maio de 2021 e os artigos datavam de 2016 a 2020. Apesar da alta incidência, a maioria dos enfermeiros apresentou níveis mais baixos nos questionários pré intervenção educativa, com melhora significativa após a conclusão do treinamento e reaplicação dos questionários. Os estudos concluem que há certa deficiência de conhecimento sobre o tema, com melhora pós abordagem educativa, demonstrando a necessidade da educação permanente em enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Lesão por pressão. Úlcera por pressão. Educação continuada em enfermagem.

THE IMPORTANCE OF PERMANENT EDUCATION IN THE CARE OF PRESSURE INJURIES

ABSTRACT:

⁴ Graduanda de enfermagem - Uninassau, São Luís. E-mail: katiarasouaa@hotmail.com

⁵ Graduanda em Enfermagem - Uninasau, São Luís. E-mail: girleny09@hotmail.com

⁶ Odontóloga pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Mestra em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI -Teresina-PI (2017). Professora da Faculdade UNINASSAU de São Luís (MA), dos cursos de Odontologia, Fisioterapia, Enfermagem e Farmácia. E-mail: janicemls@hotmail.com.

⁷ Bióloga pela Universidade Federal do Maranhão (2009). Mestre em Microbiologia Médica pela Universidade Federal do Ceará (2011). Doutora em Biotecnologia (Microbiologia) pela Universidade Federal do Amazonas/Universidade Federal do Maranhão (2016). E-mail: mariana_o.arruda@yahoo.com.br.

⁸ Odontóloga. Mestre em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2016). Doutora em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2020). Professora do curso de Odontologia da Faculdade UNINASSAU e Faculdade Pitágoras. E-mail: karlajanilee@outlook.com.

⁹ Doutor em Cirurgia ortopédica pela Universidade Federal de Pernambuco -UFPE. Professor Titular do Centro Universitário Uninovafapi. Professor Adjunto da Universidade Federal do Piauí-UFPI.E-mail: gymesquita@uol.com.br



Pressure injuries (PPL) occur due to tissue compression of a bony prominence and a hard surface leading to ulceration of the site. Such a situation has a high incidence and can generate discomfort, increased hospitalization time, expenses and other repercussions on the life of the patient, family and health team. The aim of the study was to analyze the results obtained before and after educational interventions on pressure injuries to nurses. This is an integrative review, with the search on the topic carried out in the databases: Pubmed, ScieLO, PeDro and in the Virtual Health Library database, with the descriptors: Pressure Injury; OR; Pressure ulcer AND Continuing Education in Nursing; in English, Portuguese and Spanish. Data collection was carried out from January to May 2021 and the articles dated from 2016 to 2020. Despite the high incidence, most nurses had lower levels in the pre-educational intervention questionnaires, with significant improvement after completion of training and reapplication of the questionnaires. The studies conclude that there is a certain lack of knowledge on the subject, with improvement after the educational approach, demonstrating the need for permanent education in nursing.

KEYWORDS: Pressure Injury. Pressure Ulcer. Nursing Continuing Education.

INTRODUÇÃO

Dentre os vários desafios enfrentados pela equipe de enfermagem, as lesões por pressão (LPP) trazem bastante preocupações e sequelas, sendo demandados muitos esforços para sua prevenção e tratamento. As LPPs ocorrem devido à compressão do tecido de uma proeminência óssea e uma superfície rígida, como: camas, talas ou outros, por um tempo, levando à ulceração do local.

Fatores como apresentação clínica do paciente e suas condições fisiológicas também podem contribuir para a ocorrência destas lesões. Tal situação tem alta incidência, principalmente entre pessoas acamadas, idosos e pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI), e podem gerar desconfortos, gastos e outras repercussões na vida da família, paciente e equipe de saúde (CARVALHO, 2014).

Para melhorar a vigilância e o monitoramento de incidentes relacionados a assistência à saúde, foi criada a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 36 de 25 de junho de 2013, a fim de obrigar a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) em serviços de saúde do país. Para cumprir o regulamento, mensalmente os serviços de saúde notificam os eventos adversos (EA) relacionados à assistência ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) pelo módulo Assistência à Saúde do Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (NOTIVISA).



Nos resultados das notificações realizadas no NOTIVISA referentes ao período de dezembro de 2019 a novembro de 2020 no Maranhão, as LPP estão entre as mais frequentes, ocupando a 4ª posição (462 casos), sendo 407 casos detectados no ambiente hospitalar. Os casos em sua maioria são considerados leves (207) e moderados (189), e a faixa etária mais atingida foi de 66 a 75 anos (BRASIL, 2021).

Tais lesões acarretam dores e desconfortos e podem prolongar o tempo de internação, aumentando a morbimortalidade dos pacientes. Assim como em outras situações, investir na prevenção é a melhor alternativa, buscando sempre evitar a instalação da lesão. A enfermagem, em geral, dispõe de protocolos e condutas como mobilidade do paciente, higiene corporal, mudanças de decúbito e orientações a cuidadores e familiares.

A LPP pode ser utilizada como um indicador da assistência da enfermagem ao paciente, e serve para discernir sobre o planejamento, gestão e avaliação da equipe, orientação de medidas de prevenção a lesão, além de nortear as ações de educação permanente a equipe de saúde (BREDESEN, 2016; KADDOURAH, 2016).

Tendo em vista a gravidade e repercussões da situação, é importante que o enfermeiro tenha conhecimento e habilidades práticas e técnicas, sendo que a falta destes elementos contribui para a ocorrência ou agravamento de eventos adversos (GUNNINGBERG, 2015; VASCONCELOS, 2017).

A LPP é um evento previsível e evitável, sendo uma prioridade no cuidado ao paciente, e isso torna a implementação de programas educativos destinados a otimizar o conhecimento dos enfermeiros sobre o tema, podendo impactar na redução da sua elevada taxa de incidência e prevalência (TUBAISHAT, 2014; TAYYIB, 2015).

Portanto, o objetivo deste trabalho foi analisar os resultados obtidos antes e após intervenções educativas sobre lesão por pressão a enfermeiros.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, do tipo integrativa, sobre lesão por pressão. Para tanto foi realizada uma análise dos artigos relevantes ao assunto



em questão, sendo composto por quatro etapas: escolha do tema, seleção dos artigos, análise dos dados e a escrita do trabalho de conclusão de curso. O tema foi definido por ter grande relevância na área da Enfermagem.

Para direcionar a presente revisão integrativa e em coesão com o objetivo do estudo, a formulação do problema surgiu diante da seguinte questão norteadora: qual o papel da educação permanente na prevenção de lesões por pressão para os enfermeiros?

Os critérios de inclusão foram publicações em texto completo, disponíveis online, redigidos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa, disponibilizados na íntegra na base de dados, cuja temática abordasse os resultados da utilização de protocolos para a prevenção de lesão por pressão em pacientes internados em instituições hospitalares.

Os critérios de exclusão foram anais de congresso, artigos repetidos, artigos de opinião, artigos de reflexão, editoriais, resenhas, revisões de literatura, teses, dissertações e artigos que não abordaram diretamente o tema deste estudo.

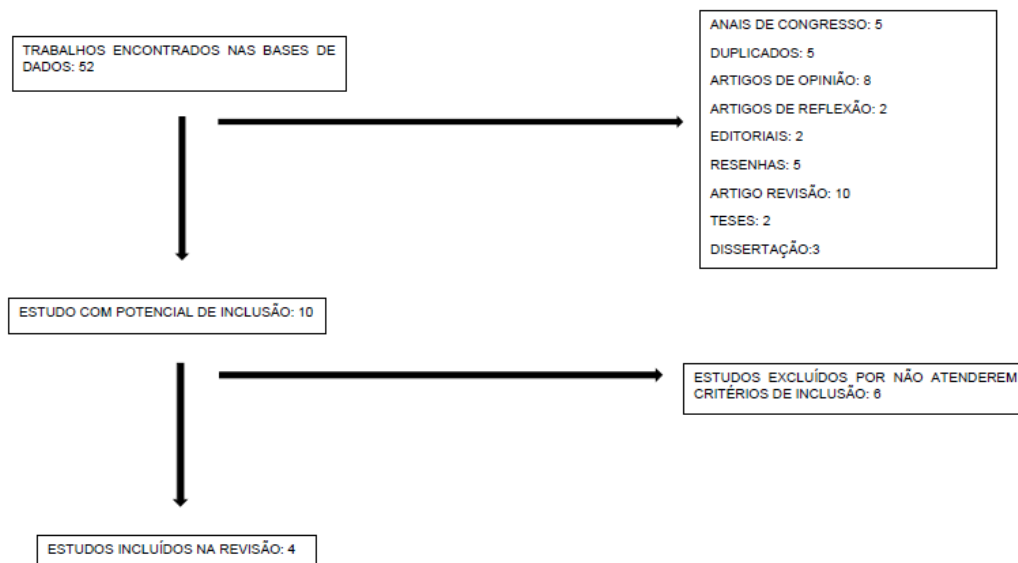
Foi realizada uma pesquisa sobre o tema nas bases de dados: Pubmed, ScieLO, PeDro, Google acadêmico e na base de dados Biblioteca Virtual em Saúde, com os seguintes descritores: Lesão por Pressão OR Úlcera por pressão AND Educação continuada em Enfermagem, nos idiomas inglês, português e espanhol. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a maio de 2021 e os artigos datavam de 2016 a 2020.

Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi utilizado um quadro sinóptico (quadro 1), que contemplou aspectos pertinentes para a pesquisa, como os autores; título e ano; periódico; tipo de estudo e achados importantes.

Os resultados foram apresentados em forma de tabelas que caracterizam os estudos e que relacionam as escalas de prevenção utilizadas. A discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando assim, a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo deste método, ou seja, contribuir positivamente na qualidade da prática de enfermagem, fornecendo subsídios ao enfermeiro em sua atuação no trabalho.



Figura 1 – Fluxograma da seleção dos artigos.



Fonte: Elaboração própria (2021)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 10 artigos, sendo quatro selecionados para o estudo e seis foram excluídos. No quadro 1, têm-se a descrição dos estudos que submeteram os enfermeiros a práticas educativas, avaliando-os antes e após as capacitações.

Quadro 1 - Descrição dos resultados obtidos nos questionários aplicados antes e após intervenção educativa.

AUTOR/ANO	OBJETIVO	MÉTODOS	RESULTADO
ARAÚJO, 2019	Comparar o conhecimento de enfermeiros intensivistas sobre LPP antes e após intervenção educativa.	Estudo longitudinal, com enfermeiros da UTI clínica. A coleta se deu por três fases: - Aplicação do questionário Pressure Ulcer Knowledge Test validado no Brasil; - Intervenção educativa: curso Úlcera por Pressão Online; - Reaplicação do Questionário Pressure Ulcer Knowledge Test”.	Nove enfermeiras concretizaram o estudo. A média de acertos foi de 81,1% e 84,6%, na avaliação pré e pós- intervenção, respectivamente. Quanto à prevenção, houve média de acertos de 25,11 (78,5%) antes da Intervenção e 26,22 (81,9%) após a realização do curso. Sobre o estadiamento, no pré- teste, obteve-se média de acertos de 4,33 questões (86,6%), enquanto no pós- teste a média foi de 4,66 (93,2%). Na avaliação das lesões, os resultados foram iguais no pré e pós- intervenção (75,4%).



CAMPOI, 2019	Verificar a Efetividade da Intervenção educativa por meio da Avaliação do Conhecimento dos enfermeiros sobre prevenção de LPP.	Estudo quase-experimental com um único grupo, realizado com 95 enfermeiros de um hospital de ensino do interior de Minas Gerais. Como estratégia de ensino, utilizou-se a metodologia ativa e o ensino híbrido, baseado no referencial do Método do Arco de Charles Maguerez.	A média de acertos obtida pelos enfermeiros foi de 78,8% no pré-teste e 88,8% no pós-teste, sendo a diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Os participantes obtiveram 100% de acertos no questionário pré-intervenção nos itens referentes a necessidade de orientar pacientes e familiares sobre a prevenção, causas e fatores de risco de LPP, bem como a redução da incidência de LPP por meio de programas educacionais na instituição. Os menores percentuais de acertos foram relacionados ao uso de massagem em áreas hiperemiadas, uso de luvas d'água ou de ar e almofadas tipo roda d'água na prevenção de LPP. Após o treinamento houve melhora considerável em todos os itens acima.
LÓPEZ, 2018	Determinar o conhecimento dos profissionais de enfermagem no uso de Tecnologia avançada para o manejo de LPP em Instituições de Saúde.	Estudo transversal, quantitativo, com aplicação de questionário antes e após a capacitação sobre a atenção integral de pessoas com LPP com tecnologia avançada. O questionário composto de 30 questões, foi elaborado pelos pesquisadores do projeto e abordavam variáveis do perfil dos participantes e aspectos conceituais sobre as características das LPP e o uso de materiais e técnicas para a seu tratamento.	Foram selecionados 37 profissionais, dos quais mais de 80% dos participantes eram do sexo feminino. 83,8% dos profissionais obtiveram baixo e médio conhecimento antes da capacitação nos quesitos referentes as características das LPP, após a capacitação o índice de pessoas com alto conhecimento aumentou. Quanto a tecnologia avançada, 86,5% tiveram baixo a médio conhecimento, sendo que no pós-intervenção houve melhora significativa ($p=0,00000$). Nas questões relacionadas a conhecimentos gerais, 100% dos participantes apresentaram baixo a médio conhecimento, sendo essa porcentagem melhorada após a atualização com aumento significativo da porcentagem de alto Conhecimento.



BARON, 2016	Comparar os escores de conhecimento sobre LPP das equipes que participaram ou não de intervenções educativas.	Estudo experimental, quantitativo, com 71 enfermeiros de UTIs, divididos em dois grupos: - GI - 50 (grupo intervenção): intervenção educativa por 10 semanas; - GC - 21 (grupo controle): sem intervenção educativa. A coleta se deu pelo Teste de Pieper, com 41 questões, validado e adaptado no Brasil e dados sociodemográficos.	87,3% da amostra foi composta por mulheres. A média de acertos no pré foi de 74,1% no GI e 76% no GC, sem diferenças estatísticas. No grupo pós houve diferença estatística entre os grupos ($p=0,001$), GI contou com 87,8% de acertos e GC com 79,1% de acertos. No GI os menores índices de acertos foram em questões relacionadas a prevenção e estadiamento da LPP e as questões de avaliação da LPP obtiveram em ambos os grupos 75% de acertos.
----------------	---	---	--

Fonte: Elaboração própria (2021)

Nos estudos analisados, observou-se que os grupos apresentaram aumento considerável no número de acertos após os treinamentos. Em relação a prevenção, Araújo (2019) demonstrou 78,5% de acertos no pré-treinamento e 81,9% no pós, enquanto nos quesitos referentes ao estadiamento houve 86,6% de acertos no pré e 93,2% de acertos no pós, como demonstrado no quadro 1.

No estudo de Campoi (2019), foi obtido 78,8% de acertos no pré e 88,85% de acertos no pós. Neste estudo, os maiores percentuais de acertos foram referentes à necessidade de orientação de pacientes e familiares sobre a prevenção, causas e fatores de risco de LPP e redução da incidência de LPP e os menores percentuais nos quesitos uso de massagem, uso de luvas d'água ou de ar e almofadas tipo roda d'água na prevenção de LPP. Pode-se enfatizar que após as aulas houve melhora em todos os itens acima.

No quadro 1 ainda é possível observar os resultados de López (2018), onde 83,8% dos profissionais obtiveram baixo e médio conhecimento antes da intervenção, com aumento deste número após. No quesito tecnologia avançada, 86,5% tiveram baixo e médio conhecimento, com aumento significativo no pós (0,00000) e nos conhecimentos gerais 100% dos participantes apresentaram baixo a médio conhecimento com aumento desta porcentagem no pós ($p=0,00002$).



Já Baron (2016) observou as diferenças entre um grupo que teve acesso a intervenção educativa e o grupo controle (GC) que respondeu os questionários, mas não participou do curso. Os acertos médios no pré foi de 74,1% no grupo intervenção (GI) e 76% no GC, e no pós o GI teve 87,8% de acertos contra 79,1% do GC ($p=0,001$). Os menores acertos foram sobre prevenção e estadiamento da LPP e o maiores índices de acertos foi quanto a avaliação da LPP.

Tais resultados discordam em parte do estudo de Fulbrook (2019), que submeteu 306 profissionais de enfermagem a um teste de conhecimento e obteve números mais baixos. O escore de conhecimento médio geral foi de 65% e cerca de 68% da amostra pontuaram 60% ou mais. As pontuações médias mais baixas foram referentes à descrição da ferida e considerou-se insatisfatório o nível de conhecimento de prevenção de LPP. Observou-se que os participantes que buscaram informações sobre LPP na internet ou estudaram as diretrizes sobre o tema, pois tiveram uma pontuação maior do que aqueles que não fizeram ($p=0,001$ e $p<0,001$, respectivamente).

Ainda na linha de baixos escores, o estudo de Galvão (2017) realizado com 40 profissionais de enfermagem identificou média de acertos de 51,4% para enfermeiros, concluindo déficit de conhecimento sobre prevenção de LPP e finaliza considerando necessária a capacitação desses profissionais. Contudo, outro estudo investigou o nível de conhecimento de enfermeiros assistenciais ($n=32$), obtendo pontuação média geral de 72%. Nas subescalas de prevenção/risco e estadiamento relataram 70% e 81%, respectivamente, porém não expuseram uma pontuação para a subescala de descrição da ferida (MILLER, 2017).

A diferença entre questionários também é visível, visto que houve autores que utilizaram questionários validados, outros pesquisadores elaboraram o questionário para o estudo, assim têm-se diferentes instrumentos de coleta que, apesar de serem estruturados em perguntas geralmente voltadas para prevenção, estadiamento e descrição da ferida, diferem quanto ao número de itens em cada subescala, assim como diferentes amostras. Apesar desses fatores, fica nítido que os enfermeiros ainda possuem pouco conhecimento sobre LPP e demonstrou-se que, após intervenções educativas, os escores melhoraram significativamente. A fragilidade no conhecimento dos enfermeiros impacta diretamente



a segurança do paciente, visto que isso pode influenciar na ocorrência de efeitos indesejáveis da assistência à saúde, trazendo prejuízos à qualidade do serviço.

Para reduzir os eventos adversos e aumentar a segurança no cuidado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que incentiva a adoção de Metas Internacionais de Segurança do Paciente, incluindo a prevenção das LPPs (ANVISA, 2013).

Os baixos níveis de conhecimentos dos enfermeiros sobre LPP, em especial prevenção e tratamento dessas lesões associam-se bastante à formação dos alunos na graduação e a constatação de pouco conhecimento sobre o tema, o que põe em risco os pacientes que estão sendo assistidos por esses profissionais, visto que os cuidados com a pele, em sua maioria, são relacionados à equipe de enfermagem. Investir em educação e avaliação de competências específicas para a prevenção de LPP, especialmente na graduação, pode subsidiar um ensino de melhor qualidade na enfermagem (VASCONCELOS, 2017; CALDINI, 2018).

Apesar da alta incidência e toda a problemática envolvendo as LPP em todas as esferas do cuidado, a literatura ainda carece de estudos que abordem a importância da educação permanente de enfermeiros sobre as LPP. Os estudos também se mostram um pouco heterogêneos com autores que utilizaram questionários validados, outros preferiram criar um instrumento próprio de avaliação. Alguns autores tiveram amostras pequenas e todos os autores se ativeram a verificar o nível de conhecimento dos profissionais antes e após as intervenções educativas, que se concentraram em ensinar os tópicos abordados nos questionários, como prevenção, estadiamento, avaliação das lesões e outros, não descrevendo as atividades educacionais desenvolvidas em si. Para que o trabalho pudesse refletir a literatura da melhor forma possível, foi realizada uma vasta busca em várias bases de dados, e nos três idiomas mais utilizados na comunidade científica.

CONCLUSÃO

Os estudos descritos nesta revisão concentraram-se em avaliar o nível de conhecimento dos enfermeiros sobre as LPP, demonstrando que muitos profissionais



obtiveram baixos índices de acertos nos quesitos relacionados à prevenção e estadiamento das lesões; no entanto, após as aulas propostas esses níveis foram aumentados. No quesito avaliação das lesões, os grupos mostraram resultados semelhantes antes e após as intervenções educativas.

Os profissionais da enfermagem ainda demonstraram bastante conhecimento sobre a necessidade de orientar pacientes e familiares sobre fatores inerentes às LPP, como causas, riscos e formas de reduzir a incidência de LPP. Ao que tange o uso de tecnologias, principalmente as avançadas, os enfermeiros demonstraram baixo a médio conhecimento sobre o tema, com melhora nos parâmetros pós intervenção.

Em todos os estudos, as diferenças nos resultados após os treinamentos foram visíveis, o que demonstra que educação continuada é necessária e pode ser muito útil a esse público, podendo ser cada vez mais implementada e encorajada nos serviços de saúde. A busca permanente dos profissionais sobre informações, atualização e melhores formas de tratamento e prevenção dessas ocorrências também é uma alternativa viável e significativa.

Apesar da relevância e alta incidência do tema, os estudos na área ainda são poucos e heterogêneos, ressaltando a importância da realização de mais pesquisas na área, preferencialmente com instrumentos validados e com amostras maiores, para que tais produções tenham maior evidência científica.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática** [Internet]. Brasília; 2013. Disponível em<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/Modulo_1o_1AssistenciaSegura.pdf>. Acesso em 15 maio de 2021.

ARAÚJO, T.M.; et al. Intervenção educativa para avaliação do conhecimento de enfermeiros intensivistas sobre lesão por pressão. **Rev Rene**, vol. 20, n. e41359, 2019.

BARON, M.V.; et al. Estudo experimental com equipes de Enfermagem acerca do conhecimento sobre úlceras por pressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol. 24, e2831, 2016. DOI: 10.1590/1518-8345.1134.2831.

BREDESEN, I.M.; et al. Effect of e-learning program on risk assessment and pressure ulcer classification-A randomized study. **Nurse Educ Today.**, vol. 40, p.: 191-7, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.008>.



CAMPOI, A.L.M.; et al. Educação permanente para boas práticas na prevenção de lesão por pressão: quase-experimento. **Rev Bras Enferm.**, vol. 6, n. 72, p.: 1725-31, 2019.

CALDINI, L.N.; et al. Evaluation of educational technology on pressure injury based on assistance quality indicators. **Rev Rene.**, vol. 1, n. 19, e32695, 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20181932695>.

CARVALHO, E.S.S.; et al. **Como cuidar de pessoa com feridas: Desafios para a prática multiprofissional**. Salvador: Atualiza Editora;2014.

FULBROOK, P.; LAWRENCE, P.; MILES, S. Australian Nurses' Knowledge of Pressure Injury Prevention and Management. **J Wound Ostomy Continence Nurs.**, vol. 2, n. 46, p.: 106-112, 2019.

GALVÃO, N.S.; et al. Knowledge of the nursing team on pressure ulcer prevention. **Rev Bras Enferm.**, vol. 2, n. 70, p.: 294-300, 2017. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0063

GUNNINGBERG, L.; et al. Pressure ulcer knowledge of registered nurses, assistant nurses and student nurses: a descriptive, comparative multicentre study in Sweden. **Int Wound J**. vol. 4, n. 12, p.: 462-8, 2015. doi: dx.doi.org/10.1111/iwj.12138.

KADDOURAH, B.; ABU-SHAHEEN, A.K.; AL-TANNIR, M. Knowledge and attitudes of health professionals towards pressure ulcers at a rehabilitation hospital: a cross-sectional study. **BMC Nurs.**, vol. 15, n. 17, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-016-0138-6>.

LÓPEZ, C.R.G.; ROCHA, M.L.P.; GONZALEZ, E.R. Conocimiento de los profesionales de enfermería en el uso de tecnología avanzada para el manejo de heridas crónicas. **ORINOQUIA - Universidad de los Llanos - Villavicencio, Meta.**, vol. 22, n. 1, 2018.

MILLER, D.M.; et al. Pressure injury knowledge in critical care nurses. **J Wound Ostomy Continence Nurs.**, vol. 5, n. 44, p.: 455-457, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Eventos Adversos. 2021. Disponível em <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos>>. Acesso em: 03 maio 2021.

TAYYIB, N.; COYER, F.; LEWIS, P.A. A two-arm cluster randomized control trial to determine the effectiveness of a pressure ulcer prevention bundle for critically ill patients. **J Nurs Scholarsh.**, vol. 3, n. 47, p.: 237-47, 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12136>.

VASCONCELOS, J.M.B.; CALIRI, M.H.L. Nursing actions before and after a protocol for preventing pressure injury in intensive care. **Esc Anna Nery.**, vol. 1, n. 21, e20170001, 2017. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170001>.



CAPÍTULO III

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DE SINTOMAS DE FERIDA NEOPLÁSICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Tatiany Sena Mendes¹⁰; Katicilene Canci de Souza¹¹;

Eliane Rangel Pacheco das Chagas¹².

DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-03

RESUMO:

Introdução: O câncer é considerado um dos principais problemas de saúde pública do mundo e entre as complicações causadas pelo desenvolvimento exacerbado das células estão as feridas tumorais, que podem ser encontradas de 5 a 10% dos pacientes oncológicos. **Objetivo:** identificar produções científicas que subsidiem um cuidado de enfermagem qualificado no tratamento de feridas tumorais em pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura. **Método:** O estudo foi norteado pelo método revisão integrativa da literatura. Para selecionar os artigos foram utilizadas as bases de dados: Base de Dados de Enfermagem, Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO). **Resultados:** Conforme os critérios de inclusão pré estabelecidos, foi obtida uma amostra de oito artigos. Após a análise do conteúdo obtido, os resultados mostraram que, entre as ações de enfermagem direcionadas à pacientes com ferida neoplásica, destacam-se o alívio dos sintomas, a promoção de conforto e de bem-estar e a melhoria dos aspectos físicos e psicossociais do indivíduo e seus familiares. **Conclusão:** cuidar de feridas neoplásicas envolve disponibilidade de produtos específicos para tratamento, conhecimento do profissional, do paciente e do familiar acerca dos fatores envolvidos.

PALAVRAS-CHAVE: Úlcera cutânea. Cuidados de enfermagem. Enfermagem oncológica. Neoplasias. Cuidados paliativos. Ferimentos e lesões.

NURSING ASSISTANCE IN THE CONTROL OF NEOPLASTIC WOUND SYMPTOMS: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT:

Introduction: Cancer is considered one of the main public health problems in the world and among the complications caused by the exacerbated development of cells are tumor wounds, which can be found in 5 to 10% of cancer patients. **Objective:** to identify scientific productions that support qualified nursing care in the treatment of tumor wounds in patients with no therapeutic possibilities of cure. **Method:** The study was guided by the integrative literature review method. To select the articles, the following

¹⁰ Enfermeira pela Universidade Federal do Espírito Santo, Residente em Atenção ao Câncer pela Fundação Beneficente Rio Doce – Linhares, ES. Lattes:<http://lattes.cnpq.br/8756438090406613>; ID ORCID: 0000-0001-5969-4981. E-mail: tatiany_sena@hotmail.com

¹¹ Enfermeira na Fundação Beneficente Rio Doce – Linhares, ES. Lattes:<http://lattes.cnpq.br/1261685542290186>; ID Lattes: 1261685542290186. E-mail: katicilenecanci@hotmail.com

¹² Enfermeira na Fundação Beneficente Rio Doce – Linhares, ES. Lattes:<http://lattes.cnpq.br/9894461103539332>; ID Lattes: 9894461103539332. E-mail: elianerpchagas@gmail.com



databases were used: Nursing Database, Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences and Scientific Electronic Library Online (SciELO). Results: According to the pre-established inclusion criteria, a sample of eight articles was obtained. After analyzing the content obtained, the results showed that, among the nursing actions aimed at patients with neoplastic wounds, relief of symptoms, the promotion of comfort and well-being and the improvement of the physical and psychosocial aspects of the individual and their family members. Conclusion: caring for neoplastic wounds involves availability of specific products for treatment, professional, patient and family knowledge about the factors involved.

KEYWORDS: Cutaneous ulcer. Nursing care. Oncology Nursing. Neoplasms. Palliative care. Wounds and injuries.

INTRODUÇÃO

O câncer é considerado um dos principais problemas de saúde pública do mundo e as estimativas mostram o aumento do número de casos a cada ano, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde é considerada a segunda principal causa de morte (INCA, 2019).

Estima-se cerca de 625 mil novos casos de câncer no Brasil no triênio 2020-2022, sendo os mais incidentes, exceto o câncer de pele não melanoma, os cânceres de próstata, cólon e reto, pulmão, estômago e cavidade oral (nos homens), mama, cólon e reto, colo do útero, pulmão e tireoide (nas mulheres). Estudos evidenciam que, quando diagnosticado precocemente, o paciente com doença oncológica tem até 80% de possibilidade de cura, contudo, 60% desses pacientes descobrem o diagnóstico no estágio tardio (INCA, 2019; VICENTE; AMANTE; SANTOS et al, 2019).

Entre as complicações causadas pelo desenvolvimento exacerbado das células estão as feridas tumorais (FT) ou feridas neoplásicas (FN) que podem ser encontradas de 5 a 10% dos pacientes oncológicos (VICENTE; AMANTE; SANTOS et al, 2019). As feridas tumorais são formadas pela invasão de células malignas nas estruturas da pele, levando a ruptura da integridade do tegumento interferindo na vascularização local e ocasionando necrose tecidual. Devido à proliferação celular desordenada, intrínseca ao processo de carcinogênese, a FT evolui de maneira rápida para uma lesão ulcerativa e/ou fungosa (VIEIRA; ABREU, 2019).

Essas lesões causam um grande impacto na vida das pessoas devido às alterações da imagem corporal o que acaba afetando fatores socioeconômicos, biológicos e



psicológicos. O principal sofrimento destes pacientes está no incômodo dos sinais e sintomas das feridas tumorais como mau odor, dor, prurido, exsudato excessivo e sangramento que ocasionam angústia psicológica, vergonha, perda de confiança, medo, culpa, depressão e isolamento social (VIEIRA; ABREU, 2019).

Na prática clínica, poucos pacientes com FT se beneficiam de intervenções cirúrgicas, radioterápicas ou quimioterápicas para o tratamento dessas lesões. Nessa perspectiva, o cuidado paliativo torna-se a melhor proposta de assistência aos pacientes com ferida neoplásica, tendo em vista que é caracterizado por um conjunto de ações multiprofissionais que objetivam a promoção da qualidade de vida do paciente e de seus familiares por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, atingindo aspectos de natureza física, psicossocial e espiritual (CASTRO; SANTOS; FULY et al, 2017).

Para planejar um protocolo de tratamento de feridas tumorais, é necessária uma avaliação criteriosa do paciente com a finalidade de identificar os sinais e sintomas relacionados à FT e, também, o impacto gerado nas atividades diárias do paciente, qualidade de vida e autoimagem. E, tendo em vista que o profissional de enfermagem geralmente é responsável pela realização de curativos e membro ativo e integrante da equipe de cuidados paliativos, é indispensável que desenvolva competências e habilidades que o permita conhecer todos os aspectos relacionados às feridas tumorais e como interferem na vida dos pacientes, para que se possa planejar uma assistência que lhes traga benefício (VIEIRA; ABREU, 2019).

Nesse sentido, e diante da escassez de estudos com evidências clínicas de ações de enfermagem diante das feridas neoplásicas no contexto de cuidados paliativos, surgiu a seguinte questão norteadora: *Como a enfermagem deverá agir mediante o paciente com ferida neoplásica fora de possibilidades terapêuticas de cura?*.

Diante disso, optou-se pela revisão integrativa da literatura, que é utilizada para busca de evidências para a prática clínica, visando a contribuir com profissionais da área de Enfermagem que assistem pacientes em cuidados paliativos, além de estimular o interesse da comunidade científica para o desenvolvimento de outros estudos acerca da temática.



Assim, o presente estudo tem como objetivo identificar produções científicas que subsidiem um cuidado de enfermagem qualificado no tratamento de feridas tumorais em pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura.

MÉTODO

Trata-se de revisão integrativa da literatura, cujo método incide em realizar síntese do conhecimento produzido sobre determinado assunto a partir de diferentes abordagens metodológicas, sendo construída por meio de análise dos estudos disponíveis na literatura científica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; PEREIRA, 2013).

O método utilizado se dá em cinco etapas. Primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa. Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura. Terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos. Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. Quinta etapa: interpretação dos resultados. Sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A estratégia de busca foi efetuada através dos cruzamentos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): Úlcera cutânea; Cuidados de enfermagem; Enfermagem oncológica; Neoplasias; Cuidados paliativos e Ferimentos e lesões, nas seguintes bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): Base de Dados de Enfermagem (BDENF), *Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO).

Como critério de inclusão foi considerado artigos publicados na íntegra entre o período de 2011 a 2021, em inglês ou português, que estivessem indexados nas bases de dados LILACS, SciELO ou BDENF, e que abordem o cuidado de enfermagem com feridas neoplásicas. Excluiu-se do estudo: monografias, teses, dissertações, artigos de opinião de especialistas e resumos de congresso, e estudos que não sejam de livre acesso.



Os aspectos éticos deste estudo foram preservados e todos os autores analisados foram referenciados conforme a Lei de Direitos Autorais nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998.

RESULTADOS

Foram encontrados 46 artigos, entretanto, alguns foram excluídos após leitura do título, resumo e duplicidade. Dentre esses 13 estudos foram selecionados para leitura na íntegra, dos quais foram selecionados 8 para compor a amostra deste estudo.

A tabela 1 caracteriza os estudos incluídos nesse trabalho de acordo com o título, a base de dados em que está publicado, bem como o ano de publicação, o tipo de estudo, objetivos e desfecho.

Tabela 1: Caracterização dos artigos selecionados na busca de dados para análise.

Autor / ano	Título	Base de dados	Tipo de estudo	Objetivos	Desfecho
SCHMIDT, F.M.Q; FIRMINO, F; LENZA, N.F.B et al. (2020).	Conhecimento da equipe de enfermagem sobre cuidados com pacientes com feridas neoplásicas	BDENF	Estudo observacional e transversal	Avaliar o conhecimento da equipe de enfermagem de um hospital oncológico sobre o cuidado de pacientes com Feridas Neoplásicas Malignas (FNM) e analisar fatores sociodemográficos e educacionais associados.	Participaram do estudo 37 profissionais, sendo a maioria técnicos. Observou-se déficit de conhecimentos importantes sobre o cuidado de pacientes com FNM, o que deve nortear estratégias para capacitação das equipes atuantes em Oncologia.
SOARES, R.S; CUNHA, D.A.O; FULY, P.S.C. (2019)	Cuidados de enfermagem com feridas neoplásicas	BDENF	Revisão integrativa	Discutir os cuidados de Enfermagem relacionados às feridas neoplásicas nos pacientes em cuidados paliativos.	Encontrou-se nos artigos selecionados sintomatologias que norteariam os cuidados de Enfermagem e as condutas do enfermeiro ao realizar os curativos das feridas



					neoplásicas como: Controle da dor; Controle do odor; Prevenção de hemorragias; Controle de exsudato e Aspectos psicossociais.
VICENTE, C; AMANTE, L.N; SANTOS, M.J et al. (2019).	Cuidado à pessoa com ferida oncológica: educação permanente em enfermagem mediada por tecnologias educacionais	BDENF	Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva	Reconhecer as tecnologias educacionais utilizadas no processo de atualização dos enfermeiros no cuidado à pessoa com ferida oncológica de cabeça e pescoço.	O estudo destaca a escassez da abordagem do conteúdo na formação dos enfermeiros, a importância da atualização dos profissionais por meio da educação permanente, evidenciando a pouca utilização de recursos tecnológicos para esta finalidade e sugere a integração do uso de tecnologias com a educação permanente, a fim de alcançar os diversos benefícios reconhecidos na prática profissional.
SOUZA, N.R; LIMA, M.T.C; BATISTA, R.P.S et al. (2019).	Prescrição e uso de metronidazol para controle do Odo r em feridas neoplásicas	SciELO	Estudo transversal	Verificar os aspectos relacionados à prescrição, preparo e administração do metronidazol para controle do odor em feridas neoplásicas.	Os enfermeiros caracterizaram-se pelo tempo de experiência de 1 a 3 anos, menor frequência de especialização comparados aos médicos, porém maior frequência de atualização em cuidados paliativos. Quanto à prescrição e utilização do metronidazol,



					observou-se prescrições alternativas e empíricas, com maceração de comprimidos (53,8%) ou solução injetável (19,3%).
GOZZO, T.O; TAHAN, F.P; ANDRADE, M. (2014)	Ocorrência e manejo de feridas neoplásicas em mulheres com câncer de mama avançado	SciELO	Estudo de abordagem quantitativa, de corte transversal e retrospectivo	Caracterizar o perfil sociodemográfico de mulheres com câncer de mama que apresentam feridas neoplásicas e identificar as coberturas mais utilizadas para o tratamento das feridas.	A amostra constituiu-se de 62 mulheres, os sintomas registrados foram dor, sangramentos e necrose. Os produtos utilizados foram a sulfadiazina de prata e o ácido graxo Essencial.
AZEVEDO, I.C; COSTA, R.K.S; HOLANDA, C.S.M, et al. (2014)	Conhecimento de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre Avaliação e Tratamento de Feridas Oncológicas	LILACS	Pesquisa descritiva, quantitativa	Identificar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no cuidado às pessoas com feridas oncológicas no contexto da Estratégia Saúde da Família; e descrever os aspectos avaliados e as ações implementadas no acompanhamento de pessoas portadoras dessas feridas.	Os resultados mostraram que a maioria dos entrevistados não estudou conteúdos sobre feridas oncológicas na graduação e não participou de capacitações sobre o tema. Os profissionais enfrentam dificuldades na escolha do curativo, dos medicamentos a serem utilizados nas lesões malignas e limitações na operacionalização da assistência, em função de problemas na organização do serviço.
AGRA, G; FERNANDES , M.A;	Cuidados Paliativos ao Paciente	LILACS	Revisão integrativa	Sintetizar as contribuições de estudos que	Após a análise do material obtido, os resultados



PLATEL, I.C.S; FREIRE, M.E.M. (2013)	Portador de Ferida Neoplásica: uma Revisão Integrativa da Literatura			apontem evidências de ações de enfermagem para pacientes com ferida neoplásica sob cuidados paliativos	apontaram que, entre as ações de enfermagem direcionadas à pacientes com ferida neoplásica sob cuidados paliativos, destacam-se o alívio dos sintomas, a promoção de conforto e de bem-estar e a melhoria dos aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais.
SOUZA, M.A.O; SOUZA, N.R; MELO, J.T.S, et al. (2018)	Escala de avaliação de odor em feridas neoplásicas: uma revisão integrativa	SciELO	Revisão integrativa	Verificar a existência de instrumentos de avaliação do odor em feridas neoplásicas	Os resultados deste estudo demonstraram que até o momento só existe uma escala de avaliação do odor em feridas neoplásicas validada, apontando para necessidade de desenvolvimento de novas ferramentas que incorporem na prática clínica instrumentos validados e confiáveis.

Fonte: elaborado pelo autor.

DISCUSSÃO

Sabe-se que o enfermeiro possui um papel relevante na prestação do cuidado de pacientes com feridas, desempenhando medidas preventivas, diagnosticando, implementando terapias e acompanhando de perto a evolução dos curativos. Por esse motivo, esse profissional deve ter domínio dos procedimentos assistenciais e receber formação para atuação nesse âmbito⁽¹⁵⁾. Entretanto, quando se trata de feridas neoplásicas (FN), a abordagem sobre a temática na formação profissional é escassa, ressaltando a necessidade da busca de novos conhecimentos e atualizações de modo constante



(VICENTE; AMANTE; SANTOS et al, 2019; AZEVEDO; COSTA; HOLANDA et al 2014).

O surgimento de FT está envolvido com muitos tipos de câncer, embora mereçam destaque o de mama, pele, cabeça e pescoço. Na ferida neoplásica, muitas vezes, o tratamento não leva à cicatrização da lesão, contudo a cicatrização não é o principal objetivo do cuidado, e sim o controle dos sintomas, visando a uma melhor qualidade de vida aos portadores destas lesões (POLETTI; CALIRI; SIMÃO et al, 2002).

Nos artigos analisados, os autores enfatizam que o cuidado a pessoas com FT, envolve a realização de uma avaliação criteriosa do paciente e da ferida sendo primordial das seguintes características da lesão: relacionadas à localização; tamanho; exsudato; odor; sangramento; prurido; descamação; dor; condição da pele ao redor da lesão; além dos aspectos psicossociais (SOARES; CUNHA; FULY, 2019; AZEVEDO; COSTA; HOLANDA et al, 2014).

Diversas técnicas e produtos foram desenvolvidos para auxiliar no tratamento das FN. Entretanto, ainda não há uma terapia tópica específica. Contudo, dois pontos importantes são apontados na prática dos cuidados de enfermagem às feridas crônicas: a limpeza da lesão e a escolha da cobertura a ser utilizada (SOARES; CUNHA; FULY, 2019; SOUZA; LIMA; BATISTA et al, 2019). Com relação à limpeza da ferida, há uma diversidade de soluções que podem ser aplicadas. Segue-se, após a avaliação da ferida, a limpeza com alguma solução de acordo com a avaliação do enfermeiro. Destacando-se a solução fisiológica e as soluções antissépticas (SOARES; CUNHA; FULY, 2019; SOUZA; LIMA; BATISTA et al, 2019; AZEVEDO; COSTA; HOLANDA et al, 2014).

A literatura aponta que entre os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes com FN o manejo do mau odor tem-se mostrado um dos problemas mais difíceis para os enfermeiros no ambiente hospitalar e ainda apresentam consequências fisiológicas e psicossociais ao paciente. Evidencia-se também, que aproximadamente 10,4% dos pacientes com feridas neoplásicas são acometidos pelo odor fétido (SOUZA; LIMA; BATISTA et al, 2019; SANTOS; FULY; SANTOS et al, 2017).

Nota-se, no que tange ao controle do odor, que as coberturas mais comuns utilizadas na prática clínica são as que possuem ações bactericidas. Destacando-se como



as principais coberturas descritas: o metronidazol, coberturas com a presença de prata adicionada à fórmula, como a sulfadiazina de prata e o carvão ativado (SCHMIDT; FIRMINO; LENZA et al, 2020; SOUZA; LIMA; BATISTA et al., 2019; SOUZA; SOUZA; MELO et al, 2018). Indica-se ainda o controle de exsudato para auxiliar no controle do odor, tendo em vista que o controle efetivo do exsudato se correlaciona à diminuição do odor. Reforça-se, então, como opção para os curativos, a aplicações de coberturas com capacidade absorviva (SOARES; CUNHA; FULY, 2019).

Outro sintoma complexo para o manejo do paciente oncológico com FT é a dor resultante do crescimento tumoral, da pressão do tumor em outras estruturas do corpo, do edema decorrente da drenagem linfática e capilar prejudicada, da presença de infecção, da exposição das terminações nervosas devido à troca de curativos. Em relação ao seu manejo, tem-se o uso de analgesia sistêmica, indicada antes de começar a troca do curativo e outras medidas locais incluem: uso de lidocaína tópica ou de blocos de gelo antes ou após o tratamento da lesão (SOARES; CUNHA; FULY, 2019; GOZZO; TAHAN; ANDRADE et al, 2014).

Uma característica que também é frequente nesse tipo de lesão é o sangramento, causado pela interrupção da hemostasia do sangue, linfa, ambiente celular e intersticial devido à infiltração de células tumorais. Ainda, o tecido viável em uma FT pode ser muito friável e apresentar facilmente sangramento com a mínima manipulação. Para o controle do sangramento espontâneo alguns cuidados são essenciais: cuidado na aplicação e remoção do curativo por meio da utilização de técnicas suaves de limpeza; e uso de solução de soro fisiológico, objetivando uma diminuição na probabilidade de trauma, principalmente quando os curativos estão aderidos ao leito da ferida, ainda pode-se optar por utilizar soro fisiológico gelado para auxiliar na vasoconstrição. Outras medidas incluem a aplicação de pressão direta durante 10 a 15 minutos, o uso de gelo local e gaze saturada com vasoconstritores tópicos, como adrenalina (SOARES; CUNHA; FULY, 2019; GOZZO; TAHAN; ANDRADE et al, 2014; AGRA; FERNANDES; PLATEL; FREIRE, 2013).

Além de todos esses sintomas clínicos, os estudos abordam ainda os aspectos psicossociais associados ao paciente com ferida neoplásica. Mostra-se necessário



elaborar, ao paciente, um plano de cuidados que atenda à necessidade relatada por ele. Torna-se importante oferecer apoio psicológico e emocional e atividades que auxiliem a autoestima.

Diante do exposto, nota-se que o manejo dessas lesões é complexo e necessita de um cuidado multiprofissional. Uma boa avaliação do paciente é essencial a fim de entender o impacto psicológico da ferida em relação ao paciente e a família, medir os resultados das intervenções e tomar decisões. É primordial que o enfermeiro considere, para seu plano de cuidados ao paciente, os objetivos do tratamento de feridas: conforto; a qualidade de vida; o controle de sintomas e a promoção da confiança e sensação de bem-estar (GOZZO; TAHAN; ANDRADE et al, 2014).

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou verificar e analisar a produção do conhecimento sobre os cuidados com o paciente portador de ferida neoplásica que podem ser implementados para melhorar o manejo dos curativos.

Nesse sentido, nota-se que cuidar de feridas neoplásicas não é algo simples e envolve disponibilidade de produtos específicos para tratamento, conhecimento do profissional, do paciente e do familiar acerca dos fatores, além de estruturação do serviço de saúde para atender às necessidades dos usuários, garantindo acessibilidade, inclusive com o envolvimento dos mesmos na realização de atividades de educação em saúde do portador e familiar/cuidador.

REFERÊNCIAS

AGRA, G; FERNANDES, M.A; PLATEL, I.C.S; FREIRE, M.E.M. Cuidados Paliativos ao Paciente Portador de Ferida Neoplásica: uma Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**; v. 59, n.1, p. 95-104, 2013.

AGUIAR, R.M; DA SILVA G.R.C. Os Cuidados de Enfermagem em Feridas Neoplásicas na Assistência Paliativa. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ**. Abril / Junho de 2012.

AZEVEDO, I.C; COSTA, R.K.S; HOLANDA, C.S.M, et al. Conhecimento de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre Avaliação e Tratamento de Feridas Oncológicas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n.2, p.119-127, 2014.



BENEVIDES, J.P; COUTINHO, J.F.V; SANTOS, M.C.L, et al. Avaliação clínica de úlceras de perna em idosos. **Rev Rene**. V. 13, n. 2, p.300-8, 2012.

CASTRO, M.C.F; SANTOS, W.A; FULY, P.S.C et al. Intervenções de enfermagem para pacientes oncológicos com odor fétido em ferida tumoral. **Aquichan**; v.17, n.3, p. 243-256, Jul 2017.

DA SILVA, K.R.M; BONTEMPO, P.S.M; DOS REIS, P.E.D, et al. Intervenções Terapêuticas em Feridas Tumerais: Relato de Casos. **Rev. Bras. Cancerol**. dezembro de 2015.

DOS SANTOS, W.A; FULY, P.S.C; DOS SANTOS, M.L.S.C, et al. Avaliação do isolamento social em pacientes com odor em feridas neoplásicas: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE**. v.11, Supl. 3, p.1495-503, Recife, março, 2017.

GOZZO, T.O; TAHAN, F.P; ANDRADE, M, et al. Ocorrência e manejo de feridas neoplásicas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.18, n. 2, Abr/Jun 2014.

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. – Rio de Janeiro : **INCA**, 2019.

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

PEREIRA, M.G. Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar. **Guanabara Koogan**. Rio de Janeiro: 2013.

POLETTI, N.A.A; CALIRI, M.H.L; SIMÃO, C.D.S.R. et al. Feridas malignas: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 48, n.3,p. 411-417, 2002.

SCHMIDT, F.M.Q; FIRMINO, F; LENZA, N.F.B et al. Nursing team knowledge on patients care with fungating wounds. **Rev Bras Enferm**. v. 73, n.1, 2020.

SOARES, R.S; CUNHA, D.A.O; FULY, P.S.C. Cuidados de enfermagem com feridas neoplásicas. **Rev enferm UFPE**, v.13, n.1, p. 3456-63. Recife, jan. 2019.

SOUZA, N.R; LIMA, M.T.C; BATISTA, R.P.S et al. Prescrição e uso de metronidazol para controle do odor em feridas neoplásicas. **Cogitare enferm**. [Internet]. 2019.

SOUZA, M.A.O; SOUZA, N.R; MELO, J.T.S, et al. Escalas de avaliação de odor em feridas neoplásicas: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm**. v. 71, n.52, p.701-9, 2018.

SACRAMENTO, C.J; REIS, P.E.D; SIMINO, G.P.R, et al. Manejo de sinais e sintomas em feridas tumorais: revisão integrativa. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.5, n.1, p. 1514-1527, jan/abr, 2015.

VIEIRA, N.N.P; ABREU, A.K.C. Avaliação e manejo de feridas tumorais. In: Diretrizes oncológicas 2. São Paulo: **Doctor Press Ed. Científica**, p. 693-702. 2019.

VICENTE, C; AMANTE, L.N; SANTOS, M.J et al. Cuidado à pessoa com ferida oncológica: educação permanente em enfermagem mediada por tecnologias educacionais. **Rev Gaúcha Enferm**. 2019.



CAPÍTULO IV

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

**Jardiane Furtado de Almeida¹³; Viviane Ferreira Diniz¹⁴;
Janice Maria Lopes de Souza¹⁵; Karla Janilee Souza Penha¹⁶;
Francisca das Chagas Gaspar Rocha¹⁷; Mariana Oliveira Arruda¹⁸.**

DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-04

RESUMO:

A violência doméstica e familiar contra a mulher é qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. Este estudo teve como objetivo analisar o papel do enfermeiro no atendimento às mulheres vítimas de violência, bem como conhecer os principais fatores relacionados a esta violência. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com objetivo de reunir, analisar e sintetizar estudos bibliográficos pesquisados nas bases de dados Pubmed, Scielo, LILACS, Google acadêmico, a fim de conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem que atuam no serviço de atenção primária sobre os casos de violência doméstica. O tema foi abordado por meio dos fatores associados à violência doméstica, como fatores sociais, ambientais e relacionais. Além disso, foi notável que a violência doméstica ocorre de diferentes formas, seja física, verbal, moral ou psicológica. A atuação dos profissionais de enfermagem é extremamente importante, uma vez que conseguem identificar com maior facilidade situações ou casos de violência doméstica, realizando uma assistência por tempo integral aos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Violência doméstica. Assistência de enfermagem. Saúde da mulher.

NURSES' PERFORMANCE IN CARE FOR WOMEN VICTIMS OF VIOLENCE

ABSTRACT:

¹³ Graduanda de Enfermagem pela Faculdade Uninassau – São Luís. Estagiária no Fundo de Imunização em Paço do Lumiar – MA. E-mail: aneowlkr@gmail.com

¹⁴ Técnica de enfermagem no Hospital de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira. Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Uninassau – São Luís. E-mail: vivianediniz93@hotmail.com

¹⁵ Odontóloga pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Mestre em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAP -Teresina-PI (2017). Professora da Faculdade UNINASSAU de São Luís (MA), dos cursos de Odontologia, Fisioterapia, Enfermagem e Farmácia. E-mail: janicemls@hotmail.com.

¹⁶ Odontóloga. Mestre em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2016). Doutora em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2020). Professora do curso de Odontologia da Faculdade UNINASSAU e Faculdade Pitágoras. E-mail: karlajanilee@outlook.com.

¹⁷ Enfermeira. Docente na UNINASSAU São Luís/ MA. Mestre em Saúde da Família. Doutoranda em Engenharia Biomédica. Instrutora/supervisora da ESF em São Luís/ MA. E-mail: franciscagasparocha@gmail.com.

¹⁸ Bióloga pela Universidade Federal do Maranhão (2009). Mestre em Microbiologia Médica pela Universidade Federal do Ceará (2011). Doutora em Biotecnologia (Microbiologia) pela Universidade Federal do Amazonas/Universidade Federal do Maranhão (2016). E-mail: mariana_o.arruda@yahoo.com.br.



Domestic and family violence against women is any action or omission based on gender that causes death, injury, physical, sexual or psychological suffering and moral or property damage. This study aimed to analyze the role of nurses in caring for women victims of violence, as well as knowing the main factors related to this violence. This is an integrative literature review, with the objective of gathering, analyzing and synthesizing bibliographic studies researched in Pubmed, Scielo, LILACS, Google academic databases, in order to know the perception of nursing professionals who work in the primary care service. on domestic violence cases. The topic was approached through factors associated with domestic violence, such as social, environmental and relational factors. In addition, it was notable that domestic violence occurs in different forms, whether physical, verbal, moral or psychological. The role of nursing professionals is extremely important, since they can more easily identify situations or cases of domestic violence, providing full-time assistance to patients.

KEYWORDS: Domestic violence. Nursing care. Women's health.

INTRODUÇÃO

A violência doméstica é entendida como o uso, de maneira intencional, da força física e do poder, seja propriamente dito ou em forma de ameaça, contra a si mesmo ou à outra pessoa, grupo ou comunidade, que possa ocasionar e/ou ocasione lesão, danos emocionais e psicológicos e morte ao indivíduo (CARPANEZ et al., 2019).

A violência contra a mulher é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, religiões, estado civil, escolaridade ou etnia. Uma, a cada três mulheres, relatam agressões físicas pelo companheiro atual ou anterior e uma, a cada cinco mulheres, são vítimas de violência sexual ao longo da vida, configurando uma desigual relação de gênero e poder em proporções epidêmicas (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

Nota-se ainda o crescente número de casos e as subnotificações devido ao medo e a falta de denúncia por parte das envolvidas. Ultimamente, a assistência de saúde está diretamente ligada aos casos de violência, principalmente, o serviço de Urgência e Emergência e as Unidades Básicas de Saúde. A equipe de enfermagem é a primeira linha de cuidado a essas vítimas, portanto as estratégias para o combate da violência são: atuar em ações voltadas para a redução da incidência e prevalência dos casos de violência, identificar o risco potencial para a violência em famílias da comunidade e promover suporte para a resolução do problema detectado (ARAGÃO et al., 2013).



Uma das especialidades da enfermagem é a Ciências Forense que, diante de situações de violência, como na temática supracitada, atua de maneira pontual e minuciosa, colaborando para uma visão social e jurídica. Desta forma, cabe ao enfermeiro capacitar-se e aprimorar-se nos conhecimentos teóricos - científicos (ABEN, 2015).

Ressalta-se que a violência contra mulher ainda é pouco percebida nos serviços de saúde, caracterizando assim, um problema pouco discutido. A literatura aborda as principais dificuldades para a identificação da violência contra mulheres pelos enfermeiros e profissionais de saúde: *falta de treinamento, falta de entendimento sobre o manejo dos casos, falta de segurança e pouco apoio às vítimas* (BARALDI et al., 2012).

Nesse sentido, a notificação funciona como instrumento que favorece a construção de políticas públicas de controle à violência. E no que diz respeito à rotina do enfermeiro, é extremamente importante, pois este encontra-se em contato direto com a vítima, porém, muitos alegam desconhecer a ficha de notificação, o que impede de registrar e denunciar essas ocorrências (KIND et al., 2013).

A atenção destinada às mulheres violentadas é pontual e fragmentada; os serviços não estão preparados para recebê-las e tratá-las integralmente e de forma holística. Por conta dessa desarticulação, as mulheres geralmente buscam vários serviços, os quais oferecem recursos pouco efetivos frente às necessidades demandadas por elas (GOMES et al., 2013).

Para prestar uma assistência qualificada é preciso olhar para as características da mulher, permitindo uma avaliação sem julgamentos. Dessa maneira, os profissionais precisam desenvolver um senso no sentido de identificar a violência como agravo à saúde e a precisão de uma ação multiprofissional, visto que extrapola o setor saúde, levando à necessidade da articulação em rede (GOMES et al., 2012).

A fim de garantir um atendimento adequado a essas mulheres, deve-se existir uma parceria com outros serviços, ampliando a rede de atendimento, independente da porta de entrada. Estas ações articuladas promovem apoio social, de saúde, policial e judicial, as quais são relevantes para o enfrentamento da violência contra a mulher (GOMES et al., 2012).



Esse trabalho surgiu da necessidade de discutir os fatores associados a violência doméstica e as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde no atendimento a essas pacientes. Portanto, o presente estudo teve como objetivo analisar os resultados das produções científicas acerca da assistência de enfermagem em mulheres vítimas de violência doméstica e conhecer os principais fatores relacionados a esta violência.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO

Pesquisa exploratória e descritiva com a realização de uma revisão de literatura sobre a temática “atuação da enfermagem e os cuidados às mulheres vítimas de feminicídio”.

LOCAL DA PESQUISA

A revisão de literatura foi realizada nas bases de dados PubMed, SciELO, LILACS e no Google Acadêmico. Os artigos utilizados foram os publicados no Brasil entre os anos de 2012 e 2020 com estudos relacionados a um determinado grupo de clientes mulheres em atendimento clínicos, físicos e psicológicos, nas unidades hospitalares pelos profissionais de enfermagem e em todo o território nacional com mulheres entre 17 e 70 anos.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

Na presente pesquisa, definiu-se como população as mulheres vítimas de feminicídio e ou violência doméstica atendidas em serviço de atenção primária.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Mulheres entre 17 a 70 anos de idade, residentes no Brasil, que tenham sofrido caso de feminicídio e foram atendidas no serviço de atenção primária durante os anos de 2012 e 2020.



CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Mulheres entre 14 a 16 anos de idade, residentes no Brasil, na qual a pesquisa nos artigos estudados não relataram sobre a faixa etária, bem como crianças de 0 a 12 anos por serem menores de idade e as mulheres residentes em outros países.

COLETA DE DADOS

Para a escolha dos dados retirados dos artigos selecionados tomou-se precauções quanto ao desenvolvimento do trabalho e aspectos relativos ao período de duração e publicação do estudo, autoria, local de publicação, título, objetivo, metodologia, resultado e discussão. A pesquisa seguiu com a leitura exploratória do material total escolhido, de maneira objetiva e rápida com a intenção de examinar se a obra consultada era de relevância para o trabalho. Prosseguiu-se com uma leitura mais aprofundada da parte que realmente é de interesse para o tema.

ANÁLISE DE DADOS

Para análise dos dados foi realizada uma leitura crítica e reflexiva dos títulos e resumos de cada artigo encontrado, visando alcançar saberes sob a forma de compreensões reconstruídas dos discursos, a fim de verificar a sua adequação com a questão norteadora. Esse método de análise textual permite identificar e isolar enunciados dos conteúdos a ele submetidos, categorizar tais enunciados e produzir textos de maneira a integrar a descrição e interpretação, obedecendo rigorosamente todos os critérios de inclusão e exclusão apresentados.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo constituiu-se em uma pesquisa documental e eletrônica, portanto, não houve necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



Quadro 1 - Tipos de violência doméstica e seus fatores de risco.

Autores/Ano	Título	Objetivos	Resultados
ANDRADE et al., 2016	Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos após a revelação do diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis ao parceiro.	Investigar a prevalência e os fatores associados à perpetração de violência por parceiro íntimo em portadores de doenças sexualmente transmissíveis.	A bebida alcoólica contribui para o uso da violência por parceiro íntimo, foi identificado que as pessoas que ingeriam álcool possuíam 3 vezes mais chances de praticarem violência contra o seu parceiro ao revelarem que possuem alguma doença sexualmente transmissível.
COLOSSI et al., 2015.	Violência conjugal: prevalência e fatores associados.	Descrever a violência no casal, bem como analisar possíveis correlações com variáveis sociodemográficas.	No estudo foi identificado que quanto menor a idade, maior os números de agressão física e psicológica, tais dados possibilitam a reflexão de que a maturidade emocional leva o indivíduo a pensar mais e refletir sobre as suas ações ao vivenciarem situações de conflito.
COSTA, et al., 2014.	Representações sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares.	Conhecer de forma descritiva e analisar, em cenários rurais do Rio Grande do Sul, as representações sociais da violência contra as mulheres na perspectiva de gestores municipais, profissionais e trabalhadores.	Os profissionais de saúde identificaram que para a maioria das mulheres que residem no meio rural, a violência é um destino. Nessa perspectiva, a violência é vista nos serviços de saúde de forma natural devido as tradições socioculturais.
GARCIA, et al., 2016.	Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência.	Identificar fatores associados ao atendimento por violência doméstica e familiar entre vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência no Brasil.	Em 2011, 16.256 mulheres usaram os serviços do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), destas, 5.104 (31,4%) eram menores de idade. Ao analisar os tipos de agressões sofridas, a violência física foi predominante, com 97,4%, entre os prováveis autores da agressão, a maioria era os companheiros ou ex-companheiros, 51,5%.
PERALVA, et al., 2016.	Violência doméstica na percepção de enfermeiros de serviço de emergência.	Conhecer a percepção do enfermeiro que atua no serviço de emergência hospitalar sobre violência doméstica.	No estudo, foi identificado que os principais casos de violência doméstica foram, as verbais, as físicas como "tapas" e "murros" e por último a violência sexual. A maioria dos profissionais que participaram das entrevistas demonstraram não possuir conhecimento sobre o tema proposto, a violência doméstica.



Quadro 2 - Fatores de risco associados à violência doméstica.

Autores/Ano	Título	Objetivos	Resultados
ACOSTA, et al., 2017.	Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica.	Analisar os conhecimentos de enfermagem hospitalares sobre os aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem as vítimas de violência doméstica.	A maioria dos profissionais de saúde não possuíam conhecimento acerca do assunto, violência doméstica, nem quais ações deveriam tomar quando confrontadas com essa situação. Os mesmos argumentaram que não trabalhavam nessa área” e que possuem pouca experiência profissional.
ACOSTA, et al., 2018.	Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural.	Analisar a estrutura e os conteúdos das representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher.	As enfermeiras que foram entrevistadas identificaram que a VD não se limitava apenas a vítima, ela causava danos nos filhos e outros familiares. Por meio desses dados, é essencial que os serviços de saúde proporcionem uma assistência linear que visem a promoção e proteção da saúde da mulher, filhos e da família.
FREITAS et al., 2017.	Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher.	Compreender a atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA's).	Por meio das entrevistas pode-se observar que muitos profissionais de saúde, entre eles, os enfermeiros, constatarem insegurança em relação a identificação dos casos de violência quando as vítimas não expõem livremente a situação, e mostraram não conhecer perfeitamente o processo de notificação.
GARBIN, et al., 2015.	Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento.	Instruir o profissional de saúde quanto ao reconhecimento da obrigatoriedade de notificação da violência e aos meios disponíveis para sua efetivação e devido encaminhamento.	Por meio da conscientização sobre a importância da notificação e as capacitações contínuas para os profissionais de saúde sobre as situações de violência, proporciona subsídios para a elaboração de políticas públicas em saúde mais eficientes e eficazes.



Foram selecionados 09 artigos que atendiam aos critérios de inclusão deste trabalho, sendo que cinco abordaram também fatores de risco associados à violência doméstica e seus tipos, conforme demonstrado no quadro 1.

Referente aos fatores de risco foi citado a questão do alcoolismo pelo parceiro, ademais, notou-se que a idade e escolaridade, por exemplo, estão relacionadas com um aumento do número de casos. Outrossim, foi relatado a presença, principalmente, de violência psicológica e física, sendo que apenas 2 (11,7%) artigos relataram violência sexual (PERALVA et al., 2016; LEITE et al., 2017).

No que diz respeito aos profissionais de enfermagem, quatro trabalhos tiveram a abordagem direcionada para atuação deles, como observado no quadro 2.

Foi elaborada a questão da falta de informação dos profissionais de saúde acerca da sua conduta perante os casos de violência doméstica em mulheres e suas obrigações, sendo que alguns artigos mencionaram a prática de capacitações e oficinas educativas, para que, por meio disso, haja uma maior conscientização sobre essa temática, apesar da dificuldade de adesão desses profissionais por causa, principalmente, da carga horária de trabalho. Entretanto, os profissionais de enfermagem observam a necessidade da abordagem multidisciplinar, não só com a vítima, mas também com seus familiares (primordialmente, os filhos), que também sofrem danos.

A violência contra mulher, mesmo que frequente, ainda é pouco percebida nos serviços de saúde, caracterizando um problema pouco discutido. Dentre as principais dificuldades para a identificação da violência contra mulher pelos enfermeiros e profissionais de saúde, pode-se destacar: falta de treinamento, falta de entendimento sobre o manejo dos casos, falta de segurança e pouco apoio às vítimas (BARALDI et al., 2012).

Nesse sentido, a notificação funciona como instrumento que favorece a construção de políticas públicas de controle à violência. E no que diz respeito a rotina do enfermeiro é de extrema importância, uma vez que este encontra-se em contato direto com a vítima, porém, muitos alegam desconhecer a ficha de notificação, o que impede, consequentemente, o registro e denúncia dessas ocorrências (KIND et al., 2013).



A atenção destinada às mulheres violentadas é pontual e fragmentada. Os serviços não estão preparados para recebê-las e tratá-las integralmente e de forma holística. Por conta dessa desarticulação, as mulheres geralmente buscam vários serviços, os quais oferecem recursos pouco efetivos frente às necessidades demandadas por elas (GOMES et al., 2013).

Para prestar uma assistência qualificada é preciso olhar para as características da mulher, permitindo uma avaliação sem julgamentos. Dessa maneira, os profissionais precisam desenvolver um senso no sentido de identificar a violência como agravo à saúde e a precisão de uma ação multiprofissional, visto que extrapola o setor saúde, levando à necessidade da articulação em rede (GOMES et al., 2012).

Com o objetivo de garantir um atendimento adequado a essas mulheres, deve-se existir uma parceria com outros serviços, ampliando a rede de atendimento, independente da porta de entrada. Estas ações articuladas promovem apoio social, de saúde, policial e judicial, as quais são relevantes para o enfrentamento da violência contra a mulher (GOMES et al., 2012).

Todos os dias, o sistema de saúde recebe inúmeras mulheres vítimas de violência. “O fenômeno da violência contra a mulher não escolhe cultura, grupo étnico e religioso, classe e escolaridade, mas as experiências das mulheres mudam conforme a desigualdade no acesso à justiça e aos serviços de saúde” (CURIA et al., 2020).

Para Machado et al. (2020), “a Política Nacional de Enfrentamento da violência contra a mulher propõe um trabalho articulado em rede, para superar a desarticulação dos diferentes níveis de atenção no combate à violência contra a mulher”.

CONCLUSÃO

A violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública, no entanto, vários profissionais compreendem que esse tema seja de responsabilidade da segurança pública e da justiça, mas na verdade é um problema da equipe multiprofissional. A atenção primária tem capacidade de criar meios para interferir sobre a situação de violência pelo princípio de integralidade, pelo qual a identificação da ação ocorre através do olhar de toda sua complexidade, fazendo com que a rede de atendimento seja uma



linha de cuidado continuada e que, a partir do primeiro atendimento ou contato com a vítima de violência, o enfermeiro possa identificar o tipo de violência sofrida e saiba por meio dos instrumentos que possui, instruir a vítima no enfrentamento da violência.

Apesar de existirem políticas públicas de proteção à mulher, o número de mortes e violência de gênero tem sido um dos maiores problemas da sociedade atual. Um dos empecilhos para o combate a essa violência é a cultura do medo, as mulheres, muitas vezes, por medo de represálias e por falta de eficácia do Estado, acabam não denunciando seus agressores.

Com base em estudos, percebe-se que é necessário ter em mente que profissionais da saúde em conjunto com assistentes sociais, devem apoiar e fornecer retaguarda na condução dos casos de violência contra a mulher, exercendo o seu papel fundamental na construção de ações educativas, preventivas e de enfrentamento ao feminicídio. Hoje existe um canal de comunicação de denúncias de violências contra mulheres, crianças e idosos, o Disque 100, considerado como uma alternativa mais silenciosa para pedir socorro.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA D.F.; GOMES, V.L.O.; OLIVEIRA, D.C.; MARQUES, S.M; FONSECA, A.D. **Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher**: estudo com abordagem estrutural. Revista Gaúcha Enferm, 2018.
- ACOSTA, D.F.; GOMES, V. L. O.; OLIVEIRA, D.C.; GOMES, G. C; FONSECA, A.D. **Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica**. Texto Contexto Enferm, v. 26, n. 3, 2017.
- ANDRADE, R.F.V.; ARAÚJO, M.A.L.; DOURADO, M.I.C.; MIRANDA, A.B.E.; REIS, C.B.S. **Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos após a revelação do diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis ao parceiro**. Caderno Saúde Pública, v. 32, n. 7 (e. 8715), 2016.
- ARAGÃO, A. S.; FERRIANI, M. G. C.; VENDRUSCOLHO, T. S.; SOUZA, S. L.; GOMES, R. **Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica**. Rev. Latino-Am, 2013.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM FORENSE (ABEN). **Regulamento das Competências Técnicas da Enfermagem Forense**. In: Assembleia da ABEForense, Aracaju: 2015. p.2, 7 – 9. Disponível em <<http://www.abeforense.org.br/wp->



content/uploads/2016/06/Compet%C3%A2nciasTécnicas-da-Enfermagem-Forense.pdf> Acessado em: 10 ago. 2021.

BARALDI, A.C.P.; ALMEIDA, A.M.; PERDONÁ, G.C.; VIEIRA, E.M. **Violência contra a mulher na rede de atenção básica:** o que os enfermeiros sabem sobre o problema? Rev. Bras. Saúde Matern., v. 12, n. 3, 2012.

CARPANEZ, T.G.; LOURENÇO, L.M.; BHONA, F.M.C. **Violência entre parceiros íntimos e uso de álcool:** estudo qualitativo com mulheres da cidade de Juiz de Fora – MG. Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 14 (2 e. 1550), 2019.

COLOSSI, P.M.; RAZERA, J.; HAACK, K.R.; FALCKE, D. **Violência conjugal:** prevalência e fatores associados. Contextos Clínicos, v.8, n. 1,p. 55-66, 2015.

COSTA, M.C.; LOPES, M.J.M.; SOARES, J.S.F. **Representações sociais da violência contra mulheres rurais:** desvelando sentidos em múltiplos olhares. Revista Esc. Enferm. USP, v.48, n.2, p. 214-222, 2014.

CURIA, B.G.; GONÇALVES, V.D.; ZAMORA, J.C.; RUOSO, A.L.; ISADORA, S.; Habigzang, L. (2020). **Produções Científicas Brasileiras em Psicologia sobre Violência contra Mulher por Parceiro Íntimo. Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, e189184, 2020

FREITAS, R.J.M.; SOUSA, V.B.; COSTA, T.S.C.; FEITOSA, R.M.M.; MONTEIRO, A.R.M.; MOURA, N.A. **Atuação dos enfermeiros na identificação e notificação dos casos de violência contra a mulher.** HU Revista, v. 43, n. 2, p. 91-97, 2017.

GARBIN, C.A.S.; DIAS, I.A.; ROVIDA, T.A.S.; GARBIN, A.J.I. **Desafios do profissional de saúde na notificação da violência:** obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 6, p. 1879-1890, 2015.

GARCIA, L.P.; DUARTE, E.C.; FREITAS, L.R.S.; SILVA, G.D.M. **Violência doméstica e familiar contra a mulher:** estudo de casose controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. Caderno Saúde Pública, v. 32, n. 4 (e.11414), 2016.

GOMES, N.P.; ERDMAN, A.L.; MOTA, L.L.; CARNEIRO, J.B.; ANDRADE, S.R. **Encaminhamentos à mulher em situação de violência conjugal.** Mundo da Saúde, v. 37, n. 4, p. 377-384, 2013.

GOMES, P. N.; BOMFIM, A.N.A.; DINIZ, N.M.F.; SOUZA, S.S.; COUTO, T.M. **Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher.** Rev. Enferm. UERJ, v. 20, n. 2, p. 173-178, 2012.

GUIMARÃES, M.C.; PEDROZA, R.L. **Violência contra a mulher:** problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. Psicologia & Sociedade, v. 27, n. 2,p. 256-266, 2015.

KIND, L.; ORSINI, M.L.P.; NEPOMUCENO, V.; GONÇALVES, L.; SOUZA, G.A.; FERREIRA, M.F.F. **Subnotificação e (in) visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde.** Cad. Saúde Pública, v. 29, n.9, 2013.



LEITE, F.M.C.; AMORIM, M.H.C.; WEHRMEISTER, F.C.; GIGANTE, D.P. **Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil.** Revista de Saúde Pública, v. 51, n. 33, p. 1-12, 2017.

MACHADO, D.F. **Violência contra a mulher:** o que acontece quando a Delegacia de Defesa da Mulher está fechada? Ciênc. Saúde Coletiva, v. 25, n. 2, 2020.

PERALVA, T.R., et al. **Violência doméstica na percepção de enfermeiros de serviço de emergência.** Reon Facema, v. 2, n. 3, p. 221-228, 2016.



CAPÍTULO V

DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES PORTADORES DE ARTRITE REUMATOIDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Tayza Andrade Nascimento¹⁹; Francisca das Chagas Gaspar Rocha²⁰;

Janice Maria Lopes de Souza²¹; Karla Janilee Souza Penha²²;

Mariana Oliveira Arruda²³; Gerardo Vasconcelos Mesquita²⁴.

DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-05

RESUMO:

A Artrite reumatoide consiste em uma doença autoimune, que se caracteriza pela presença de inflamações na membrana sinovial das pequenas articulações e incide principalmente em mulheres com idade entre 30 e 60 anos. Trata-se de uma doença potencialmente incapacitante, com quadros que vão desde dor e inchaço local a algumas deformações nas articulações. Também é caracterizada pela inflamação do tecido sinovial de múltiplas articulações, levando à destruição tecidual, dor, deformidades e minimização na qualidade de vida do paciente. Sua etiologia é complexa e em grande parte desconhecida, contudo, pesquisas demonstram a influência de fatores genéticos e ambientais em sua patogênese. Em virtude da forte influência genética, familiares de pacientes com artrite reumatoide formam um grupo de risco para o desenvolvimento da doença, principalmente em sua forma mais grave. Apesar de seu elevado potencial incapacitante, o curso da patologia pode ser modificado por meio do diagnóstico precoce e do manejo adequado do paciente. Essa pesquisa objetivou analisar os desafios da assistência de enfermagem aos pacientes portadores de artrite reumatoide, por meio de uma revisão integrativa de literatura, nas plataformas Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) de trabalhos em enfermagem. Selecionaram-se 21 documentos, todos de origem nacional, no período de 2012 a 2021. Ao considerar as diferentes formas de intervenções do enfermeiro frente ao paciente com artrite reumatoide, notou-se a importância do papel da enfermagem na promoção do bem estar e manejo clínico,

¹⁹ Aluna do curso de enfermagem da Faculdade UNINASSAU.

²⁰ Enfermeira. Docente na UNINASSAU São Luís/ MA. Mestre em Saúde da Família. Doutoranda em Engenharia Biomédica. Instrutora/supervisora da ESF em São Luís/ MA. E-mail: franciscagasparocha@gmail.com.

²¹ Odontóloga pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Mestra em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPÍ -Teresina-PI (2017). Professora da Faculdade UNINASSAU de São Luís (MA), dos cursos de Odontologia, Fisioterapia, Enfermagem e Farmácia. E-mail: janicemls@hotmail.com.

²² Odontóloga. Mestre em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2016). Doutora em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2020). Professora do curso de Odontologia da Faculdade UNINASSAU e Faculdade Pitágoras. E-mail: karlajanilee@outlook.com.

²³ Bióloga pela Universidade Federal do Maranhão (2009). Mestre em Microbiologia Médica pela Universidade Federal do Ceará (2011). Doutora em Biotecnologia (Microbiologia) pela Universidade Federal do Amazonas/Universidade Federal do Maranhão (2016). E-mail: mariana_o.arruda@yahoo.com.br.

²⁴ Doutor em Cirurgia ortopédica pela Universidade Federal de Pernambuco -UFPE. Professor Titular do Centro Universitário Uninovafapi. Professor Adjunto da Universidade Federal do Piauí-UFPI. E-mail: gvmesquita@uol.com.br



educação em saúde, promoção do autocuidado bem como a elaboração e implementação de plano terapêutico, dentre outras competências exercidas, que possibilitam a minimização da dor e sofrimento provocados pela doença. Assim, foi possível obter como considerações finais que há um conjunto de intervenções que podem subsidiar a prática de enfermagem baseada em evidências junto aos pacientes que têm artrite reumatoide.

PALAVRAS-CHAVE: Atrite Reumatoide. Cuidados. Enfermagem. Saúde. Diagnóstico. Doenças autoimunes.

CHALLENGES OF NURSING ASSISTANCE TO PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT:

Rheumatoid arthritis is an autoimmune disease, which is characterized by the presence of inflammation in the synovial membrane of small joints and affects mainly women aged between 30 and 60 years. It is a potentially disabling disease, with conditions ranging from pain and local swelling to some joint deformities. It is also characterized by inflammation of the synovial tissue of multiple joints, leading to tissue destruction, pain, deformities and a reduction in the patient's quality of life. Its etiology is complex and largely unknown, however, research demonstrates the influence of genetic and environmental factors in its pathogenesis. Due to the strong genetic influence, relatives of RA patients form a risk group for the development of the disease, especially in its more severe form. Despite its high disabling potential, the course of RA can be modified through early diagnosis and adequate patient management. Therefore, this research aimed to analyze the challenges of nursing care for patients with rheumatoid arthritis, through an integrative literature review, in which a survey was carried out on the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in platforms Health Sciences (LILACS), Virtual Health Library (VHL) of nursing works. 21 documents were selected, all of national origin, in the period 2012 to 2021. When considering the different forms of interventions by nurses in relation to patients with rheumatoid arthritis, the importance of the role of nursing in promoting well-being and management was noted. clinical, health education, promotion of self-care as well as the development and implementation of a therapeutic plan, among other skills exercised, which enable the minimization of pain and suffering caused by the disease. Thus, it was possible to obtain as final considerations that there is a set of interventions that can support evidence-based nursing practice with patients with rheumatoid arthritis.

KEYWORDS: Rheumatoid Arthritis. Care. Nursing. Health. Diagnosis. Autoimmune diseases.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas estão imersas em uma compilação de condições crônicas que em geral estão relacionadas a causas múltiplas, caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo



gerar incapacidades. As mesmas requerem intervenções associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura.

No que se refere à artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória sistêmica e crônica que incide principalmente na membrana sinovial. Trata-se de uma doença progressiva que, geralmente, afeta principalmente as pequenas articulações das mãos e dos pés, causando inchaço doloroso e, em estágios mais avançados, pode acometer grandes articulações, levando à erosão óssea e deformidade articular (MOTA; LAURINDO; NETO, 2016).

O curso patogênico da doença provoca um processo inflamatório na membrana sinovial seguido de uma proliferação dessa inflamação pelas articulações, causando erosões ósseas e degeneração das cartilagens. Em fases mais avançadas, predispõe o paciente a apresentar quadros de doenças osteometabólicas como osteoporose e osteoartrite, limitando substancialmente sua qualidade de vida (OLIVEIRA et al, 2020).

Além de atingir a membrana sinovial, ou seja, na fina camada de tecido conjuntivo que tem por função básica o revestimento de estruturas como tendões, cápsulas articulares e bursas sinoviais, a doença pode acometer outros órgãos. Quando isso ocorre, a morbidade e a gravidade da doença são maiores, podendo diminuir a expectativa de vida em cinco a dez anos (OLIVEIRA et al., 2020).

Trata-se de uma doença que não tem cura, mas possui uma combinação de tratamentos que visam prevenir novas incidências dos sintomas, bem como retardar a progressão da mesma. O tratamento farmacológico consiste no uso de antiinflamatórios não esteróides, analgésicos e as chamadas drogas modificadoras do curso da doença, que são: a hidroxicloroquina, a sulfassalazina e o metotrexato (MOTA et al., 2013).

Já o tratamento não farmacológico inclui exercícios de alongamento para melhorar a flexibilidade e condição física, bem como a fisioterapia com a funcionalidade de restaurar a força e a função muscular por meio de exercícios. Esses exercícios são prescritos para os pacientes por profissionais como o fisioterapeuta e o enfermeiro, e são importantes para o processo de diminuição da dor (MOTA et al., 2013).



Estima-se que a doença acometa uma faixa de 0,5% a 1% da população mundial, podendo chegar até 5% dependendo do grupo e faixa etária que está sendo estudada. Ou seja, trata-se de uma condição muito frequente e que tem uma predominância no mundo inteiro, não havendo pesquisas que demonstrem uma diferença significativa da ocorrência da artrite reumatoide em diferentes grupos étnicos (DEMEZ, 2020).

O perfil mais frequente são pacientes com idades entre 40 e 60 anos, do sexo feminino. Porém, a doença não se restringe somente a esse público, uma vez que pode também acometer mulheres de outras idades e até mesmo homens, embora haja uma nítida predominância de até 3 vezes em mulheres nessa faixa etária. Não se sabe ao certo o motivo de a doença acometer mais esse público (MOTA; LAURINDO; NETO, 2016).

Segundo Santos e Carvalho (2016), o papel da equipe de enfermagem, junto ao indivíduo portador de artrite reumatóide, é promover a independência por meio da informação para que o paciente, autonomamente, seja capaz de cuidar de si mesmo; e também é importante preparar o paciente e sua família para conviverem com este problema de saúde.

Nesse sentido, as principais ações em enfermagem relacionadas aos cuidados ao paciente com artrite reumatóide incluem: medidas não farmacológicas de alívio da dor; demonstrar ao paciente a necessidade de evitar o sobrepeso e a obesidade para aliviar a sobrecarga nas articulações; exercícios físicos adequados para aumentar e fortalecer o aparato muscular; evitar que o paciente fique em repouso prolongado, além do acolhimento junto à equipe multiprofissional (SANTOS; CARVALHO, 2016).

Para o estudo emergiu a seguinte questão norteadora: Quais os desafios da assistência de Enfermagem aos pacientes portadores de artrite reumatoide? Tendo como objetivo geral: analisar os desafios de enfermagem aos pacientes portadores de artrite reumatóide e como objetivos específicos: a) enfocar os desafios da enfermagem reumatológica; b) identificar os conhecimentos básicos da reumatologia na atenção ambulatorial especializada; c) conhecer o conceito e a fisiopatologia da artrite reumatóide; d) identificar as ações de enfermagem na assistência ao portador de artrite reumatóide; e) discutir sobre os fatores que interferem nas ações de enfermagem voltadas ao grupo em estudo.



REFERENCIAL TEÓRICO

ARTRITE REUMATOIDE: CONCEITO, SINTOMAS E CARACTERÍSTICAS

A artrite reumatóide é uma doença inflamatória sistêmica e crônica que incide principalmente em mulheres. Trata-se de uma forma de adoecimento que progride através de seus sintomas ósseos, causando dor principalmente nas pequenas articulações das mãos e dos pés. Em níveis mais graves, a doença pode causar erosões ósseas e até deformidades articulares (MOTA; LAURINDO; NETO, 2016).

Conforme autoras como Goeldner et al (2016), os sintomas da artrite são conhecidos pela humanidade desde seus primórdios. Já por volta de 1500 a.c. existiam papiros com descrições de circunstâncias bastante similares à artrite reumatoide, sendo provavelmente as primeiras referências que se tem à doença na história.

As autoras citadas acima pontuam que Hipócrates, há 400 a.c. não só postulou descrições sobre quadros que hoje poderiam ser descritos como de artrite reumatoide, como pensou em formas de tratamento para alívio da dor que envolviam massagens e uso de algumas ervas medicinais. Isso demonstra que não se trata de um quadro atual, mas cuja história se confunde com a própria história da humanidade. Porém, o primeiro pesquisador a nomear de fato a doença foi Archibald Garrod, por volta do ano de 1859. Garrod foi um médico inglês que se especializou em doenças do metabolismo, e acreditava que se tratava de um “erro no metabolismo” humano o fator principal da doença. Para ele, era como se o próprio corpo atacasse as articulações, provocando a dor (CUNHA et al., 2017).

Hoje já se sabe que a Artrite reumatoide é uma doença, de fato, autoimune. Uma doença autoimune é qualquer condição que tenha origem numa reação imunitária anormal em que o corpo ataca uma parte normal do seu próprio organismo. Por esse motivo, trata-se de uma doença que, apesar de variadas formas de tratamento, não tem cura (OLIVEIRA et al., 2020).

A maior parte dos pacientes que possuem a doença apresentam um curso clínico bastante flutuante, com períodos de melhora do seu quadro, seguidos de períodos de intensa dor nas regiões afetadas. Ocorre que, em muitos casos, a progressão da doença



faz com que haja uma incapacidade de realização de muitas atividades, sendo isso uma marca bastante negativa para o doente (MEDEIROS, 2018).

Os estudos mais recentes revelam que a doença acomete mais mulheres adultas com idade entre os 35 e 65 anos. No Brasil, verificou-se uma prevalência da doença em torno de 2 a 1% da população. Trata-se de um número importante, e que revela a necessidade de se compreender a doença e, dessa forma, pensar maneiras adequadas de tratamento para remissão (MOTA; LAURINDO; NETO, 2016).

Conforme Plínio e Silveira (2018), no campo da Reumatologia, são diversas as doenças cujo tratamento se dá através do uso de alguns imunossupressores. Essas doenças são: lúpus eritomatoso sistêmico, artrite reativa, artrite psoriática, espondilite anquilosante e, logicamente, a artrite reumatoide. Os imunossupressores são fármacos capazes de agir no sistema imunológico suprimindo a sua ação quando se torna algo indesejado ou exagerado.

Além dessa medicação, há também o uso das chamadas drogas antirreumáticas modificadoras do curso da doença (MMCD), que podem incluir fármacos como: hidroxicloroquina, sulfasalazina, leflunomida, metotrexato, sais de ouro, penicilamina e actarite. Todos esses medicamentos têm o efeito anti-reumático, antiurótico, antimicrobiano ou anti-metabólico – o que os tornam significativamente eficazes contra a artrite reumatóide (FERNANDES et al., 2019).

Conforme Fernandes et al (2019), é de grande importância que haja um acompanhamento do paciente que vá além do simples tratamento medicamentoso. Esse acompanhamento tem, como perspectiva, tanto auxiliar que o paciente tenha uma boa aderência ao tratamento farmacológico quanto acompanhar a evolução do seu quadro e implementar formas efetivas de tratamentos não farmacológicos em conjunto com equipe multidisciplinar.

Conforme Sousa et al (2017), embora as causas da doença sejam ainda bastante enigmáticas e desconhecidas pela ciência, pode-se dizer que existem pelo menos cinco fatores de risco para o desenvolvimento das complicações inerentes à artrite reumatoide. Desses fatores, podemos citar três que são considerados incontroláveis, como o sexo, a



idade e o histórico familiar, e dois que são considerados controláveis, que são a obesidade e o tabagismo.

Para os autores acima citados, além de a doença acometer mais o sexo feminino e mais mulheres em idade entre 30 e 60 anos, o histórico familiar aumenta em até 4,7% a possibilidade de a paciente desenvolver a doença. A pesquisa indica que mulheres que possuem parentes de primeiro grau que possuíam AR têm maior possibilidade de desenvolver a doença (SOUSA et al., 2017).

Porém, sem dúvidas os maiores fatores de risco são a obesidade e o tabagismo. Conforme Silveira e Rodrigues (2019), a fadiga das áreas articulares e a compressão do tecido sinovial, características de quem possui obesidade, pode ser um fator desencadeante da doença. Além disso, a pesquisa sugere que a obesidade aumenta o número de inflamações pelo corte, o que faz com que o sujeito possa adquirir alguma condição autoimune como a AR.

Além disso, o tabagismo também é um importante fator de risco para a doença. Os autores acima citados discutem que não somente o hábito de fumar, mas também o hábito de inalar a fumaça passivamente por parte de quem não fuma são questões que precisam ser consideradas. Os autores pontuam que essas duas questões podem piorar e agravar o quadro, além de tornar ineficiente o uso de alguns medicamentos (SILVEIRA; RODRIGUES, 2019).

Plínio e Silveira (2019) sugerem que a movimentação das articulações através de exercícios constitui como um bom mecanismo para evitar a progressão da doença. Além de a movimentação tornar a articulação menos sedentária, ela ajuda na manutenção da membrana sinovial, fazendo com que o corpo reaja de uma forma mais adequada no local, diminuindo a possibilidade e gravidade das inflamações.

Nunes e Davi (2014) demonstram que houve, ao longo das últimas três décadas, uma preocupação cada vez maior por parte de profissionais de enfermagem com pacientes reumatológicos. A inserção do enfermeiro, junto a uma equipe multiprofissional que conta com reumatologistas dentro da medicina e da fisioterapia, tem se mostrado uma forma bastante eficaz para o tratamento dos pacientes a longo prazo.



Para os autores, a Enfermagem traz a esse âmbito um olhar mais humano e que inclui maiores cuidados aos pacientes em condições clínicas diversas. Para além da simples prescrição ou de intervenções como punções e injeções articulares, o enfermeiro se torna cada vez mais relevante na condução do caso, sempre buscando protocolos mais adequados e dirigidos às necessidades e possibilidades dos pacientes (NUNES; DAVI, 2014).

Além disso, há também uma ação no sentido pedagógico e de informação que o profissional de enfermagem pode desempenhar. Segundo Albrecht (2018, p. 31):

Ao se deparar com a prática, no contexto brasileiro, muitas vezes os pacientes, os reumatologistas e até mesmo os próprios enfermeiros podem subestimar a importância que a informação tem. Não muito fora do comum, pacientes ao sair de consultas com reumatologistas, “sentem-se perdidos” a respeito do próximo passo para continuar seu tratamento [...]. O acompanhamento de enfermagem pode garantir com que este paciente não se veja perdido no meio de tantas demandas e pode prevenir com que eles desistam do tratamento. Para tanto, é de interesse, também, das faculdades de Enfermagem abrangerem o campo da reumatologia. Mostrar aos futuros enfermeiros que existe contexto de prática de cuidado à espera de ser explorado.

Isso demonstra que há uma enorme importância em um contato humanizado com o paciente, que se preocupa com questões que vão para além do simples processo saúde-doença. A inserção do enfermeiro nesse contexto se dá a partir dessas possibilidades, e representa um desafio de, a cada momento, preocupar-se com a demanda do paciente enquanto um sujeito que sofre, e não simplesmente, como um mecanismo a ser consertado.

DESAFIOS DA ENFERMAGEM REUMATOLÓGICA

Um recorte histórico é, deverasmente, imprescindível para que se possa entender os desafios da enfermagem em reumatologia. Por volta de 1980, no Reino Unido, o cuidado de enfermagem em reumatologia teve início em Leeds, local em que os pacientes que fizeram parte de um ensaio clínico e ao concluir o estudo, foram devolvidos para o ambulatório geral de reumatologia, e assim, deram início à busca por enfermeiras para acompanhamento de suas consultas (MENDES, 2012).



Esta ação permitiu que fossem criadas as clínicas de enfermagem, que funcionavam ao lado das clínicas dos reumatologistas e prestavam cuidados de educação ao paciente, aconselhamento e apoio. Esse modelo de atenção foi utilizado por todo o Reino Unido, com a contratação, nos centros de reumatologia, de enfermeiros especialistas para acompanhamento desses pacientes (SOUSA; SILVA, 2014).

Ainda no Reino Unido, foi desenvolvida uma revisão sistemática com o objetivo de determinar a eficácia do tratamento conduzido por enfermeiros em pacientes com artrite reumatoide (AR), ou seja, identificar se produziam efeitos que eram semelhantes aos cuidados médicos tradicionais. Para atender a esse objetivo, buscaram estudos que comprassem uma determinada intervenção com outra bem-sucedida e já estabelecida no cuidado (SOUSA; SILVA, 2014).

Todas as pesquisas avaliaram a eficácia dos cuidados conduzidos pelos enfermeiros - enfermeiros especialistas ou enfermeiros clínicos – e todos os pacientes recebedores dos cuidados possuíam artrite reumatoide com tempo de doença variável e foram assistidos para acompanhamento clínico ou monitoramento do uso de drogas. Esse estudo concluiu que não existem evidências suficientes para definir se existe diferença significativa no cuidado realizado pelo enfermeiro, quando comparado com aquele desenvolvido por outros profissionais, principalmente os profissionais médicos e destaca que o fator limitante é a falta de estudos clínicos randomizados de boa qualidade para fornecer evidências da eficácia do cuidado de enfermeiros em pacientes com artrite reumatoide (NUNES; DAVID, 2014).

Para tecer algumas considerações no que tange papel do enfermeiro no manejo das doenças reumatológicas, toma-se como exemplo a AR, condição na qual mais de 90% dos pacientes sofrem de sintomas em suas articulações da mão e que podem ser seriamente incapacitantes na operacionalização das atividades diárias, de trabalho ou de lazer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Uma gestão integral tem sido defendida e utilizada para lidar com as consequências da AR, cujos pacientes precisam envolver-se como parceiros de seus cuidados e as dimensões físicas e emocionais de sua doença devem ser abordadas e reconhecidas por eles. Uma pesquisa efetuada na Holanda e pautada no atendimento



multidisciplinar para pacientes com AR demonstrou que um enfermeiro especialista pode ser um elemento relevante para uma equipe multidisciplinar. Ademais, o estudo apresentou diversos outros pontos que corroboram essa assertiva, entre os quais se destacam dois (NUNES; DAVID, 2014).

O primeiro ponto refere-se ao que outros estudos já apontam: o cuidado do enfermeiro é eficaz, seguro e leva a um maior controle dos sintomas e maior autocuidado do paciente; o cuidado prestado por enfermeiros, com base em protocolos, aumenta a satisfação do paciente e é o tratamento preferido, dentro de uma perspectiva de saúde econômica; formas inovadoras de prática avançada de enfermagem podem aumentar a eficácia do processo de cuidado quando são incorporadas à uma estrutura de trabalho que é internamente consistente, ajustada para o ambiente, e que disponibiliza diversas habilidades (MENDES, 2012).

E um segundo aspecto do estudo versa sobre a implicação para a prática clínica e política, e afirma que o enfermeiro incluído em consulta multidisciplinar deve focar especialmente nos pacientes que apresentam necessidades que demandam aconselhamento extenso, sendo que a redução de custos não deve ser esperada diretamente após a inclusão de um enfermeiro, já que a realização de novas ações de saúde, por profissionais novos, representam, num primeiro momento, custos adicionais para os sistemas de saúde (CASTRO; FUCHS, 2018).

Contudo, os estudos permitem ratificar que, embora não exista, inicialmente, uma minimização de custos, o cuidado prestado pelo enfermeiro especialista é eficaz e necessita ser inserido à estrutura do novo modelo de atenção à saúde na área da reumatologia e em todas as demais que envolvem o cuidado ao paciente crônico.

CONHECIMENTOS BÁSICOS DA REUMATOLOGIA NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

O enfermeiro especialista em reumatologia precisa ser bem informado a respeito dos processos de doença e princípios da prática pertinente à especialidade de reumatologia, ser capaz de identificar e gerenciar diversos problemas que os pacientes com doenças reumáticas precisam desenvolver, tais como: manejo da dor, alteração no



conforto com a emergência da rigidez, alteração no nível de energia com a fadiga, mudanças na mobilidade física, distúrbio de autoconceito, decisões de autogestão, diversidades etnoculturais da percepção da doença por pacientes e familiares, autocuidado, participar na política de saúde, no planejamento e desenvolvimento das ações (CASTRO; FUCHS, 2018).

A avaliação do paciente e o plano de tratamento são de intensa relevância para o êxito no cuidado de enfermagem em reumatologia. Um resumo dos pontos principais que envolvem a avaliação e o tratamento do paciente, propostos pela Associação das Enfermeiras Americanas e pelos Profissionais de Saúde da Associação de Artrite (NUNES; DAVID, 2014).

Além da avaliação criteriosa e o plano de tratamento especializado, um dos papéis fundamentais do enfermeiro especialista em reumatologia é promover a adesão ao tratamento e compreensão dos riscos e benefícios da terapia medicamentosa, encorajando o seu uso efetivo e confiável (SOUSA; SILVA, 2014).

A ausência de adesão ao tratamento tem se tornado uma problemática básica que afeta muitos pacientes com doenças crônicas. Até o momento, poucas técnicas têm se mostrado efetivas para aumentar a adesão ao tratamento, tornando esse desafio cada vez maior para os enfermeiros especialistas. Em síntese, os estudos de metanálise e revisão sistemática que avaliam intervenções para o aumento da adesão (GOULART; KEMPER, 2013).

ESTRATÉGIAS DA ENFERMAGEM NO CUIDADO A PACIENTES COM ARTRITE REUMATOIDE

Entre as estratégias elencadas por vários pesquisadores, destacam-se a educação e o apoio de pacientes com doenças crônicas, tais quais as reumatológicas. Fica evidente que enfermeiros especialistas em reumatologia têm um papel importante na educação e no apoio de pacientes com AR14. Todavia, ainda falta conhecimento da própria perspectiva de educação que se deve proporcionar aos pacientes reumatológicos.

Em um estudo com terapia medicamentosa que avaliou a satisfação dos pacientes sobre as informações que foram fornecidas, pelos enfermeiros, sobre o uso de drogas



antirreumáticas prescritas a eles, cerca de metade não estava satisfeita com as informações dadas. A principal razão para insatisfação com o programa educacional foi que o enfermeiro não se concentrou no bem-estar emocional dos pacientes com AR e sim em questões relacionadas ao tratamento (MAKELAINEN; VEHVILA, 2010).

Os resultados forneceram uma visão útil para a educação do paciente com doença reumatológica, ao destacarem que os enfermeiros devem evitar apenas a transmissão de informações de uma forma rotineira e sim favorecer a discussão dos sentimentos de seus pacientes e preocupações, especialmente com pacientes recém-diagnosticados. A educação do paciente deve equilibrar as informações que os pacientes precisam para aderir ao tratamento e conhecimento sobre sua patologia, com a sua necessidade de apoio emocional (MAKELAINEN; VEHVILA, 2010).

Pesquisas demonstram que o conhecimento dos pacientes e de seus cuidadores sobre a sua doença é rudimentar e limitado às sequelas apresentadas pelos pacientes, observando-se um despreparo dos cuidadores. Salienta-se, mais uma vez, a importância da educação em saúde junto a pacientes e familiares/cuidadores sobre os temas - a doença, reconhecimento dos sinais e sintomas, controle dos fatores de risco e cuidados domiciliares após a alta hospitalar (SOUSA; MANIVA, 2013).

No intuito de que se atingisse equilíbrio almejado para o tratamento, enfermeiros da clínica de reumatologia do Hospital de Doenças Comuns da Universidade de Nova Iorque perceberam a necessidade de oferecer aos pacientes mais informações sobre sua condição de saúde do que foi, rotineiramente, dada durante as visitas clínicas que eles receberam. O grande objetivo do projeto desenvolvido por esses profissionais foi de apoiar o envolvimento do paciente na decisão terapêutica e incentivar a sua participação no planejamento do tratamento. Para tanto, a equipe de enfermeiros desenvolveu um programa educacional com base em vários tópicos relacionados à artrite, como: uso de medicamentos, controle da dor, nutrição, saúde sexual, estresse, terapia física e problemas psicossociais (LEMON, 2012).

Enfatiza-se, dessa forma, a dimensão educativa, constituinte da prática do enfermeiro, como um elemento central para a sua atuação em reumatologia. Sem prescindir do conhecimento clínico, trata-se de proporcionar ao paciente portador de um



agravo limitante e sem perspectiva de cura, apenas de controle, não somente um suporte cognitivo que mantenha e estimule a autonomia no autocuidado diário, inclusive o medicamentoso, porém, ainda que se ofereça como espaço de interação e acolhimento às demandas emocionais, reafirmando o caráter integral do cuidado de enfermagem.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura. Essa forma de pesquisa baseou-se na busca por publicações feitas a partir de certos critérios e em alguns indexadores, de forma a categorizar o que se encontrou como resultados a partir desse levantamento, e demonstrar qualitativamente e quantitativamente o que esse resultado pode dizer sobre determinado constructo ou fenômeno (GIL, 2017; TRIVIÑOS, 2011). Esta metodologia foi escolhida porque melhor se enquadra no que se objetiva com esta pesquisa.

A pesquisa foi realizada através de um levantamento nas plataformas Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) de trabalhos em enfermagem, tendo como critérios de inclusão documentos originais disponibilizados na íntegra e publicados no período de 2012 a 2021, sendo todos de cunho nacional, com definição do método, contexto do estudo, população estudada, apresentação consistente dos resultados encontrados. Para a elaboração desta pesquisa, foram selecionados 21 artigos, todos citados na lista de referências. As palavras-chaves utilizadas foram: Atrite Reumatoide, Cuidados, Enfermagem, Saúde, Diagnóstico. Doenças Autoimunes. Após isso, foram aplicados, como filtro, publicações a partir de 2012, em português, disponível o texto completo, produzidas e publicadas no Brasil.

Para coleta de dados foi elaborado um instrumento que contemplasse os seguintes itens: título da publicação, ano em que foi produzida e publicada, tipo de trabalho, autores, objetivos e principais resultados. Durante a coleta de dados, foram pesquisados os descritores nas plataformas citadas anteriormente. Os resultados tiveram os seus títulos lidos e, após isso, os que forem selecionados tiveram seus resumos também lidos, a fim de que fossem aplicados os critérios de inclusão e exclusão



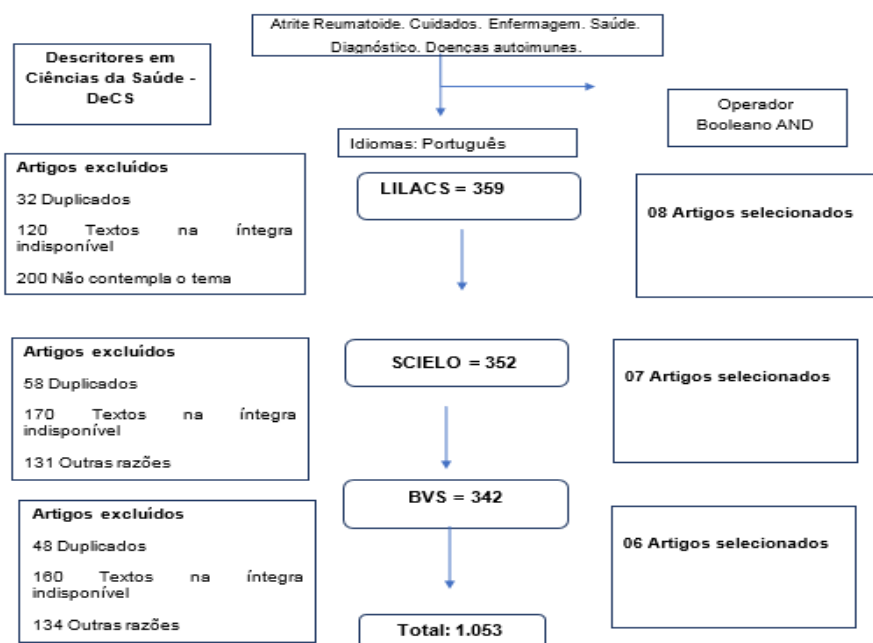
Após a coleta de dados, foram criadas categorias de análise, sendo enquadradas em quadros. Como abordagem de análise de dados, optou-se pela abordagem quantitativa. Essa abordagem, segundo Paschoarelli, Medola e Bonfim (2015), permite ao pesquisador demonstrar os seus achados através de dados matemáticos e estatísticos, bem como interpretá-lo à luz de um viés sócio-histórico e fenomenológico, ou seja, levando em consideração o seu próprio olhar de pesquisador.

Esse estudo não envolveu seres humanos diretamente, pois tratou-se de uma revisão descritiva da literatura, então não houve necessidade de ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa que rege a realização de pesquisas que envolvem seres humanos. Porém, foi citado os autores utilizados e dado o merecido créditos de acordo com a lei de nº 9.619, de 19 de fevereiro de 1998 que tem como objetivo regulamentar os direitos autorais.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Abaixo tem-se o fluxograma (Figura 1), com as fontes de pesquisa, ou seja, de onde foram retiradas as referências utilizadas para a elaboração deste trabalho, bem como o quantitativo de cada documento consultado.

Figura 1. Diagrama do resultado da busca, seleção e inclusão de artigos do estudo.





Tem-se, então, a listagem de autores citada abaixo, com seus respectivos resultados e discussões com a propriedade de respaldar o trabalho aqui apresentado, à proporção que todo o embasamento teórico nele exposto vai ao encontro da temática aqui abordada, vindo a ratificar todas as informações expostas nesta pesquisa.

Quadro 1 - Artigos relacionados à assistência da enfermagem a pacientes com artrite reumatoide

	Autor/Ano	Título	Base de dados	Tipo de Estudo
1	Decesaro <i>et al</i> , 2012	Mudanças individuais e familiares ocorridas em portadores de artrite reumatóide	BVS	Pesquisa bibliográfica
2	Santos; Carvalho, 2012	Intervenções de enfermagem para o cuidado de pacientes com artrite: revisão integrativa da literatura	LILACS	Revisão integrativa
3	Nunes; Davi, 2013	Os desafios da enfermagem reumatológica: uma perspectiva emergente no cuidado	LILACS	Revisão bibliográfica
4	Mota <i>et al</i> , 2013	Diretrizes para o tratamento da artrite reumatoide	LILACS	Revisão bibliográfica
5	Lomanto <i>et al</i> , 2014	Assistência da enfermagem na artrite reumatoide	BVS	Revisão bibliográfica
6	Nunes; Davi, 2014	A enfermagem nos cuidados para com o paciente reumatológico: uma revisão integrativa de literatura	SCIELO	Revisão integrativa
7	Ximenes <i>et al</i> , 2014	Artrite reumatoide: diagnóstico e tratamento	LILACS	Revisão bibliográfica
8	Anderson <i>et al</i> , 2016	Artrite reumatoide: diagnóstico e tratamento	SCIELO	Revisão formal da literatura
9	Mota <i>et al</i> , 2016	Artrite reumatoide inicial - conceitos	SCIELO	Revisão bibliográfica
10	Santos; Carvalho, 2016	Intervenções de enfermagem para o cuidado de pacientes com artrite: revisão integrativa da literatura	SCIELO	Revisão integrativa
11	Goeldner <i>et al</i> , 2016	Artrite reumatoide: uma visão atual	SCIELO	Pesquisa bibliográfica e descritiva
12	Passos, 2016	Artrite reumatoide: novas opções terapêuticas	LILACS	Pesquisa bibliográfica
13	Tanaka, 2016	Cuidados desenvolvidos pela enfermagem na artrite reumatoide	BVS	Pesquisa bibliográfica e descritiva
14	Sousa <i>et al</i> , 2017	Eficácia de consultas realizadas por enfermeiros em pessoas com artrite reumatóide: revisão sistemática	BVS	Revisão sistemática
15	Rodrigues <i>et al</i> , 2017	Artrite reumatoide: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento	LILACS	Revisão de literatura



16	Albrecht, 2018	Assistência de enfermagem nas doenças reumatológicas: revisão integrativa.	SCIELO	Revisão integrativa
17	Plínio; Silveira, 2018	Reumatologia e doenças reumáticas	SCIELO	Revisão bibliográfica
18	Silva <i>et al</i> , 2019	Identificação de cuidados de Enfermagem com a pessoa idosa na Artrite Reumatoide	BVS	Pesquisa bibliográfica, de cunho exploratório e natureza qualitativa
19	Silva; Bello; Passos, 2019	Cuidados de enfermagem ao portador de artrite reumatoide: revisão de literatura	LILACS	Revisão de literatura
20	Demez, 2020	Importância dos hábitos saudáveis na qualidade de vida dos indivíduos com artrite reumatoide e osteoartrite.	SCIELO	Pesquisa bibliográfica
21	Santos <i>et al</i> , 2021	Assistência de enfermagem domiciliar ao paciente com artrite reumatoide: práticas educativas	BVS	Pesquisa bibliográfica

Fonte: A Autoria (2021).

Abaixo, consta o Quadro 2, em que são dispostas agora informações referentes aos artigos utilizados, levando-se em consideração a autoria, o título, objetivos e resultados.

Quadro 2- Artigos relacionados à assistência da enfermagem a pacientes com artrite reumatoide.

	Autor/Ano	Título	Objetivos	Resultados
1	Decesaro <i>et al</i> , 2012	Mudanças individuais e familiares ocorridas em portadores de artrite reumatóide	Buscou verificar as dificuldades encontradas pelos indivíduos acometidos pela artrite reumatoide e as mudanças individuais e familiares ocorridas durante o processo da doença, bem como explorar o conhecimento do paciente e do cuidador familiar a respeito dessa patologia.	Observou-se a presença de dor, limitação da mobilidade e edema; nas mudanças psicossociais, a impossibilidade de trabalhar, sentimentos/manifestações afetivas pessoais negativas e a superação das dificuldades e, nas mudanças familiares, o apoio e a rejeição familiar.
2	Santos; Carvalho, 2012	Intervenções de enfermagem para o cuidado de pacientes com artrite: revisão integrativa da literatura	Buscou analisar a produção científica relacionada aos cuidados de enfermagem para	Como resultado, tem-se que existe um conjunto de intervenções que podem subsidiar a prática de enfermagem



			pacientes com artrite.	baseada em evidências junto aos idosos com artrite.
3	Nunes; Davi, 2013	Os desafios da enfermagem reumatológica: uma perspectiva emergente no cuidado	Apresentar considerações acerca dos desafios da enfermagem no cuidado aos pacientes com doenças crônicas na área da reumatologia e descrever as principais estratégias para promover uma atenção mais eficiente para esse grupo.	Pode-se concluir que melhorar os cuidados de saúde para os portadores de doenças crônicas, aqui destacadas as reumatológicas, vai exigir implementação de diretrizes mais eficazes e redesenho de processos e sistemas de oferta de ações e serviços.
4	Mota <i>et al</i> , 2013	Diretrizes para o tratamento da artrite reumatoide	Expor diretrizes para o tratamento da artrite reumatoide, fazendo-se recomendações sobre o tratamento da artrite reumatoide no Brasil.	Deve-se levar em consideração a abordagem terapêutica da artrite reumatoide, dentro do contexto socioeconômico brasileiro, mantendo a autonomia do médico na indicação/escolha das alternativas terapêuticas disponíveis.
5	Lomanto <i>et al</i> , 2014	Assistência da enfermagem na artrite reumatoide	Discriminar ações da enfermagem ao tratamento e cuidados de pacientes com artrite reumatoide.	Os cuidados de enfermagem permitem aos pacientes com artrite reumatoide a promoção de qualidade de vida e ganho de capacidade funcional.
6	Nunes; Davi, 2014	A enfermagem nos cuidados para com o paciente reumatológico: uma revisão integrativa de literatura	Descrever os cuidados da equipe de enfermagem aos clientes portadores de artrite reumatoide.	Os cuidados de enfermagem aos clientes portadores de artrite reumatoide são de intensa importância para a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida.
7	Ximenes <i>et al</i> , 2014	Artrite reumatoide: diagnóstico e tratamento	Discriminar métodos preventivos para a artrite reumatoide.	O diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento são fundamentais para o controle da doença e prevenção da incapacidade funcional e lesão articular irreversível
8	Anderson <i>et al</i> , 2016	Artrite reumatoide: diagnóstico e tratamento	Expor o diagnóstico e o tratamento da artrite reumatoide.	Quando o diagnóstico é feito em fase inicial da AR o tratamento pode determinar melhora clínica e até remissão da doença.



9	Mota <i>et al</i> , 2016	Artrite reumatoide inicial - conceitos	Expor a artrite reumatoide como doença inflamatória sistêmica, crônica e progressiva.	Dentro do conceito atual de janela de oportunidade, é essencial fazer o diagnóstico precoce da AR e estabelecer o mais rapidamente possível quais pacientes evoluirão para formas mais graves, e, portanto, necessitarão de terapia mais agressiva.
10	Santos; Carvalho, 2016	Intervenções de enfermagem para o cuidado de pacientes com artrite: revisão integrativa da literatura	Analisar a produção científica relacionada aos cuidados de enfermagem para pacientes com artrite.	Existe um conjunto de intervenções que podem subsidiar a prática de enfermagem baseada em evidências junto aos idosos com artrite.
11	Goeldner <i>et al</i> , 2016	Artrite reumatoide: uma visão atual	Compreender a evolução e ativação da AR.	Apesar dos significativos avanços tanto no entendimento como no diagnóstico e no tratamento da AR, ainda persistem inúmeros desafios a serem superados.
12	Passos, 2016	Artrite reumatoide: novas opções terapêuticas	O objetivo deste artigo é trazer a pacientes, familiares e profissionais de saúde uma visão concisa, mas atualizada e fundamentada, a respeito do tratamento da artrite reumatoide.	Nos últimos 15 anos surgiram novos medicamentos para tratamento de artrite reumatoide, incluindo os chamados fármacos biológicos e pequenas moléculas inibidoras de sinalização citoplasmática. Esses recursos, associados a estratégias positivas (metas terapêuticas fixas, visando remissão da doença), têm trazido importante melhora nas condições de vida dos pacientes com artrite reumatoide, diminuindo o número dos que apresentam deformidades graves e incapacidade funcional.
13	Tanaka, 2016	Cuidados desenvolvidos pela enfermagem na artrite reumatoide	Estabelecer os diagnósticos e intervenções de enfermagem no tratamento da artrite reumatoide.	A enfermagem exerce um importante papel no cuidado as necessidades de saúde do idoso com AR, no entanto poucas produções científicas sobre a assistência de enfermagem direcionadas a esse paciente foram



				encontradas, diante disso se faz necessário a ampliação de pesquisas nesta área de conhecimento.
14	Sousa <i>et al</i> , 2017	Eficácia de consultas realizadas por enfermeiros em pessoas com artrite reumatóide: revisão sistemática	Determinar a eficácia das consultas de enfermagem no controle da atividade da doença e de outros <i>outcomes</i> reportados em comparação com as consultas realizadas apenas por reumatologistas, em pessoas com artrite reumatoide.	As consultas de enfermagem são eficazes no controle da atividade de doença, na redução do impacto sentido e na satisfação em pessoas com artrite reumatoide.
15	Rodrigues <i>et al</i> , 2017	Artrite reumatoide: fisiopatologia, diagnóstico e tratamento	Revelar a relevância do <i>diagnóstico</i> precoce e o início imediato do <i>tratamento</i> para o controle da atividade da doença.	Se faz necessária para uma melhor intervenção médica na busca de tratamento e mudança do curso da doença, os parâmetros de diagnósticos estão bem definidos e os tratamentos no estágio crônico da doença mostraram avanço técnico e científico.
16	Albrecht, 2018	Assistência de enfermagem nas doenças reumatológicas: revisão integrativa.	Identificar as evidências científicas acerca da assistência de enfermagem aos pacientes com doenças reumatológicas.	Constatou-se que a assistência de enfermagem nas doenças reumatológicas pode ser dividida em ações de educação do paciente, custo-efetividade de clínicas de reumatologia lideradas por enfermeiros e manejo da doença com contagem de articulações e controle da dor.
17	Plínio; Silveira, 2018	Reumatologia e doenças reumáticas	Apresentar características de pacientes que apresentam artrite reumatoide.	Tendo em vista os resultados alcançados neste trabalho, estratégias devem ser adotadas para que os encaminhamentos da atenção primária para reumatologistas sejam otimizados.
18	Silva <i>et al</i> , 2019	Identificação de cuidados de Enfermagem com a pessoa idosa na Artrite Reumatoide	Identificar na literatura as necessidades de cuidados de pacientes idosos	A enfermagem exerce um importante papel no cuidado as necessidades de saúde do idoso com AR, no entanto poucas



			com AR, e estabelecer os diagnósticos e intervenções de enfermagem	produções científicas sobre a assistência de enfermagem direcionadas a esse paciente foram encontradas, diante disso se faz necessário a ampliação de pesquisas nesta área de conhecimento.
19	Silva; Bello; Passos, 2019	Cuidados de enfermagem ao portador de artrite reumatoide: revisão de literatura	Analisar a produção científica relacionada aos cuidados de enfermagem para pacientes com artrite.	Existe um conjunto de intervenções que podem subsidiar a prática de enfermagem baseada em evidências junto aos pacientes com artrite.
20	Demez, 2020	Importância dos hábitos saudáveis na qualidade de vida dos indivíduos com artrite reumatoide e osteoartrite.	Avaliar os tratamentos medicamentosos e os não medicamentosos para as condições clínicas da artrite reumatoide e osteoartrite (artrose).	As ações de enfermagem, quando praticadas a longo prazo, conferem aos pacientes diversos benefícios, sendo o principal deles a melhora da qualidade de vida, a qual proporciona a realização das atividades básicas diárias de forma mais acessível, além de promover melhora nos quadros de dor, controle do avanço da doença, aumento da mobilidade e sensação de bem-estar físico.
21	Santos <i>et al</i> , 2021	Assistência de enfermagem domiciliar ao paciente com artrite reumatoide: práticas educativas	Buscar na literatura as atividades realizadas pela equipe de enfermagem no âmbito domiciliar para promover uma melhor qualidade de vida à pessoa com artrite reumatoide, enfatizando a importância da educação em saúde.	A enfermagem tem demonstrado interesse em participar ativamente do cuidado domiciliar, realizando avaliações minuciosas do estado de saúde dos pacientes e enfatizando além da dimensão física e social a psicológica também.

Destarte, mediante as informações expostas neste trabalho, e tendo em vista a sua temática, tem-se que atualmente, o tratamento da AR consiste na adoção de diversas medidas, que incluem a educação do paciente e terapias psico-ocupacionais e medicamentosas (MOTA *et al*, 2013).



A AR consiste em uma doença autoimune e debilitante, em que a etiologia exata ainda permanece desconhecida. O caráter agressivo da AR enfatiza a relevância de seu reconhecimento precoce, o que aumenta, deverasmente, as perspectivas de melhora clínica e remissão. A dificuldade no estabelecimento de um diagnóstico precoce com base nas manifestações clínicas da doença revela o valor da caracterização dos autoanticorpos como marcadores precoces e de prognóstico de DAIs como a AR (GOELDNER et al, 2016).

Esses autoanticorpos são atualmente considerados ferramentas de valor relevante tanto na prática clínica como na triagem de populações de risco. Embora seu caráter crônico, o curso da AR pode ser modificado por meio do uso adequado de drogas antirreumáticas. O tratamento da AR é tido atualmente como um processo contínuo e complexo que requer o acompanhamento periódico do paciente, com avaliação do índice de atividade da doença, investigação de manifestações extra articulares, monitoramento de efeitos colaterais e avaliação da capacidade funcional do paciente. Infelizmente, os benefícios decorrentes do tratamento são frequentemente acompanhados por efeitos adversos acentuados, o que constitui um dos maiores desafios relacionados com a AR (OLIVEIRA et al, 2020).

Já se encontram bem estabelecidos os benefícios oriundos da implantação precoce do tratamento para a AR, que deve ser conduzido de maneira agressiva, visando à remissão do processo inflamatório. Contudo, ainda persistem várias dúvidas e controvérsias sobre a terapia de escolha e o uso de agentes biológicos (MOTA et al, 2016).

A avaliação da atividade da doença necessita ser efetivada periodicamente até que o paciente entre em remissão da doença. É sugerida a repetição de exames radiográficos de mãos, punhos e pés a cada ano para acompanhamento evolutivo das erosões ósseas (PLÍNIO; SILVEIRA, 2018).

No que diz respeito aos desafios às estratégias da assistência de enfermagem aos pacientes portadores de artrite reumatoide, enfatizam-se a educação e o apoio de pacientes com doenças crônicas, tais quais as reumatológicas. Fica evidente que enfermeiros especialistas em reumatologia têm um papel importante na educação e no apoio de



pacientes com AR. Todavia, ainda existe a ausência conhecimento da própria perspectiva de educação que se deve proporcionar aos pacientes reumatológicos (SANTOS; CARVALHO, 2016).

Em uma pesquisa com terapia medicamentosa que avaliou a satisfação dos pacientes sobre as informações que foram fornecidas, pelos enfermeiros, no que concerne ao uso de drogas antirreumáticas prescritas a eles, cerca de metade não estava satisfeita com as informações dadas. O principal motivo para insatisfação, com o programa educacional, foi que o enfermeiro não se concentrou no bem-estar emocional dos pacientes com AR e sim em questões relacionadas ao tratamento (NUNES; DAVI, 2014).

O tratamento das doenças reumáticas se torna mais eficaz no momento em que é efetivado por uma equipe multidisciplinar, com um acompanhamento regular do paciente, envolvendo adesão à terapia medicamentosa, exercício físico leve a moderado, fisioterapia, proteção articular, autogestão do cuidado(inclusive o medicamentoso), educação em saúde e de apoio psicossocial. Este fator, dessa forma, convoca a enfermagem a assumir mais esse desafio, com vistas ao melhor cuidado possível à saúde das pessoas, nos níveis tanto individual como coletivo (SANTOS; CARVALHO, 2016).

Ainda mediante Santos e Carvalho (2016), os enfermeiros visualizam na reumatologia um campo em que podem enriquecer seus saberes e intensificar suas funções. Isso leva a crer que os enfermeiros estejam sempre atualizados e possuam um nível de competência e habilidades para promover uma assistência melhorada e embasada cientificamente. Na medida em que isso ocorre, os benefícios serão estendidos aos pacientes, que se mostraram mais satisfeitos no momento em que intervenções de enfermagem são feitas de forma individualizada e integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Melhorar os cuidados de saúde para os portadores de doenças crônicas, aqui destacadas as reumatológicas, vai exigir implementação de diretrizes mais eficazes e redesenho de processos e sistemas de oferta de ações e serviços. O encaminhamento dos pacientes para atendimento especializado é um componente chave da função do sistema de saúde, e que se sabe ainda precisa ser aperfeiçoado no sistema público brasileiro.



Os cuidados destinados aos pacientes com artrite reumatoide, que são atendidos na atenção ambulatorial especializada, ainda precisam ser mais estudados e ampliados. A eficácia do tratamento para problemas de saúde complexos pode ser maior quando são inseridas as diretrizes para o cuidado, o papel do provedor, a codificação uniforme das ações e serviços, com destaque para a educação do paciente, o que prevê pré-consulta de gerenciamento de referência da especialidade e monitoramento do processo de gestão dos cuidados.

Por fim o tratamento das doenças reumáticas se torna mais eficiente quando efetivado por uma equipe multidisciplinar, com um acompanhamento regular do paciente, envolvendo adesão à terapia medicamentosa, exercício físico leve a moderado, fisioterapia, proteção articular, autogestão do cuidado(inclusive o medicamentoso), educação em saúde e de apoio psicossocial. Este fator, portanto, convoca a enfermagem a assumir mais esse desafio, com vistas ao melhor cuidado possível à saúde dos pacientes com artrite reumatoide.

Com base em programas específicos de treino e reeducação para o esforço, com controle da dor e adequados a cada pessoa, tendo em conta a frequência regular da prática dos mesmos, será possível a curto ou a médio prazo verificar fortes melhorias na incapacidade funcional destes doentes, capacitando-os para uma melhor interação social, minimizando os índices de depressão e ansiedade e colmatando a persistente dor.

Um dos principais desafio desses profissionais consiste na qualificação dos mesmos, que necessitam cada vez mais para prestar um cuidado eficaz e especializado, atribuindo a sua assistência novos métodos que possam auxiliar no alívio dos sintomas que afetam o paciente. Almeja-se que, com tais medidas, ocorra a minimização da morbidade trazida pela doença, investindo mais em políticas de promoção à saúde e na qualificação dos profissionais. Também, ainda é imprescindível a promoção de uma cultura de desmistificação da doença, aumentando assim a qualidade de vida dos pacientes, desassociando-a com a dor, sofrimento e morte.

Pôde-se perceber a necessidade do enfermeiro utilizar constantemente no seu ambiente de trabalho ferramentas que implementem a educação em saúde, com



orientação, rastreamento da doença para reduzir o sofrimento do paciente e o impacto na sociedade.

Sugere-se, então, que novas pesquisas desenvolvidas e realizadas na área, sejam mais abrangentes envolvendo a população nacional de fibromiálgicos, a fim de que se conheça, além do perfil desses brasileiros, mas também que sensibilize o maior número de profissionais para este público.

REFERÊNCIAS

- ALBRECHT, G. D. S. **Assistência de enfermagem nas doenças reumatológicas: revisão integrativa**. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Enfermagem). - Universidade Federal do Ceará. Fortaleza. 2018. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/38462>. Acesso em: 5 nov. 2021.
- CASTRO, M.S; FUCHS, F.D. Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. **Rev. Bras. Hipertensão**. 2018.
- CUNHA, S. C. D. *et al.* Análise dos índices de Helkimo e craniomandibular para diagnóstico de distúrbios temporomandibulares em pacientes com artrite reumatóide. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 73, n. 1, 2017.
- DEMEZ, D. **Importância dos hábitos saudáveis na qualidade de vida dos indivíduos com artrite reumatoide e osteoartrite**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Federal de São Paulo. Diadema. 2020.
- FERNANDES, G. F. *et al.* Drogas antirreumáticas modificadoras do curso da doença. **Revista cuidados em reumatologia**, Uberlândia, MG, v. 1, n. 1, p. 24-34, 2019.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- GOELDNER, I. *et al.* Artrite reumatoide: uma visão atual. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, São Paulo, v. 47, n. 5, 2016.
- GOULART, F.A.A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.
- LEMON, J.. Um projeto conduzido por uma enfermeira em enfermagem ortopédica. Reumatóide. **Série educacional de artrite**. 2012.
- MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
- MEDEIROS, C. M. D.; , T. Z. Avaliação da capacidade laborativa em pericardios portadores de artrite reumatóide. **Saúde, Ética & Justiça**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 50-56, 2018.



MINISTÉRIO DA SAÚDE (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

MOTA, L. M. H. D. *et al.* Diretrizes para o tratamento da artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 158-183, 2013.

MOTA, L. M. H. D.; LAURINDO, I. M. M.; NETO, L. L. D. S. Artrite reumatoide inicial - conceitos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 61, n. 5, p. 227-9, 2016.

NUNES, P. C.; DAVI, A. R. A enfermagem nos cuidados para com o paciente reumatológico: uma revisão integrativa de literatura. **Reumatologia e Saúde pública**, Uberlândia, MG, v. 54, n. 3, p. 556-559, 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/plveloso/Downloads/12459-54588-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/plveloso/Downloads/12459-54588-1-PB%20(2).pdf). Acesso em: 12 nov. 2021.

OLIVEIRA, A. L. A. V. D. *et al.* Fisiopatologia da artrite reumatoide (AR) e seu impacto funcional como doença crônica incapacitante. **Revista SEMPESQ**, Alagoas, v. 1, n. 1, 2020.

PASCHOARELLI, L. C.; MEDOLA, F. O.; BONFIM, G. H. C. Características Qualitativas, Quantitativas e Qualiquantitativas. **Tecnologia e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 1, 2015.

PLINIO, S. D. R.; SILVEIRA, C. F. Reumatologia e doenças reumáticas. **Reumatologia e Saúde Pública**, Uberaba, MG, v. 1, p. 42, 2018.

SANTOS, D. S. D.; CARVALHO, E. C. D. Intervenções de enfermagem para o cuidado de pacientes com artrite: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ZXB4rmvbLfDywHcvxzRzJzg/?lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2021.

SILVEIRA, T. A.; RODRIGUES, C. L. Doenças reumáticas: fatores associados e comorbidades. **Revista de saúde coletiva da UFAM**, Manaus, v. 32, n. 4, p. 14-19, 2019.

SOUSA, A. S. *et al.* Fatores relacionados ao desenvolvimento de doenças reumáticas. **Reumatologia e saúde pública**, Sete Lagoas, MG, v. 24, n. 3, p. 14-16, 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.



CAPÍTULO VI

IMPLANTAÇÃO DA FARMÁCIA CLÍNICA NO SETOR DE ONCOLOGIA DE UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE

Albertino Magri Preato Júnior²⁵; Thayse Cabral Evaristo²⁶.

DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-06

RESUMO:

O conceito de Farmácia Clínica é voltado para a aplicação de conhecimentos e funções relacionadas ao cuidado dos pacientes, visando o uso de medicamentos seguros e apropriados. Estudos demonstram que 69% das intervenções farmacêuticas no tratamento representam redução de custos para o serviço de saúde. O presente estudo foi utilizado para implantar a Farmácia Clínica no setor de oncologia do Hospital Rio Doce na cidade de Linhares-ES. Sendo conduzido no setor de oncologia onde são realizados os tratamentos quimioterápicos, as internações dos pacientes oncológicos e a dispensação de quimioterapia via oral. O processo de implantação foi realizado em quatro etapas contemplando desde a admissão até o acompanhamento após o paciente ter alta hospitalar. Foram convidados trinta e dois pacientes que realizaram tratamento de neoplasias gastrointestinais contemplando uma amostra por conveniência de vinte e seis pacientes. Para a coleta dos dados foram utilizadas as evoluções farmacêuticas no prontuário eletrônico do paciente (PEP), a tabela de custos fornecida pelo setor de faturamento do hospital e a análise dos dados foi realizada pelo pesquisador, através de planilhas no Excel. Como objetivo, houve a busca por uma farmacoterapia mais segura com o uso racional dos medicamentos, identificando os problemas, os desperdícios e a redução de custos com medicamentos dos pacientes oncológicos.

PALAVRAS-CHAVE: Serviço de Farmácia Hospitalar. Neoplasias. Células Enteroendócrinas.

IMPLEMENTATION OF CLINICAL PHARMACY IN THE ONCOLOGY SECTOR OF A MEDIUM-SIZE HOSPITAL

ABSTRACT:

The concept of Clinical Pharmacy is aimed at the application of knowledge and functions related to patient care, aiming at the use of safe and appropriate medicines. Studies shows that 69% of pharmaceutical interventions in treatment represent cost savings for the health

²⁵ Bacharel em Farmácia pela faculdade Pitágoras campus Linhares ES. ORCID 0000-0002-1039-9145. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7276709645734843>. Residente Multiprofissional em Atenção ao Câncer na Fundação Beneficente Rio Doce (Hospital Rio Doce) de Linhares ES. Pós-Graduação lato sensu (com previsão de término fevereiro de 2022). E-mail: jrl7nacional@gmail.com

²⁶ Farmacêutica pela Faculdade Pitágoras unidade Linhares-ES (2009). Especialista em Farmacologia Clínica, Farmácia Clínica e Prescrição Farmacêutica pela Faculdade Multivix- Unidade Vitória-ES (2017). Pós-graduada em MBA Gestão em Saúde pelo Centro Universitário São Camilo- SP (2021). Gestora e Coordenadora do setor de Farmácia do Hospital Rio Doce Linhares-ES desde 2018, habilitada na área de oncologia (2021). Preceptora no curso de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer e Urgência e Emergência no período de 2020 a 2022. ORCID n° 0000-0002-8240-8848. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1848878602444947>. E-mail: coordenacaofarmacia@hospitalriodoce.com.br



service. The present study was used to implement the Clinical Pharmacy in the oncology sector of Hospital Rio Doce in Linhares-ES. It was performed at the oncology sector where chemotherapy treatments are carried out, oncology patients are hospitalized and oral chemotherapy are dispense. The implantation process was carried out in four stages, covering from admission to follow-up after the patient was discharged from the hospital. Thirty-two patients undergoing treatment for gastrointestinal cancer were invited, contemplating a convenience sample of twenty-six patients. For data collection, pharmaceutical evolutions in the electronic patient record were used, the cost table provided by the hospital's billing sector, and data analysis was performed by the researcher using Excel spreadsheets. The objective was to search for a safer pharmacotherapy with the rational use of medicines, identifying problems, waste and cost reduction with medicines for cancer patients.

KEYWORDS: Pharmacy Service. Hospital. Neoplasms. Enteroendocrine Cells.

INTRODUÇÃO

A proposta da Farmácia Clínica (FC), iniciou-se nos Estados Unidos, na década de 60 e, compreende a atividade capaz de maximizar a terapia e minimizar os riscos e custos, promovendo o uso racional e seguro dos medicamentos¹. O conceito da FC é voltado para a atenção ao paciente com ênfase na farmacoterapia, procurando assegurar, mediante aplicação de conhecimentos e funções relacionadas ao cuidado dos pacientes, que o uso do medicamento seja seguro e apropriado. Além disso, envolve o relacionamento interprofissional ativo, com olhar voltado para o paciente, tornando mais simples a adesão ao tratamento².

Ao surgir nos anos 60, a FC colocou o farmacêutico trabalhando na promoção da saúde, prevenindo e monitorando eventos adversos, intervindo e contribuindo na prescrição de medicamentos para a obtenção de resultados clínicos positivos, ampliando assim, a qualidade de vida dos pacientes e também a redução de custos relacionado à terapia³. A FC em conjunto com a assistência prestada pelos farmacêuticos, contribui para garantir o acesso racional dos medicamentos fundamentando os preceitos das organizações e sociedades que orientam e regulamentam a profissão farmacêutica⁴.

Os problemas relacionados ao uso de medicamentos mais prevalentes são a diluição e/ou taxa de infusão estando diretamente relacionado com a adesão da equipe de saúde às intervenções propostas pelo farmacêutico⁵. A segurança no uso dos medicamentos aumenta quando há associação com o aumento do número de farmacêuticos clínicos e ao serviço de farmácia clínica oferecido aos pacientes. Erros de



medicações se tornam mais evitáveis diante do aumento de farmacêuticos clínicos e a expansão da farmácia clínica. Os cálculos dos benefícios são variáveis estando correlacionado ao número de intervenções, quantidade de leitos monitorados e os serviços farmacêuticos oferecidos³.

Na farmácia hospitalar, o papel desempenhado pelo farmacêutico nas etapas de seleção, aquisição, armazenamento, controle e distribuição de medicamentos já é amplamente reconhecido. No entanto, o seu envolvimento recente com a FC tem possibilitado uma participação mais efetiva no processo de uso racional dos medicamentos através da busca de conhecimentos, embasamento científico e comprovação de resultados adquirindo credibilidade e diminuindo a resistência em sua inserção no meio multiprofissional e o maior beneficiado com as transformações ocorridas na prática farmacêutica hospitalar é o paciente⁶.

O Conselho Federal de Farmácia (CFF) reconheceu a farmácia hospitalar brasileira, através da Resolução nº 208, de 19 de junho de 1990, revisada pela Resolução nº 492, de 26 de novembro de 2008. Definindo como a unidade clínica, administrativa e econômica, tendo como diretor o farmacêutico que estará ligado hierarquicamente à direção do hospital ou serviço de saúde e integrada com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente⁷.

A busca pela melhoria da qualidade da assistência faz parte dos anseios de todos os profissionais hospitalares, monitorar os processos com avaliações diárias dos indicadores de saúde é muito importante e atende os critérios de acreditação dos hospitais. O processo de acreditação dos hospitais como os da Organização Nacional de Acreditação (ONA) ou *Joint Commission Internacional* (JCI) vem ganhando cada vez mais visibilidade na sociedade como uma garantia de qualidade do serviço prestado^{8,9}.

Embora muitas pessoas ainda associam o farmacêutico com aquela pessoa de jaleco atrás dos balcões das drogarias ou nos laboratórios das farmácias com manipulação, o trabalho desse profissional é muito mais abrangente proporcionando o uso racional dos medicamentos, maior controle das comorbidades, redução de eventos adversos e maior adesão ao tratamento, também reduz custos com tempo de internação e com medicamentos sem função terapêutica e/ou duplicados.



O presente estudo de caráter experimental teve como objetivo implantar a FC no setor de oncologia do Hospital Rio Doce na cidade de Linhares/ES, quantificando o número de intervenções farmacêuticas, comparando os custos hospitalares antes e após as intervenções buscando o uso racional de medicamentos.

METODOLOGIA

O estudo experimental foi conduzido na Fundação Beneficente Rio Doce, um hospital de médio porte da cidade de Linhares – ES que realiza em média 2.400 atendimentos mensais, sendo destes, 170 atendimentos farmacêuticos. O local escolhido para aplicação do projeto foi o setor de oncologia, onde são realizados os tratamentos quimioterápicos, a dispensação das quimioterapias via oral e também as internações dos pacientes em tratamento oncológico.

O processo de implantação da prática da Farmácia Clínica (FC) ocorreu em quatro etapas. Na primeira etapa, o farmacêutico realizou a anamnese, o exame físico do paciente, a reconciliação medicamentosa. Na segunda etapa, foi efetivado o acompanhamento farmacológico pelo farmacêutico com análise das prescrições, visando identificar interações medicamentosas e incompatibilidades, através do método Dáder de acompanhamento farmacológico, classificando os problemas relacionados aos medicamentos (PRMs) quanto à necessidade, efetividade e segurança. Nessa etapa também, foram acompanhados os resultados de exames laboratoriais, horários de administração dos medicamentos e intercorrências que poderiam ocorrer durante a internação, registrando as informações pertinentes no prontuário do paciente.

A terceira etapa consistiu na orientação após a alta hospitalar para informar sobre os medicamentos prescritos, interações, incompatibilidades, horários de administração e cuidados de armazenamentos. Na quarta etapa o farmacêutico realizou a coleta de dados utilizando as evoluções produzidas durante as etapas anteriores, quantificando as intervenções farmacêuticas, quantidade de intervenções aceitas, número de PRM encontrados, relevância na terapêutica e impacto econômico das intervenções. A análise dos dados foi realizada pelo pesquisador, através de planilhas no Excel, após a aprovação



do Comitê de Ética ao qual o projeto foi submetido e aceito no dia 28 de junho de 2021 sob o número: CAAE 42648620.5.0000.5063, versão.

As identificações dos pacientes foram omitidas como garantia de sigilo e confidencialidade do projeto, sendo utilizado apenas os números de intervenções e PRMs encontradas nas evoluções. Esses formulários de coleta de dados permanecerão arquivados pelo período de 5 anos após o encerramento do estudo.

Ao realizar as etapas em que tiveram contato direto com o paciente o farmacêutico seguiu as recomendações de proteção aos trabalhadores e pacientes dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais, utilizando corretamente os equipamentos de proteção individual EPIs que são: 1) gorro; 2) óculos de proteção ou protetor facial; 3) máscara); 4) avental impermeável de mangas compridas; 5) luvas de procedimento. Com relação ao tipo de máscara, para procedimentos geradores de gotículas utilizar a máscara cirúrgica e utilizar as de proteção respiratória (respirador particulado) com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3 μ (tipo N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3).

Para participar do projeto de implantação os pacientes precisam preencher alguns requisitos como: estar em tratamento de neoplasia gastrointestinal ou estar internado no setor de oncologia com diagnóstico de alguma dessas neoplasias; ser usuário do SUS (o pesquisador deixa claro que o aceite ou não da participação no projeto não implicará em diferença no acompanhamento farmacológico do paciente); ser maior de 18 anos; estar de acordo com a participação do projeto.

Foram convidados 32 pacientes portadores de neoplasias do trato gastrointestinal no período de 02 de agosto a 02 de outubro de 2021, contemplando uma amostra por conveniência de 26 pacientes que aceitaram participar do estudo. Dessa forma, foram excluídos do estudo, os pacientes que possuíam outros tipos de neoplasias que não as estabelecidas pelo estudo e os que não aceitaram. Os pacientes foram informados que poderiam desistir a qualquer momento de participar do projeto e que isso não implicaria em prejuízo ou diferenças de tratamento posteriores, porém não houve desistências.

Para a participação do projeto, os pacientes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, procedimentos, duração, riscos, benefícios, garantias e outros e, em seguida,



será verificado o interesse de participar do estudo e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em ANEXO I, que foram assinados e entregues uma via para cada paciente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram convidados 32 pacientes com neoplasias gastrointestinais, desses, 26 pacientes aceitaram participar do estudo aos quais foram entregues o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), lido e assinado em duas vias, ficando uma via com o participante e outra com o pesquisador.

Todas as consultas farmacêuticas ocorreram no período em que o paciente estava nas dependências do hospital, internado ou realizando o tratamento ambulatorial na Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Foram feitas evoluções de todos os pacientes com os dados da anamnese farmacêutica, onde foram investigados cirurgias prévias, protocolos oncológicos, comorbidades, resultados de exames, medicamentos de uso domiciliar que gerou a reconciliação medicamentosa dos 26 pacientes, tanto no momento em que o paciente esteve internado ou com o tratamento quimioterápico. O acompanhamento farmacoterapêutico utilizou-se o método *Dader* enumerando os problemas relacionados aos medicamentos (PRMs). Foram realizadas 70 intervenções farmacêuticas, destas 60 foram aceitas e 52 foram efetivas (Gráfico 1).

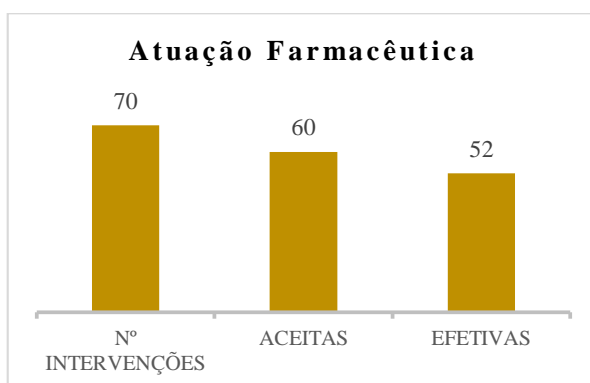


Gráfico 1. número de intervenções farmacêuticas durante no período de Julho a setembro de 2021.

Proper et al (2015)¹⁰ avaliaram o impacto de um serviço farmacêutico no pronto-socorro e evidenciou a redução de 11% dos erros de medicação, onde 59% das intervenções foram clinicamente relevantes, no presente estudo demonstramos uma



efetividade elevada para as intervenções realizadas alcançando o número de 74%. Outro estudo realizado em dois hospitais universitários públicos da Irlanda envolveu no total 134 pacientes com 447 intervenções farmacêuticas, 50% das intervenções foram aceitas e diagnosticou-se que as intervenções comunicadas verbalmente foram mais prováveis de serem resolvidas. Comparando com o presente estudo percebemos um número maior de intervenções aceitas 85,7% e como 100% das intervenções foram comunicadas verbalmente isso corrobora com o diagnóstico apresentado pelo estudo irlandês¹¹.

O PRM mais prevalente, com 16 intervenções correspondendo 22,8%, foi o PRM 1 que é um problema de necessidade indicando um problema de saúde não tratado, ou seja, o paciente necessitava de um medicamento que não estava prescrito, com isso foi sugerido ao prescritor para que efetuasse a indicação e 100% das intervenções foram aceitas. O segundo mais prevalente, com 12 intervenções correspondendo 17,14%, foi o PRM 5 que é um problema de insegurança não quantitativa, onde o paciente sofre de um problema pelo uso do medicamento em qualquer quantidade e este provoca um efeito indesejável. Foram feitas as intervenções farmacêuticas com a orientação de substituição ou retirada da prescrição desses medicamentos e 83,3% foram aceitas. O PRM 2 que é quando o paciente sofre de um problema de saúde associado ao receber medicamentos de que não necessite, houve duas intervenções farmacêuticas com a orientação de retirada da prescrição desses medicamentos e 100% foram aceitas. O PRM 3 que é quando a dosagem do medicamento está abaixo do necessário e PRM 4 que é quando a dosagem está acima do necessário houve uma intervenção de cada com 100% das intervenções aceitas e o PRM 6 não houve intervenção (Gráfico 2).

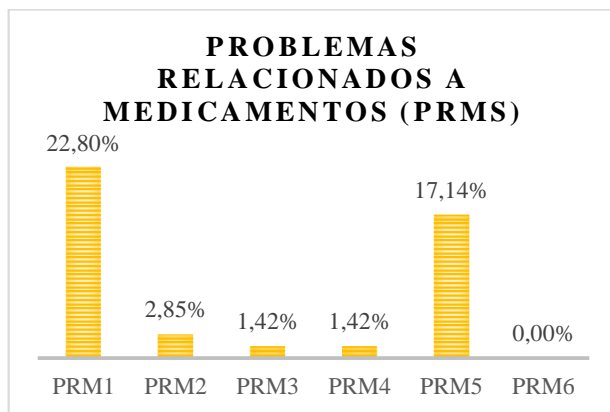


Gráfico 2. Relação dos PRMs encontrados durante o período de agosto a outubro de 2021.



O estudo de Bandrés et al (2013)¹² encontrou 866 discrepâncias de reconciliação na análise de prescrição de 2473 pacientes e 63,8% dessas foram prescrições incompletas, corroborando com o resultado encontrado no presente estudo onde o problema relacionado a medicamentos (PRM) de maior prevalência foi o PRM 1 que demonstra a necessidade de um medicamento para a terapêutica. Todos os pacientes foram orientados sobre a importância do seguimento terapêutico no domicílio. Houve um aumento de atendimentos farmacêuticos ambulatoriais, no período de julho a setembro de 2019 eram realizados 272 atendimentos e no ano de 2021 houve 974 atendimentos (Gráfico 3).

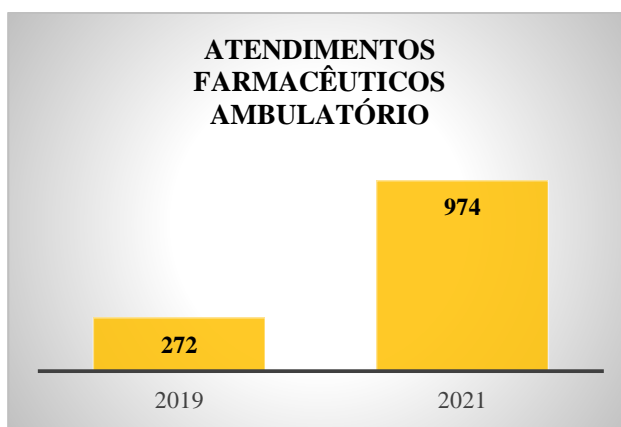


Gráfico 3. Comparativo do número de atendimentos farmacêuticos no ambulatório da Unidade de Assistência de Alta Complexidade Oncológica (UNACON) no período de Julho a setembro dos anos de 2019 e 2021.

A segurança no uso dos medicamentos aumenta quando há associação com o aumento do número de farmacêuticos clínicos e ao serviço de farmácia clínica oferecido aos pacientes. Erros de medicações se tornam mais evitáveis diante do aumento de farmacêuticos clínicos e a expansão da farmácia clínica. Os cálculos dos benefícios são variáveis estando correlacionado ao número de intervenções, quantidade de leitos monitorados, os serviços farmacêuticos oferecidos, porém a sua presença consistente demonstra vantagem econômica significativa, onde em um estudo em 1.200 hospitais universitários houve uma redução de 41% nos custos³. Com relação ao custo hospitalar no setor de internação houve economia de uma média de R\$6.576,95 (seis mil quinhentos setenta e seis reais e noventa e cinco centavos) no comparativo do período de julho a setembro de 2019 e 2021, caindo de um custo diário por paciente de cerca de R\$61,97



(sessenta um reais e noventa e sete centavos) para R\$48,38 (quarenta e oito reais e trinta e oito centavos) (Gráficos 4, 5, 6 e 7). Proporcionalmente à farmácia clínica demonstra ser uma excelente alternativa de redução de custos hospitalares.

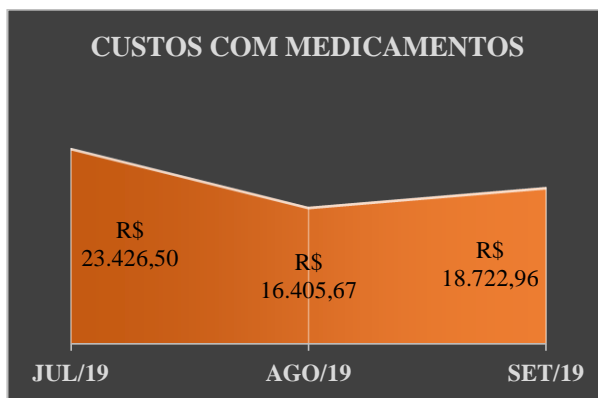


Gráfico 4. Custos com medicamentos utilizados no setor de internação oncológica no período de julho a setembro de 2019.

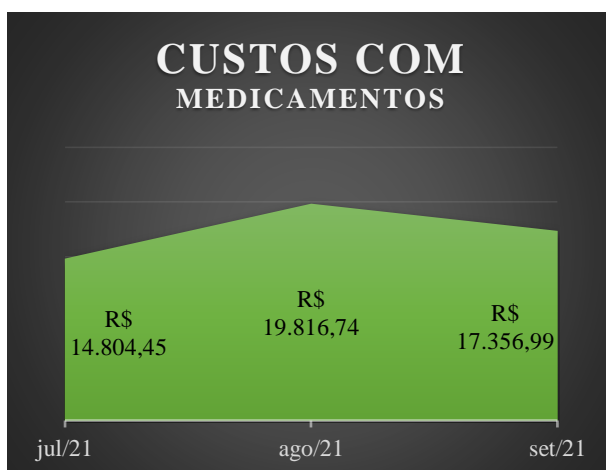


Gráfico 5. Custos com medicamentos utilizados no setor de internação oncológica no período de julho a setembro de 2021.

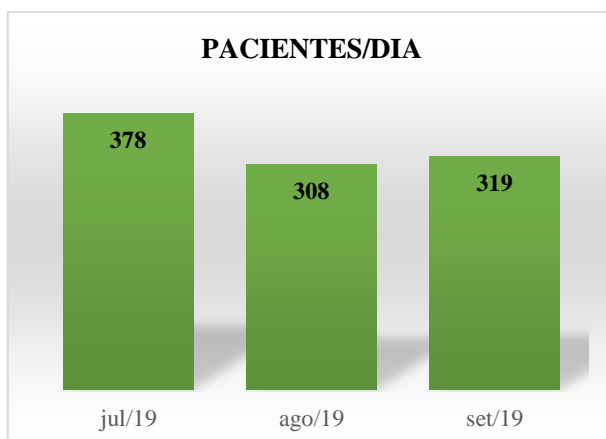


Gráfico 6. Pacientes atendidos por dia no setor de internação oncológica no período de julho a setembro de 2019.

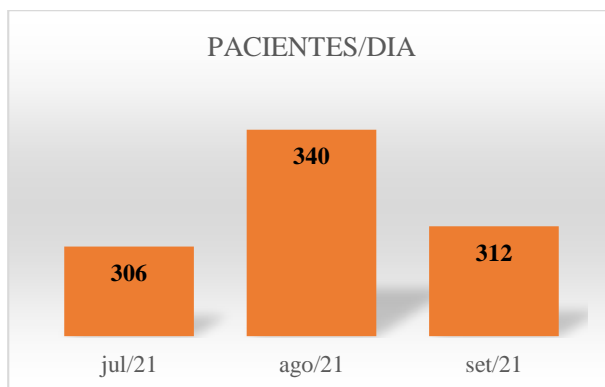


Gráfico 7. Pacientes atendidos por dia no setor de internação oncológica no período de julho a setembro de 2021.

A farmácia clínica em conjunto com a assistência prestada pelos farmacêuticos, contribui para garantir o acesso racional dos medicamentos fundamentando os preceitos das organizações e sociedades que orientam e regulamentam a profissão farmacêutica⁴. É capaz de detectar vários problemas relacionados ao uso de medicamentos, sendo os mais prevalentes a diluição e/ou taxa de infusão estando diretamente relacionado com a adesão da equipe de saúde às intervenções propostas pelo farmacêutico⁵.

CONCLUSÃO

Diversas barreiras para a implantação de um serviço farmacêutico de saúde são encontradas, como demonstrado no estudo de Santos Junior et al (2018)¹³. Dentro dessas barreiras podem ser citadas as redes locais, a equipe de saúde, os farmacêuticos, os pacientes e os processos de implantação. A educação continuada e o diálogo aberto com equipe e pacientes deve ser o caminho a ser seguido para diminuir essas barreiras e que o processo de implantação seja exitoso.

A farmácia clínica demonstra ser um avanço no cuidado do paciente fornecendo ampliação na segurança terapêutica através das intervenções farmacêuticas. O farmacêutico destinado à prática clínica necessita de atualização constante e senso holístico para fundamentar suas intervenções. A redução de custos está diretamente atrelada à quantidade de farmacêuticos clínicos disponíveis e aos números de intervenções farmacêuticas aceitas. Entretanto, a realização de mais estudos torna-se necessário para demonstrar a importância do farmacêutico clínico como parte integrante da equipe de cuidados do paciente oncológico.



REFERÊNCIAS

- 1 Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 601-612, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 de outubro de 2020.
- 2 Angonesi D, Sevalho G. **Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro**. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3603-3614, nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 de outubro de 2020.
- 3 Ferracini FT. et al. **Implantação e evolução da farmácia clínica no uso racional de medicamentos em hospital terciário de grande porte**. Einstein (São Paulo), São Paulo, v. 9, n. 4, p. 456-460, dezembro. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082011000400456&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de novembro de 2020.
- 4 Bernardi EAT. et al. **Implantação da avaliação farmacêutica da prescrição médica e as ações de farmácia clínica em um hospital oncológico do sul do Brasil**. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 15, n. 2, pág. 29-36, junho. 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Renne_Rodrigues/publication/317035524_Implantacao_da_avaliacao_farmaceutica_da_prescricao_medica_e_as_acoes_de_farmacia_clinica_em_um_hospital_oncologico_do_sul_do_Brasil/links/592073e2aca27295a8a1cf56/Implantacao-da-avaliacao_farmaceutica-da-prescricao-medica-e-as-acoes-de-farmacia-clinica-em-um-hospital-oncologico-do-sul-do-Brasil.pdf>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2021.
- 5 Cruz LT, Batista PN, Meurer IR. **Análise do serviço de farmácia clínica em um hospital universitário**. HU Revista. Juiz de Fora, v. 45, n. 4, fevereiro. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/27553>>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2021.
- 6 Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 601-612, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 de outubro de 2020.
- 7 Brasil. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 492, de 26 de novembro de 2008**. Regulamenta o exercício profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar, na farmácia hospitalar e em outros serviços de saúde, de natureza pública ou privada. Disponível em: <<https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/492.pdf>>. Acesso em: 07 de março de 2021.
- 8 Organização Nacional de Acreditação (ONA). Disponível em: <<https://www.ona.org.br/noticias/inovacao-no-cuidado-do-paciente-e-o-foco-do-3-seminario-internacional-da-on>>. Acesso em: 07 de março de 2021.
- 9 Joint Commission Internacional (JCI). Disponível em: <<https://www.jointcommission.org/accreditation-and-certification/>>. Acesso em: 07 de março de 2021.



- 10 Proper JS, Wong A, Plath AE, Grant KA, Just DW, Dulhunty JM. Impact of clinical pharmacists in the emergency department of an Australian public hospital: A before and after study. **Emerg Med Australas**. 2015 Jun.; v.27, n.3, p.232-8. doi: 10.1111/1742-6723.12384. Epub 2015 Mar 26. PMID: 25818918.
- 11 Galvin M, Jago-Byrne MC, Fitzsimons M, Grimes T. Clinical pharmacist's contribution to medication reconciliation on admission to hospital in Ireland. **Int J Clin Pharm**. 2013 Fevereiro; v.35, n.1, p. 14-21. doi: 10.1007/s11096-012-9696-1. Epub 2012 Setembro 13. PMID: 22972383.
- 12 Bandrés AM, Arenere MM, Gutiérrez NF, Calleja HM, Ruiz La IF. Pharmacist-led medication reconciliation to reduce discrepancies in transitions of care in Spain. **Int J Clin Pharm**. 2013 Dezembro; v.35, n.6, p.1083-90. doi: 10.1007/s11096-013-9824-6. Epub 2013 Jul. 24. PMID: 23881347.
- 13 Santos Júnior GAD, Ramos SF, Pereira AM, Dosea AS, Araújo EM, Onozato T, et al. (2018) **Barreiras percebidas para implantação de serviços de farmácia clínica em uma metrópole do Nordeste do Brasil**. PLoS ONE v.13, n.10 e0206115. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206115>
- 14 Brasil. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 208, de 19 de junho de 1990**. Regulamenta o exercício em Farmácia de Unidade Hospitalar, Clínicas e Casas de Saúde de natureza pública ou privada. Disponível em: <<https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/208.pdf>>. Acesso em: 07 de março de 2021.
- 15 Brasil. Conselho Federal de Farmácia. **Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências**. Disponível em: <<https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>>. Acesso em: 19 de outubro de 2020.
- 16 Brasil. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer** / Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf>. Acesso em: 18 de outubro de 2020.
- 17 Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>>. Acesso em: 18 de outubro de 2020.
- 18 Finatto RB. **Intervenção farmacêutica como indicador de qualidade de assistência hospitalar**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/70137/000865348.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 18 de outubro de 2020.
- 19 Friedrich R. **Influência da alimentação no câncer de colorretal**. 2008. 51 folhas. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.



- 20 Magri KD. et al. **Impacto da terapia neoadjuvante na diminuição do estágio no adenocarcinoma de reto baixo: papel da ressonância magnética da pelve na determinação do estágio.** Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 102-109, abr. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912016000200102&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 de janeiro de 2021.
- 21 Pelizzer T. et al. **Prevalência de câncer colorretal associado ao papilomavírus humano: uma revisão sistemática com metanálise.** Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 19, n. 4, p.791-802, dez. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000400791&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 29 de janeiro de 2021.
- 22 Sousa RICH. **Cuidados Farmacêuticos no Doente Oncológico.** Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, 2010. Disponível em:<https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1613/2/MONO_14295.pdf>. Acesso em: 18 de outubro de 2020.



CAPÍTULO VII

O ENFRENTAMENTO EMOCIONAL DE ENFERMEIROS ENVOLVIDOS DIRETAMENTE NO CUIDADO DE PACIENTES COM NEOPLASIAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Aldaisa Pereira dos Santos²⁷; Eliana Campêlo Lago²⁸;

Ananda Santos Freitas²⁹; Irene Sousa de Silva³⁰;

Hyago Hemilton Bezerra Cordeiro³¹; Gerardo Vasconcelos Mesquita³².

DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-07

RESUMO:

O câncer é um processo patológico definido como um grupo de doenças caracterizadas pelo crescimento e proliferação desordenados de células que possuem a capacidade de disseminar-se entre os tecidos e órgãos vizinhos. A contribuição dos profissionais de enfermagem torna-se imprescindível, ao oferecer uma assistência integral e humanizada, proporcionando o bem-estar físico e psicológico dos pacientes oncológicos. Por essa razão, toda a equipe de enfermagem, invariavelmente, está exposta e suscetível ao estresse emocional em decorrência do excesso de trabalho e aos sentimentos de tristeza e frustração. Este trabalho tem como objetivo compreender o enfrentamento emocional de enfermeiros envolvidos diretamente no cuidado de pacientes com neoplasias. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com a realização das seguintes fases: identificação do tema e formulação da questão da pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos para amostragem; coleta dos dados que serão extraídos dos estudos; análise crítica dos estudos selecionados; interpretação dos resultados; apresentação da síntese estabelecida e revisão dos conteúdos. A busca na literatura foi realizada nas seguintes bases de dados: SciELO, BVS e Google Acadêmico. Para a seleção dos artigos foram considerados os seguintes descritores em saúde (decs.bvs.br) combinados com

²⁷ Enfermeira pela Universidade Estadual do Maranhão -UEMA. E-mail: aldaisasantos@outlook.com

²⁸ Odontóloga -UFPI. Enfermeira -UFPI. Bacharel em Direito pela UniFACID WYDEN.

Pós-doutorado - Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade de Brasília-UNB. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Morfologia e Imunologia Aplicada – NuPMIA-UNB. Doutora em Biotecnologia -UFPI. Mestre em Clínicas Odontológicas -UFPA. Especialista em Odontopediatria -UFPA. Especialista em Implantodontia pela Associação Brasileira de Cirurgões-dentistas -ABCD-PI. Especialista em Enfermagem Obstétrica -UEPA. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelas Faculdades Integradas São Camilo CEDAS-SP. Professora Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Biodiversidade, Ambiente e Saúde- PPGBAS e da graduação do Departamento de Enfermagem -UEMA. Secretária Municipal da Juventude-SEMJUV – Teresina- Piauí. E-mail: anaileogal@gmail.com

²⁹ Enfermeira -UEMA. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade Evangélica do Meio Norte- FAEME. Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional -UEMA. Mestranda em Biodiversidade Ambiente e Saúde -UEMA. E-mail: annandhacx@hotmail.com

³⁰ Graduada em Enfermagem -UFPI. Mestre em Ciências da saúde pela -UFPI. Professora auxiliar da graduação do departamento de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Maranhão. E-mail: Irenesilva1069@gmail.com

³¹ Acadêmico do curso de graduação em Medicina Veterinária pelo Centro Universitário Maurício de Nassau-UNINASSAU. E-mail: hyagohemilton@hotmail.com

³² Doutor em Cirurgia ortopédica pela Universidade Federal de Pernambuco -UFPE. Professor Titular do Centro Universitário Uninovafapi. Professor Adjunto da Universidade Federal do Piauí-UFPI. E-mail: gvmesquita@uol.com.br



operadores booleanos: Enfermagem Oncológica, Sentimento, Afetividade. Depois das buscas, foi contabilizado um número de 349 artigos de acordo com os descritores utilizados e após a clivagem excluíram-se 47 trabalhos, a amostra final ficou constituída por 10 artigos, utilizados para embasar o trabalho. Os resultados da leitura e análise descritivas das publicações ascenderam três núcleos temáticos para a discussão dos resultados, sendo: núcleo 1: Sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem perante o tratamento dos clientes com neoplasias; núcleo 2: Sugestões para o enfrentamento emocional da equipe de enfermagem; núcleo 3: Importância da equipe de enfermagem no tratamento de clientes com neoplasias. Diante dos estudos discutidos na revisão foi possível concluir que os profissionais de enfermagem que atuam no setor oncológico adulto e/ou pediátrico lidam diariamente com a luta, sofrimento e, muitas vezes, com a morte. Estes fatores tendem gerar uma grande carga emocional que pode refletir na qualidade da assistência prestada ao cliente, pois pacientes oncológicos demandam longo período de tratamento e, dessa forma, a equipe, inevitavelmente, cria vínculos afetivos com estes, fazendo com que sintam o sofrimento e/ou perda de forma intensa e pessoal.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Oncológica. Sentimento. Afetividade.

THE EMOTIONAL COACHING OF NURSES DIRECTLY INVOLVED IN THE CARE OF PATIENTS WITH NEOPLASMS: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT:

Cancer is a pathological process defined as a group of diseases characterized by the disordered growth and proliferation of cells that have the ability to spread between neighboring tissues and organs. The contribution of nursing professionals becomes essential, by offering comprehensive and humanized care, providing the physical and psychological well-being of cancer patients. For this reason, the entire nursing team is exposed and susceptible to emotional stress due to overwork and feelings of sadness and frustration. This work aims to understand the emotional coping of nurses directly involved in the care of patients with neoplasms. This is an integrative literature review, with the following phases: identification of the theme and formulation of the research question; establishment of inclusion and exclusion criteria for studies for sampling; collection of data that will be extracted from the studies; critical analysis of selected studies; interpretation of results; presentation of the established synthesis and review of the contents. The literature search was carried out in the following databases: SciELO, VHL and Google Scholar. For the selection of articles, the following health descriptors (decs.bvs.br) combined with Boolean operators were considered: Oncology Nursing, Feeling, Affectivity. After the searches, a number of 349 articles were counted according to the descriptors used and after the cleavage, 47 works were excluded, the final sample consisted of 10 articles, used to support the work. The results of the reading and descriptive analysis of the publications, ascended three thematic cores for the discussion of the results, they are: core 1: Feelings experienced by the nursing team before the treatment of clients with neoplasms; core 2: Suggestions for the nursing team's emotional coping; core 3: Importance of the nursing team in the treatment of clients with neoplasms. In view of the studies discussed in the review, it was possible to conclude that nursing professionals working in the adult and/or pediatric oncology sector deal daily with struggle, suffering and, often, with death. These factors tend to generate a great emotional



burden that can reflect on the quality of care provided to the client, as cancer patients demand a long period of treatment and, thus, the team inevitably creates affective bonds with them, making them feel the suffering and/or loss in an intense and personal way.

KEYWORDS: Oncology Nursing. Feeling. Affectivity.performed.

INTRODUÇÃO

O câncer é um processo patológico definido como um grupo de doenças caracterizadas pelo crescimento e proliferação desordenados de células que possuem a capacidade de disseminarem-se entre os tecidos e órgãos vizinhos à estrutura afetada inicialmente no ser humano. A origem do câncer pode acontecer por condições multifatoriais que aumentam a possibilidade de alterações malignas nas células normais. É considerado atualmente um problema de Saúde Pública, enfrentado pelo sistema de saúde do país em decorrência de exposição aos agentes cancerígenos, envelhecimento populacional ou fatores genéticos (BATISTA; MATTOS; SILVA, 2015).

A possibilidade de cura atualmente no mundo vem aumentando em virtude ao avanço da tecnologia na área, estudos clínicos sofisticados, atendimento multidisciplinar, assistência integral e humanizado dos profissionais. No entanto, alguns pacientes não conseguem êxito de cura no seu tratamento e, nesse momento, deverá ter a necessidade de se planejar uma assistência aos cuidados paliativos (KOLHS et al, 2016).

Nesse contexto, a contribuição dos profissionais de enfermagem torna-se imprescindível, ao oferecer uma assistência integral e humanizada, proporcionando o bem-estar físico e psicológico dos pacientes oncológicos por meio da recuperação e prestação de cuidados que objetivam diminuir as consequências ocasionados pela patologia. Por essa razão, toda a equipe de enfermagem está exposta e suscetível ao estresse emocional em decorrência do excesso de trabalho e aos sentimentos de tristeza, frustração ocasionados pelo laço afetivo aos pacientes e família em decorrência da assistência prolongada, a fatores que colaboram para o desgaste físico e emocional (KOLHS et al., 2016).

Nesse sentido, o cuidado próximo e contínuo aos pacientes sem possibilidade de cura no tratamento, torna os profissionais amplamente vulneráveis. Assim, faz-se necessário que os enfermeiros oncológicos desenvolvam maior autocontrole ao prestar assistência aos pacientes em estado terminal ou que demandem cuidados prolongados no



hospital, o que se torna desafiador pelo forte vínculo estabelecido nestas vivências. Além disso, a experiência de conviver com o câncer é um processo desafiador tanto para o paciente quanto para a família, bem como para os profissionais, que se fazem valer de recursos na tentativa de enfrentar a doença. O profissional que presta cuidados e assistência também é um ser humano e, conseqüentemente, tem suas emoções abaladas nestas circunstâncias, que podem ou não ser superadas ao assistir o indivíduo (PINTO, 2011).

Desse modo, para seja eficiente a assistência, é essencial que a equipe de enfermagem possua discernimento da patologia, além de saber conviver com o sentimento dos pacientes e suas próprias emoções frente ao paciente com ou sem perspectiva de cura. Por esses motivos é de suma relevância compreender o processo de morte e morrer, pois, isso torna os profissionais capazes de lidar com fatalidades que venham ocorrer nas unidades de tratamento oncológico tornando-os capazes de propiciar uma assistência (BORDIGNON, 2015).

Em vista disso, é de fundamental importância que os profissionais de enfermagem envolvidos diretamente no cuidado de pacientes com câncer estejam preparados emocionalmente para poder promover uma assistência de qualidade, assim oferecendo ao paciente proteção, conforto e bem-estar. Em contrapartida, é imprescindível que o hospital no ambiente terapêutico também contribua para promover a oferta de segurança e tranquilidade para a equipe de saúde, doentes e seus familiares (SALIMENA, 2013).

Nesse contexto, percebe-se a importância da realização de análise da produção científica existente sobre compreender o enfrentamento emocional dos enfermeiros envolvidos diretamente no cuidado de pacientes com neoplasias, para melhorar a qualidade da assistência prestada, sendo integral, humanizada e holística, amenizando o sofrimento de conviver com a doença e com os efeitos do tratamento aos pacientes oncológicos.

Portanto, diante do exposto, este trabalho teve como objetivo descrever o enfrentamento emocional de enfermeiros envolvidos diretamente no cuidado de pacientes com neoplasias e como objetivos específicos: descrever as emoções mais frequentemente vivenciada pelos enfermeiros diante do cuidado direto e diário aos pacientes oncológicos;



identificar as situações que, segundo os enfermeiros, mais agravam a condição emocional e psicológica da equipe e enfatizar a importância da equipe de enfermagem no tratamento de clientes com neoplasias.

REVISÃO DA LITERATURA

ASPECTOS GERAIS DO CÂNCER

A palavra câncer origina-se grego 'karkínos', que significa 'caranguejo', foi utilizada primeira vez por Hipócrates (460-377 A.C.), médico grego, considerado como o 'pai da medicina'. Desta maneira, compreende-se que o câncer não é uma doença atual, visto que, nas múmias egípcias foram detectados e comprovado que já compromete o homem há mais de 3 mil anos antes de Cristo" (BRASIL, 2011).

O câncer é um processo patológico, que começa quando uma célula anormal é transformada por mutação genética, ou seja, alterações no ácido desoxirribonucleico (DNA) dos genes. Essa célula anormal forma um clone e começa a se proliferar de maneira desordenada, ignorando os sinais de regulação do crescimento no ambiente adjacente à célula. Com isso, elas adquirem características invasivas e as alterações têm lugar nos tecidos vizinhos. As células penetram nesses tecidos e ganham acesso aos vasos linfáticos e sanguíneos, na qual são conduzidas para outras partes do corpo. Este evento é denominado metástase (SMELTZER; BARE, 2009).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2019), o processo de formação do câncer é denominado de carcinogênese ou oncogênese e, em geral, ocorre lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa se prolifere e dê origem a um tumor visível. Os efeitos cumulativos de diferentes agentes cancerígenos ou carcinógenos são os responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor. A carcinogênese é determinada pela exposição a esses agentes, como uma dada frequência e período, e pela interação entre eles. Além disso, deve ser considerada, no entanto, as características individuais, que facilitam ou dificultam a instalação de danos celular.

Cerca de 90% dos cânceres estão ligados aos fatores ambientais. Alguns deles são geralmente bem conhecidos pela população, tais como a exposição excessiva ao sol relacionada ao câncer de pele; o cigarro que causa câncer de pulmão e comportamentos



sedentários relacionados com câncer de ovário, endométrio, tireoide dentre outros. Há outros fatores causais que ainda estão em estudo, como o potencial de alguns componentes de alimentos que, ingeridos, poderiam agir como agentes carcinogênicos, sendo que muitos ainda são completamente desconhecidos (BRASIL, 2016).

Além disso, o envelhecimento natural do ser humano é outro fator de risco e contribui no processo de mudanças nas células. Sendo assim, torna-o mais vulnerável às alterações malignas. Isso, somado ao fato de que as células das pessoas idosas ficam expostas por um longo período aos diversos fatores de risco para câncer, o que esclarece, de certa forma, a causa de o câncer ser mais frequente nesses indivíduos. Os fatores de risco ambientais de câncer são denominados cancerígenos ou carcinógenos, e atuam alterando a estrutura genética o DNA das células (BRASIL, 2016).

Neoplasias podem ser benignas ou malignas, diferem-se em muitas características de desenvolvimento celular, inclusive o método e a velocidade de crescimento, a capacidade de metastatizar ou disseminar, os efeitos gerais, a destruição tissular e a capacidade de provocar a morte. As neoplasias benignas ou tumores benignos têm seu crescimento de forma organizada, geralmente lento, expansivo e apresentam limites bem nítidos. Apesar de não invadirem os tecidos adjacentes, é capaz de comprimir os órgãos e tecidos vizinhos. As neoplasias malignas ou tumores malignos manifestam em maior grau de independência e são capazes de acometer os tecidos vizinhos e ocasionar metástases, sendo capazes de resistentes ao tratamento e causar a morte do hospedeiro (INCA, 2008).

De modo geral, sabe-se que, se o câncer for detectado e tratado precocemente, maior será o efeito do tratamento, assim, maior a possibilidade de cura e melhor será a qualidade de vida do cliente. Algumas ações fazem parte da detecção precoce, onde nessa etapa do cuidado, o objetivo é detectar lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas quando ainda estão localizadas no órgão de origem e antes que invadam os tecidos circundantes ou outros órgãos (WHO, 2007).

O diagnóstico precoce é realizado com o intuito de descobrir o mais cedo possível uma doença por meio dos sintomas e/ou sinais clínicos que o cliente apresenta. A constante exposição aos fatores de risco é umas das situações que se deve estar atento na



suspeita de um câncer, principalmente quando o cliente convive rotineiramente com tais fatores. O Programa Nacional para o Controle do Câncer da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002) recomenda que todos os países promovam uma conscientização para os sinais de alerta que alguns tipos de cânceres são capazes de apresentar.

O rastreamento (screening) é o exame ofertado para pessoas saudáveis aquelas que não tem sintomas de doenças com o objetivo de selecionar aquelas com maior probabilidade de ter uma patologia por apresentarem alteração no exame ou suspeitos e que, portanto, devem ser encaminhadas para centros especializados para investigação diagnóstica (INCA, 2019).

O tratamento deve ser ofertado para os clientes com câncer baseados nas metas do tratamento para cada tipo de câncer específico e depende da classificação do estadiamento, visto que, em muitos casos, faz-se necessário combinar mais de uma modalidade terapêutica, dentre elas cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia. As opções de tratamento irão depender do tipo de câncer, do estágio da doença, idade do paciente e seu estado geral de saúde, sendo de suma relevância que o cliente discuta suas opções com a equipe multiprofissional (CRIO, 2016). O tratamento pode incluir erradicação completa da neoplasia maligna (cura), sobrevida prolongada e redução do crescimento das células (controle), ou abrandamento dos sintomas associados à doença (paliativo) (SMELTZER; BRUNNER, 2009).

Segundos alguns estudos publicados, existem métodos de tratamentos curativos para um terço dos casos de câncer, principalmente para os cânceres de mama, colo do útero, cavidade oral e cólon, quando detectados precocemente e tratados de acordo com as melhores condições do centro de referência (BRASIL, 2016).

Segundo o Centro de Combate ao Câncer (2016), as opções mais efetivas de um tratamento para o câncer surgem da “medicina baseada em evidências”, sendo que o tratamento oncológico é individualizado. Desta forma, observar as necessidades e possibilidades terapêuticas de cada cliente que pode ter finalidade curativa ou paliativa.

Sobre, cirurgia SMELTZER; BARE (2009) pontua que constitui o método mais frequente utilizado, que consiste na remoção do tumor através do método cirúrgico, podendo este procedimento estar associado a outras formas de tratamento do tumor,



quimioterapia e/ou radioterapia. Conforme a classificação do câncer no estadiamento pode-se ou não remover cirurgicamente todas as células tumorais, isto porque quando se trata de tumores em estágio avançado, ela muitas vezes somente é utilizada para reduzir o tamanho da massa tumoral promovendo apenas qualidade de vida para o cliente, assim tentando aliviar as complicações da doença, uma vez que a remoção total em estágios avançados nem sempre é possível.

A equipe de enfermagem está presente em todas as etapas desse método, tem a atribuição de avaliar o paciente por meio de uma anamnese pré-operatória, exame físico e emocional, história clínica, buscando a identificação dos problemas genéticos ou alergias que possam interferir no resultado da cirurgia. Além disso, tem que garantir que os exames obrigatórios foram ou serão feitos; promover ou proporcionar as orientações sobre a recuperação, cuidados pós-operatórios, assistência nas intervenções destinadas à prevenção ou no tratamento de complicações. A prevenção destas promove rápida recuperação, poupa tempo, reduz gastos, preocupações, ameniza a dor e aumenta a sobrevida (SMELTZER; BARE, 2009).

A quimioterapia é um tipo de tratamento que usa medicamentos específicos como os agentes antineoplásicos para uma tentativa de destruição das células cancerosas. Como atuam em diversas etapas do metabolismo celular, as medicações alcançam as células malignas em qualquer parte do organismo com o objetivo de diminuir ou cessar a atividade do tumor. A cada exposição do tumor a um agente quimioterápico, há a destruição de células tumorais, alternando de 20 a 99%, dependendo da dosagem. Doses repetidas de quimioterapia são imprescindíveis durante um período prolongado a fim de ser alcançada regressão do tumor. A possibilidade de cura do tumor de 100% é praticamente improvável, e ao invés disso, a meta do tratamento constitui na eliminação de uma quantidade suficiente, de modo que as células tumorais que restaram no organismo consigam ser destruídas pelo sistema imune do corpo (SMELTZER; BARE, 2009).

Os agentes quimioterápicos são definidos pelo médico oncologista e podem ser administrados no hospital durante a internação, ambulatório, ambiente domiciliar pelas vias oral, intravenosa e tópicas. A via de administração depende do tipo de agente, da



dose necessária, e do tipo de localização e extensão do tumor que está sendo tratado. O tratamento quimioterápico pode ser realizado com um único medicamento ou através da combinação de vários deles (mistura de drogas e doses), por via intravenosa (na veia ou por cateteres) ou via oral (comprimidos ou cápsulas) (CRIO, 2016).

A radioterapia é um método aplicado para destruir células tumorais, empregando feixe de radiações ionizantes. A radiação é aplicada, em um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, objetivando erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais vizinhas, à custa das quais se fará a regeneração da área irradiada. Além disso, pode ser aplicada para controlar a doença quando o tumor não pode ser removido por método cirúrgico ou quando a metástase para linfonodos locais ou pode ser usada como método neoadjuvante (SMELTZER; BARE, 2009).

De acordo com o Centro de Combate ao Câncer (2016), a maior parte dos clientes com essa neoplasia são tratados com radioterapia é um método que tem resultados positivos. Ela pode ser usada em associação com a quimioterapia, em alguns casos, tendo em vista que cada pessoa reage de forma diferente esse método terapêutico, além disso podendo da área a ser tratada pode surgir alguns efeitos colaterais comuns à radioterapia.

Cuidados Paliativos, segundo a OMS (2014), consistem em uma assistência para melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, em face aos problemas associados às doenças com risco de vida, pelo meio da prevenção de amenizar a dor e sofrimento, da identificação precoce, da avaliação e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Quando não há possibilidade de cura, o propósito do tratamento é fazer com que o cliente fique o mais confortável, promovendo uma vida satisfatória e produtiva enquanto for possível. A cirurgia paliativa é realizada como uma tentativa de aliviar as complicações do câncer, como as ulcerações, obstruções, hemorragia e dor. A comunicação honesta e informativa é essencial com cliente e família é fundamental para evitar a falsa esperança e o desapontamento (SMELTZER; BARE, 2009).

Os cuidados paliativos podem ser iniciados quando profissionais da equipe multidisciplinar em saúde estabeleçam o diagnóstico final da doença sem uma



possibilidade de cura do paciente, observando o curso da doença, regredindo a terapêutica curativista e iniciando a terapêutica paliativa, sendo que nos momentos finais da vida, assumirá o espaço significativo no cuidado à família, até o momento da morte (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013).

O cliente e a família devem ter uma boa compreensão das opções de metas e tratamentos ofertados, assim a equipe de cuidados à saúde deve comunicar ao cliente. A comunicação aberta e o apoio são essenciais quando o cliente e a família reavaliam regulamenta os planos e metas do tratamento; quanto às intercorrências da terapia ou regressão da doença (SANTOS et al., 2015).

INCIDÊNCIA

O câncer é uma patologia que está entre as principais causas de morte precoce na maior parte dos países, constituindo-se um problema de Saúde Pública em todo o mundo. Essa neoplasia vem crescendo no mundo, a incidência e a mortalidade em decorrência do envelhecimento da população, pelo crescimento e desenvolvimento populacional, como também pelas mudanças na distribuição e na prevalência dos fatores de risco de câncer, estão associadas basicamente ao desenvolvimento socioeconômico com a inserção de hábitos alimentares inadequados rotineiramente, sedentarismo e atitudes associados à urbanização entre outros (BRAY et al., 2018).

Conforme dados do INCA (2019), em 2018, houve no mundo 18 milhões de casos novos de câncer e 9,6 milhões de óbitos. Destacam-se os tipos de cânceres mais incidentes no mundo, e estes são câncer de pulmão (2,1 milhões), posteriormente vem o câncer de mama (2,1 milhões), cólon e reto (1,8 milhão) e próstata (1,3 milhão). A incidência no sexo masculino é (9,5 milhões) representa 53% dos casos novos, sendo um pouco mais elevado no sexo feminino com 8,6 milhões (47%) de casos novos.

No Brasil, ainda segundo Instituto Nacional de Câncer (INCA) (2019), a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 mostra que ocorrerão 625 mil novos casos de câncer (450 mil, excluindo os casos de câncer de pele não melanoma) e o câncer de pele não melanoma será o mais incidente (177 mil), posteriormente seguido pelos



cânceres de mama e próstata (66 mil cada), cólon e reto (41 mil), pulmão (30 mil) e estômago (21 mil).

Além disso, evidencia-se que os tipos de câncer mais comumente encontrados em homens são os de próstata (29,2%), cólon e reto (9,1%), pulmão (7,9%), estômago (5,9%) e cavidade oral (5,0%). Em mulheres, os mais frequentes são o de mama (29,7%), cólon e reto (9,2%), colo do útero (7,4%), pulmão (5,6%) e tireóide (5,4%) figuraram entre os principais. O câncer de pele não melanoma representará 27,1% de todos os casos de câncer em homens e 29,5% em mulheres (INCA, 2019).

A estimativa apresentada para o Brasil reflete o perfil semelhante ao de países desenvolvidos, entretanto, ainda convive com altas taxas de cânceres, associados a infecções, que são característicos de países em desenvolvimento. Esse perfil é reflexo das desigualdades regionais tão peculiares ao Brasil, que vão desde as diferenças na expectativa de vida, condições socioeconômicas, até o acesso aos serviços de saúde para diagnóstico oportuno e tratamento adequado (FERLAY, 2012).

Em relação a incidência de distribuição geográfica por Região, a Região Sudeste detém uma concentração de 60% da incidência, posteriormente, as Regiões Nordeste com (27,8%) e Sul (23,4%). Existe, porém, uma grande alteração na distribuição e nos tipos de câncer entre as diferentes regiões do país. O padrão da incidência nas Regiões Sul e Sudeste, aponta que é mais prevalente os cânceres de próstata e mama feminina, assim como o de pulmão e de intestino.

Apesar de apresentar uma semelhança, a Região Centro-Oeste possui no seu perfil o câncer do colo do útero e o de estômago entre os mais prevalentes. A incidência de câncer do colo do útero e de estômago tem um grande impacto nas Regiões Norte e Nordeste, porém os principais tipos de cânceres nessa população são o de próstata, no sexo masculino e no sexo feminino, o de mama. Ademais, a Região Norte é a única região do país onde o índice de câncer de mama e colo útero se equivalem (INCA, 2020).

A elevação das taxas de incidência das neoplasias no país pode ser justificada pelo avanço e aumento da qualidade dos métodos diagnósticos e informações advindas dos Sistemas de Informação. Neste sentido, há cada vez mais uma procura dos serviços de saúde e profissionais que supram essa crescente demanda (BRAY et al., 2018).



ESTADO EMOCIONAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA ONCOLOGIA

É de extrema importância a assistência de enfermagem especializada no cuidado do cliente portador de neoplasias para contribuição nos aspectos biopsicossociais, espirituais e físicos. A execução dos cuidados ao cliente com câncer exige do enfermeiro a pluralidade de conhecimento técnico-científico e flexibilidade na atuação e, quando estão relacionados a uma boa sistematização da assistência de enfermagem, as ações ao paciente são determinantes para uma gerência de boa qualificação (GUIMARÃES et al., 2015).

Assim, a assistência e os cuidados desempenhados pelo enfermeiro constituem um conjunto de esforços direcionados ao auxílio do ser humano, onde o profissional de enfermagem, além da ação terapêutica propriamente dita, oferta o suporte aos pacientes oncológicos para o enfrentamento da doença na qual requer um tratamento prolongado, sendo passível de efeitos adversos. Cabe à equipe de enfermagem ainda fornecer orientações em relação às medidas preventivas e a identificar precocemente os efeitos colaterais do tratamento com propósito de minimizá-los (FRIGATO; HOGA, 2009).

A enfermagem não é apenas um apêndice na estrutura hospitalar, ela representa mais da metade do contingente de pessoal da instituição, por meio destes tornando-se de suma importância o seu trabalho no tratamento e no cuidado do doente. O ser humano tem o cuidar como algo exclusivo, afirma que o conhecimento técnico-científico não é suficiente, é preciso compreender e compartilhar a vivência do outro. Dessa forma, os profissionais de enfermagem, ao se colocarem no lugar do outro, podem prestar informações claras, amenizar a angústia, tristeza e o medo de seus clientes. Por se tratar de uma doença onde o portador torna-se um alvo de pena, o câncer desperta sentimento de frustração, raiva, vergonha, ansiedade, pesar, incerteza, medo e a expectativa da morte no paciente (AURELIANO, 2010).

Nesse sentido, evidencia-se que é de suma relevância o enfermeiro, como membro da equipe multidisciplinar na assistência e cuidados paliativos, desenvolver uma visão holística, com assistência biopsicossocial e espiritual. Assim, o cuidado do enfermeiro deve oportunizar mecanismos para auxiliar o cliente e seus familiares a se adaptarem às mudanças de vida ocasionadas pelo câncer (SANTOS, 2008).



A rotina da equipe de enfermagem que atua na oncologia convive com elevados sobrecarregada e diversos acontecimentos onde os profissionais ficam suscetíveis a sofrerem comprometimento emocional, podendo ser ocasionados por inúmeros fatores como a longas jornadas de trabalho, sobrecarga de função, e, não raramente, experiência o sofrimento do outro, a dor e a morte, esses provocados por uma assistência contínua prestada ao paciente (SANTOS, 2015).

Nesse contexto, o profissional de enfermagem está envolvido diretamente no cuidado do paciente a partir da prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e cura, e sobretudo ao proporcionar assistência nos cuidados paliativos aos pacientes sem chances de cura em estado terminal. O convívio permite envolver-se na vida nos recursos terapêuticos dos pacientes oncológicos. Essa equipe de profissionais de saúde está sempre convivendo com esse processo de morte, em consequência levam os mesmos a vivenciarem dois tipos de sentimentos, os bons e os ruins, ambos vivenciados rotineiramente por eles diante dos cuidados oncológicos. Os próprios enfermeiros consideram alguns sentimentos como bons e outros ruins, os ruins são aqueles com sensação de angústia, tristeza, aflição, estresse e revolta pela incapacidade diante da doença, pois eles se sentem responsáveis por manter o paciente com autoconfiança, assim prestando cuidado para amenizar e melhorar os sofrimentos, a dor, desânimo, angústia e o processo de morte (MONTEIRO, 2014).

Estudos revelam que, na atualidade, existem dados suficientes que indicam a necessidade de uma dedicação especial para a atenção à saúde da equipe de enfermagem, em especial a saúde mental desses profissionais, pois as situações de estresse vividas por estes profissionais podem causar, por exemplo, Síndrome de Burnout. Esta é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas de exaustão física, psíquica e emocional, em consequência da má adaptação do sujeito a um trabalho prolongado de frustração em relação a si e ao trabalho.

Estudos vêm revelando que o profissional de enfermagem vem apontando um aumento nos níveis de distúrbios emocionais mais do que os demais profissionais de nível superior. Além disso, o sofrimento psíquico inerente ao trabalho no âmbito hospitalar é comum para todos esses profissionais. Isto implica em fatores como incerteza, tensão no



trabalho por conta da importância de lidar com riscos, a preocupação quanto à execução dos procedimentos, lembrando que o mínimo erro pode ser mortal, o que proporciona sofrimento ao enfermeiro (SILVA, 2010).

Nesse sentido, os profissionais de enfermagem têm maiores impasses em conviver com pacientes com câncer infantil, ainda mais quando envolve situações de terminalidade. Por estar diante de uma criança sem uma possibilidade de êxito no seu tratamento seu trabalho é muito mais difícil e as emoções vivenciadas por eles, nesse caso, são mais intensas, pois é bem maior esse envolvimento com pacientes pediátricos. Além disso, esses pacientes são os que mais precisam de atenção, cuidados, acompanhamento e assistência por parte de todos os profissionais, o que é de suma relevância a criação de estratégias para que a criança compreenda a sua patologia e seus métodos terapêuticos, assim contribuindo para diminuição da ansiedade e tristeza, proporcionando uma maior aceitação fácil e positiva. Assim, gera um sentimento de incapacidade e impotência por parte da equipe. Isto ocorre, na maior parte das vezes, por acreditar que a morte nesse caso é vista como inoportuna e prematura, tendo em vista que a criança ainda está começando uma vida e terá seu ciclo de crescimento e evolução estão sendo interrompido inevitavelmente (FRANÇA, 2013).

Nesse contexto, alguns profissionais da equipe de saúde usam de estratégias e mecanismos de defesa para impossibilitar que seus sentimentos e emoções não prejudiquem a prestação de cuidado e assistência integral ao paciente. Assim, a equipe utiliza mecanismo de negação, buscando sempre esquecer que o paciente possui a patologia e outros, tentam administrar e conviver com os sentimentos criados durante toda convivência na assistência prestando excesso de envolvimento que possa vir prejudicar seu lado profissional, sem ser desumano (LIMA et al, 2014).

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura caracterizada em uma busca de pesquisas relevantes sobre um determinado assunto, que possibilita identificar lacunas que podem ser preenchidas com a realização de outros estudos. Este desenho de pesquisa possibilita uma avaliação crítica e a síntese de evidências disponíveis sobre o tema



investigado em seu produto, proporcionando uma organização do estado atual do conhecimento e reflexões para a implementação de novas intervenções (MOWBRAY, WILKINSON, 2015).

A revisão integrativa obedeceu às seguintes fases: a) identificação do tema e formulação da questão da pesquisa; b) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos para amostragem; c) coleta dos dados que serão extraídos dos estudos; d) análise crítica dos estudos selecionados; e) interpretação dos resultados; f) apresentação da síntese estabelecida e revisão dos conteúdos (MENDES et al., 2008).

Inicialmente, para a elaboração desta revisão integrativa identificou-se o tema e elaborou-se a pergunta central. A questão norteadora definida foi: Os enfermeiros que prestam assistência paliativa aos pacientes oncológicos são acometidos por abalos psicológicos?

A busca na literatura foi realizada nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Acadêmico. Para a seleção dos artigos foram considerados os seguintes descritores em saúde (decs.bvs.br) combinados com operadores booleanos: Enfermagem Oncológica, Sentimento, Afetividade. A análise foi realizada em três etapas, a primeira fase foi a pré-análise que consiste na escolha dos artigos que foram analisados; retomada das hipóteses e dos objetivos incluídos inicialmente, e posteriormente a reformulação frente ao material coletado para que pudessem ser elaborados os indicadores que orientem a interpretação final. Fez-se a análise temática tradicional que trabalhou essa fase primeira com o recorte do texto, podendo ser uma palavra, uma frase ou um tema, como foi determinada na pré-análise. E por fim o tratamento dos resultados obtidos e interpretação que permitiu colocar em relevo as informações obtidas.

Os critérios de inclusão para a pesquisa foram os artigos com estudos que respondem à questão norteadora, publicados no período de dezembro de 2010 a janeiro de 2020; na língua portuguesa; disponibilizado na íntegra (em texto completo e acesso livre) e que forneciam informações sobre a temática.

A seleção ocorreu por meio de leitura de títulos, resumos e, quando necessária, a leitura íntegra dos textos como forma de selecioná-los de acordo com os critérios de



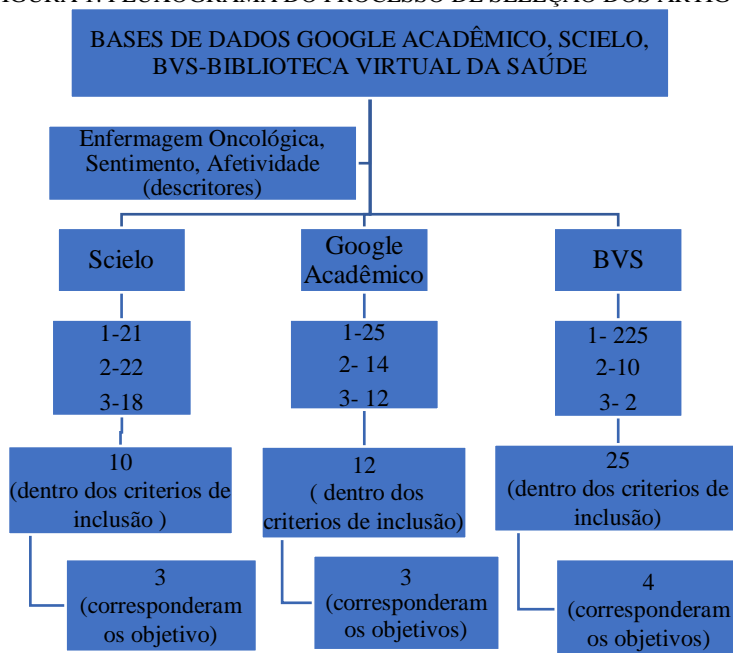
inclusão e exclusão. Depois das buscas, foi contabilizado um número de 349 artigos de acordo com os descritores utilizados e após a clivagem excluíram-se 302 trabalhos, a amostra final ficou constituída por 10 artigos, utilizados para embasar o trabalho. Durante esta fase, a pesquisadora avaliou os artigos completos de forma crítica e independente e fizeram as devidas seleções.

No processo de análise foram coletados dados referentes ao periódico (título, ano de publicação), aos autores (nomes completos) e ao estudo (objetivo, vinculação acadêmica, referencial teórico, tipo de estudo, aspectos metodológicos, resultados e recomendações).

A interpretação dos dados foi fundamentada nos resultados da avaliação criteriosa dos artigos selecionados. Foi realizada a comparação com o conhecimento teórico, identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa.

Para minimizar os riscos de vieses, a busca, a avaliação e a seleção dos estudos se deram pela revisora, e ao final foi realizada uma discussão para consenso dos artigos a serem incluídos na revisão.

FIGURA 1: FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS



Fonte: Elaborada pela pesquisadora, 2021



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1, estão representadas as informações gerais dos 10 artigos, segundo periódico, ano/país, título, autor, tipo de estudo, objetivos, resultados e conclusão que foram incluídos nesta revisão integrativa. Foram interpretados e sintetizados todos os resultados, através de uma comparação dos dados evidenciados na análise dos artigos.

Tabela 1 - Descrição dos artigos de acordo com periódico, ano, país, título, autoria, tipo de estudo, objetivo, resultados e conclusão. Caxias- MA, 2021.

Autores / Ano	Título	Periódico/ Base de dados	Tipo de estudo	Objetivos	Resultados
1. CERQUEIRA, Thainá Malher (2018)	Envolviment o emocional na assistência de enfermagem a pacientes oncológicos	Agosto de 2017 a setembro de 2018. SciELO	Trata-se de uma revisão de literatura de caráter exploratório	Descrever as características do envolvimento emocional do enfermeiro na assistência ao paciente oncológico.	Quando se desenvolve proximidade com o paciente e sua família, a frustração de ter que lidar com a morte deste paciente cujo qual o profissional acompanhou o processo de tratamento gera uma série de desconfortos que podem levar o profissional à depressão. Lidar com a dor, sofrimento e morte requer preparo psicológico, mas alguns profissionais muitas vezes estão fragilizados até mesmo por outros problemas pessoais de origem fora do ambiente profissional, acabando assim por sucumbirem a níveis depressivos pelo excesso de carga emocional.
2. KOLHSA Marta <i>et al</i> (2016).	Sentimentos de Enfermeiros Frente ao Paciente Oncológico	Janeiro a março de 2012 Google acadêmico	Descritivo exploratório com abordagem qualitativa	Conhecer quais são os sentimentos dos Enfermeiros frente ao paciente oncológico durante o tratamento e ou hospitalização	Todos os profissionais de enfermagem pesquisados citaram de uma ou outra forma o desgaste emocional, quando no desenvolvimento das atividades nos setores que assiste aos pacientes oncológicos. Nas respostas dos



					pesquisados foram identificados sentimentos de carinho, de amizade, de satisfação e de gratidão, os quais foram identificados como “sentimentos bons”.
3. SALIMENA Anna Maria de Salimena <i>et al</i> (2013).	O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico	Janeiro a março de 2013 Biblioteca virtual da saúde (BVS)	Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa	Conhecer as percepções e sentimentos de enfermeiros de um hospital oncológico de referência em diagnóstico e tratamento de pacientes com câncer.	A equipe de enfermagem que assiste o paciente oncológico convive com sentimentos diversos, desde o sofrimento até a satisfação profissional. O retorno para um novo tratamento, a impossibilidade da cura, o sofrimento dos pacientes e familiares desestruturaram os enfermeiros emocionalmente.
4. OLIVEIRA Márcia Cristina Lucas De; FIRMES Maria Da Penha Rodrigues Firmes (2012).	Sentimentos dos profissionais de enfermagem em relação ao paciente oncológico	Janeiro a março de 2012 SciELO	Trata-se de uma pesquisa descritiva qualitativa	Identificar os sentimentos da equipe de enfermagem de uma unidade de internação diante da situação de cuidar da criança e do adolescente hospitalizados com câncer e verificar quais são os mecanismos de defesa para o não envolvimento emocional com o paciente oncológico.	Com base nas análises dos depoimentos, foi possível perceber que as participantes vivenciam sentimentos de tristeza diante da criança e adolescente oncológicos e que, muitas vezes, a equipe de enfermagem utiliza como estratégia de enfrentamento o distanciando e a naturalização dos fatos.
5. TEIXEIRA Fabiana Bacellos (2016).	O enfrentamento emocional de enfermeiros cuidadores	Agosto a dezembro de 2006 BVS	Estudo descritivo exploratório com delineamento qualitativo	Compreender o enfrentamento emocional de enfermeiros cuidadores de	Dentre as inúmeras emoções citadas pelos enfermeiros, as de maior frequência foram pena, compaixão, compadecimento,



	de pacientes oncológicos			pacientes oncológicos	ansiedade, angústia, e o sofrimento. As constantes situações de vida e morte atingem os profissionais envolvidos no cuidado despertando nos mesmos tais sentimentos.
6. SILVA Bruno Max De Lima (2010).	A concepção de sofrimento para o enfermeiro no cuidado à criança com câncer e os sentimentos envolvidos na relação	Junho a dezembro de 2010 Scielo	Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo descritiva e exploratória com abordagem qualitativa	Identificar na literatura científica artigos que abordam a concepção da enfermagem no cuidado a criança com câncer e o sofrimento gerado nesse processo; descrever a relação do cuidado de enfermagem e câncer infantil sob a ótica da produção científica e analisar na produção científica o sofrimento da enfermagem no cuidado a criança com câncer.	Os resultados apontam que a relação da criança com câncer infantil e o cuidado de enfermagem estabelece um vínculo afetivo forte e desgastante, despertando sentimentos de pesar, tristeza, culpa, raiva, e até depressão pelo estado da criança. O tratamento requer internações prolongadas gerando aproximação com a criança e também com família, exigindo da enfermagem um esforço maior para questões físicas e psicossociais.
7. LUZ Kely Regina da <i>et al</i> (2016).	Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade	Janeiro a fevereiro de 2016. Google acadêmico	Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa	Identificar as estratégias de enfrentamento dos enfermeiros de serviços de oncologia, na alta complexidade hospitalar, diante do cuidado à pessoa com câncer.	Emergiram três categorias que evidenciam estratégias como a negação e a resignação no cuidado, a busca de apoio na equipe de saúde e na pluralidade e multiplicidade de olhares sobre o cuidar, incluindo o paciente e sua família e a busca de aperfeiçoamento pessoal e profissional.



8. BESERRA Jessica Helaine Gomes Nascimento; AGUIAR Ricardo Saraiva (2020).	Sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem perante o tratamento de pacientes com câncer	Janeiro a março de 2012 Biblioteca virtual da saúde (BVS)	Trata-se de uma revisão integrativa da Literatura.	Compreender os sentimentos vivenciados por enfermeiros envolvidos diretamente no tratamento de pacientes com câncer.	Ao participar rotineiramente da vida e tratamento dos pacientes oncológicos, esses profissionais estão sempre presenciando o processo de morte e morrer, o que consequentemente predispõe os mesmos a vivenciarem dois tipos de sentimentos, os bons e os ruins, ambos vivenciados diariamente por eles diante da assistência oncológica. Sentimentos de angústia, tristeza, ansiedade, estresse e revolta pela impotência diante da doença, são considerados pelos próprios enfermeiros como um sentimento ruim, pois os mesmos se sentem responsáveis por manter a instabilidade do paciente, cuidando para aliviar e melhorar os sofrimentos, a dor, e o processo de morte.
9. SANTOS Larissa Suelem Batista dos <i>et al</i> (2017).	Percepções e reações emocionais dos profissionais da enfermagem que assistem crianças com câncer	Abril a junho de 2017. Biblioteca virtual da saúde (BVS)	Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa.	Analisar a percepção e as reações emocionais dos profissionais da Enfermagem que assistem as crianças com câncer.	A partir da análise das entrevistas, emergiram quatro categorias: A fragilidade da criança e o sofrimento diante da doença; A influência da idade na forma de vivenciar o câncer; O papel da Enfermagem diante da percepção sobre a criança com câncer; Reações emocionais diante da assistência de Enfermagem à criança com câncer.
10. ROSA Danielle de Souza Santa;	O enfrentamento emocional do	Julho de 2013 a março de 2014.	Trata-se de uma revisão bibliográfica, descritiva,	Compreender os sentimentos dos profissionais de enfermagem	Após a revisão, observamos que alguns profissionais de enfermagem não estão



COUTO Selma Aleluia (2015).	profissional de enfermagem na assistência ao paciente no processo da terminalidad e da vida	Google acadêmico	de natureza qualitativa	frente ao paciente enfermo no processo da terminalidade da vida	preparados emocionalmente para lidar com o paciente morrente, tal despreparo reflete na assistência prestada, de forma que este profissional na maioria das vezes assume uma postura de afastamento do paciente e família.
-----------------------------	---	------------------	-------------------------	---	--

Fonte: Elaborada pela pesquisadora, 2021

Da leitura e análise descritivas das publicações, ascenderam três núcleos temáticos para a discussão dos resultados : núcleo 1: Sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem perante o tratamento dos clientes com neoplasias; núcleo 2: Sugestões para o enfrentamento emocional da equipe de enfermagem; núcleo 3: Importância da equipe de enfermagem no tratamento de clientes com neoplasias.

NÚCLEO 1: SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM PERANTE O TRATAMENTO DOS CLIENTES COM NEOPLASIAS.

A rotina hospitalar dos profissionais da enfermagem em uma unidade oncológica é intensa e cheia de situações em que eles ficam vulneráveis a sofrerem estresse emocional, podendo ser ocasionados por inúmeras causas, como problemas com a equipe de trabalho, a sobrecarga de trabalho, insatisfação profissional e sentimentos gerados pela assistência prestada (SANTOS, 2015).

De acordo com Alencar (2017), o elevado nível de estresse nos profissionais irá depender, não somente da idade, mas também do tempo de profissão, considerando que quanto mais velho e maior for o período de atuação na área, menor é o nível de estresse vivido por esse profissional da equipe. Alguns estudos comprovam que, quanto maior o período de formação acadêmica e atuação, mais o profissional tem capacidade de gerenciar as emoções e sentimentos vivenciados diante dos cuidados de pacientes com câncer, visto que, com o tempo esse profissional vai formando estratégias, criando experiências e conhecimentos que contribuirão para obter mais ganho de habilidades, experiência, e segurança para a tomada de decisões frente ao cenários de estresse



ocasionado, reduzindo assim as consequências provocadas por ele, tornando melhor a qualidade da assistência realizada na vida do paciente.

Diante desse contexto, o profissional de enfermagem está envolvido diretamente em diferentes estágios do cuidado do cliente - na prevenção, diagnóstico, tratamento, e principalmente, na promoção dos cuidados paliativos sem possibilidade de cura (FRANÇA, 2013).

Monteiro (2014) ressalta que, quanto mais o profissional participar rotineiramente da vida e tratamento dos pacientes oncológicos, mais esses profissionais estarão presenciando o processo de morte e morrer, o que, consequentemente, predispõe os mesmos a vivenciarem dois tipos de sentimentos, os bons e os ruins, ambos vivenciados diariamente por eles diante da assistência oncológica. Sentimentos de angústia, tristeza, ansiedade, estresse e revolta pela impotência diante da doença são considerados, pelos próprios profissionais de enfermagem, como sentimento negativos, pois os mesmos se sentem responsáveis por manterem a estabilidade do cliente, cuidando para aliviar e melhorar os sofrimentos, a dor, e o processo de morte.

De acordo com Kluser (2011), na maioria das vezes, o estresse ocorre em decorrência do acúmulo de trabalho, pois um grande número de profissionais de enfermagem trabalha em mais de um local, ou fazem turnos de trabalho dobrado para poderem complementar a renda, com isso não descansam de forma adequada nem tão pouco suficiente para se manterem livres dos altos níveis de stress.

Para Taylor (2000), o sentimento de ansiedade é, ao mesmo tempo, uma adaptação a um estressor. Realiza a função de adaptação como resposta a um desequilíbrio do sistema e, primeiramente diminui o nível de tensão, encobrindo a origem do estressor. A longo prazo a ansiedade é denominada como um mecanismo de adaptação ineficaz, porque impede que o sistema direcione e lide diretamente com a fonte de tensão. Assim, o profissional com sobrecarga emocional tem alguns sinais característicos de exaustão, indisposição para ir trabalhar, sentimento constante de fadiga podendo afetar o estado físico e o emocional desse profissional tendo um resultado gradativo de redução da capacidade produtiva no ambiente de trabalho, gerando uma insatisfação junto com um sentimento de incompetência que reflete na baixa autoestima, desânimo, e insucesso



profissional. Muitas vezes, esse profissional se torna propenso a deixar a ocupação no setor, o que predispõe ao aumento no rodízio no ramo oncológico da unidade hospitalar (NOVELINO; FINELLI, 2014).

No entanto, uma manifestação de sentimentos bons como de carinho, afeto, prazer, gratidão e reconhecimento faz com que o profissional tenha sensação de dever realizado, tornando o trabalho gratificante diante dos pacientes que precisam de uma atenção especial em que o cuidador e o acompanhamento são essenciais para a recuperação da saúde. Analisar que tudo o que foi executado no cuidado e assistência valeu a pena e o paciente teve o melhor cuidado possível traz sentimentos de satisfação e ânimo, fazendo com que esse profissional se sinta útil e valorizado cada vez mais em sua profissão (KOLHS *et al.*, 2016).

Ainda segundo Kolhos *et al* (2016), o profissional que se encontra frente a um paciente sem possibilidade de cura, com desesperança nos seus métodos terapêuticos disponíveis e com expectativa de morte encontra dificuldades de enfrentamento por parte da equipe, o que pode repercutir negativamente na qualidade dos cuidados e assistência prestada. No processo de morte e morte há um envolvimento de ambos os lados, pois estão diretamente ligados visto a longa estadia do paciente na unidade de terapia durante sua internação, o que ajuda na intensidade do sofrimento vivenciado. Portanto, a criação de um vínculo afetivo ocorre e se torna maior nessa convivência.

Algumas pesquisas evidenciam que, no setor de oncologia pediátrica, é inevitável o total envolvimento dos profissionais de enfermagem com paciente e sua família, mais especialmente com as mães, que nesse caso são consideradas a principal fonte de suporte da criança no decorrer do tratamento. Porém, pode-se considerar que, diante do tratamento oncológico infantil deve ser oferecido suporte não só aos pacientes mas também aos familiares que participam ativamente do tratamento. Mas quando se trata de crianças, o cuidado deve ser redobrado, pois na assistência deve existir carinho e mais sensibilidade bem como uma boa capacitação profissional. Se sentir confortável ao ofertar o sorriso no rosto de uma criança e ter esperança da possível cura diante do estado terminalidade demonstra o quanto o profissional da enfermagem tem dificuldades em



lidar com a aceitação da morte e a frustração de não exercer nenhum poder sobre ela (SILVA *et al.*, 2018).

Assim, para o profissional de enfermagem, independente do estágio da patologia, é necessário que crie um vínculo de confiança entre a equipe de enfermagem e a criança portadora de câncer, com isso, visando o aprimoramento e facilitando a assistência do cuidado. Desse modo, ajuda a diminuir os traumas e danos causados em decorrência da hospitalização. É imprescindível que o ambiente hospitalar seja alegre, aconchegante e descontraído, o que possibilita a redução do sofrimento por parte da criança e seus familiares (FLÓRIA *et al.*, 2013).

Portanto, no momento da assistência prestada pelo profissional de enfermagem, existe uma cobrança para que ele mantenha uma postura bastante firme e inúmeras vezes ele é impedido de demonstrar o seu real sentimento em relação ao seu trabalho com o cliente. Desta forma, existe a necessidade de compreender que os profissionais da equipe de enfermagem são seres humanos providos de sentimentos que vão além do desejo de aprimorar a assistência prestada. Compreender esse profissional significa dar voz a um sofrimento que, muitas vezes, é contido para manter o profissionalismo no ambiente de trabalho (SILVA *et al.*, 2018).

Para Souza e Silva (2007), os profissionais de enfermagem nem sempre estão suficientemente preparados para enfrentar o sofrimento de modo profissional, sem se identificarem negativamente com a dor e a angústia do paciente. Por isso, é fundamental que os membros da equipe de enfermagem se identifiquem positivamente com seu trabalho na assistência, enquanto seres humanos que desejam ajudar ao outro em seu processo terapêutico, independente se haverá cura ou não.

Por tanto, é de suma importância que esses profissionais sejam capacitados, que tenham uma educação continuada em oncologia. Dessa forma a assistência prestada será de qualidade, pois profissionais desmotivados, sobrecarregados e com risco de abandono ao trabalho geram impactos negativos para a oncologia, assim reduzindo a qualidade da assistência humanizada, além de prejudicar a saúde física e mental desses enfermeiros.



NÚCLEO 2: SUGESTÕES PARA O ENFRENTAMENTO EMOCIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

No contexto hospitalar, a equipe de enfermagem assume grandes responsabilidades frente a esses pacientes, tendo como competência prestar assistência na avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares. Ainda deve lidar permanentemente com situações de sofrimento e morte, que são exacerbadas pelas características da demanda e do ambiente de trabalho. Esse contexto exige dos enfermeiros uma assistência com primazia na avaliação integral do paciente e sua família, extrapolando os limites da própria doença (FURTADO *et al.*, 2009).

A rotina de trabalho da enfermagem não leva em conta os problemas que os profissionais enfrentam em seu cotidiano, tanto dentro quanto fora do trabalho. Espera-se que os enfermeiros jamais expressem ao paciente suas dificuldades e que possam transmitir-lhe apenas tranquilidade (AMADOR *et al.*, 2011).

A equipe de enfermagem recebe diretamente uma bagagem muito grande de estresse, trabalha diretamente com a realização de tarefas repugnantes, sofrimento das pessoas, incertezas de cura e perspectivas da morte são algumas situações causadoras desse estresse (FERREIRA, 1996). Diante disso, faz-se necessário a obtenção de válvulas de escape para dispensar tamanha carga emocional.

Conforme Ferreira (1996), os profissionais de enfermagem incorporam ao seu ambiente de trabalho na oncologia inúmeros mecanismos de defesa para controlar suas emoções, objetivando a diminuição da ansiedade para proporcionar uma boa assistência aos pacientes. Entretanto, em determinadas situações, como todo ser humano, as vezes falham no autocontrole, e isso remete constantemente a buscar um adequado manejo emocional. Dessa forma, é fundamental que exista uma educação continuada para se especializar nos conhecimentos e habilidades de maneira que permita ao enfermeiro cuidar do cliente com neoplasia e sua família com segurança e eficiência (SILVA; ZAGO, 2001).

Há uma dificuldade em prestar uma assistência das pessoas com câncer quando surge a necessidade de criar/desenvolver estratégias de enfrentamento, considerando os aspectos éticos envolvidos nas diferentes situações e relações no contexto do cuidado,



enfrentamento este que pode ser definido como um conjunto de respostas comportamentais que o indivíduo emite, diante de uma situação de estresse, para modificar o ambiente na tentativa de adaptar-se da melhor forma possível, ao evento estressor, de maneira a reduzir ou minimizar seu caráter aversivo (FURTADO *et al.*, 2009).

Além disso, pesquisas mostram evidências de que a equipe de enfermagem utiliza outros mecanismos de enfrentamento para conviver com o sofrimento: distanciam-se dos pacientes e evitam o envolvimento, o que representa a incapacidade de lidar com a carga emocional resultante desse convívio diário. Por outro lado, a satisfação em promover o alívio do sofrimento do outro pode traduzir a reposição de energias, o bem-estar e a amenização da dor, permitindo novos enfrentamentos e melhor desempenho no seu trabalho. A valorização e a dedicação ao trabalho, quando reconhecidas, geram uma satisfação na equipe de enfermagem, pois esta se sente valorizada (VILLERS; DE VON, 2015).

Para Rosa e Couto (2015), o profissional de enfermagem para enfrentar todo o processo de morte e morte, adquire uma postura que, diversas vezes, é vista pelo cliente e família como insensível e fria. E essa postura, nada mais é do que uma estratégia de defesa ou fuga para se manter afastado, evitando um sofrimento futuro. Em contrapartida, alguns profissionais procuram o entendimento para compreender e aceitar a morte. Diante disso, o processo de lidar com o cliente terminal se torna menos penoso e árduo. Assim, esse distanciamento é rompido e os cuidados prestados deixam de ser tecnicistas, e passam a ter mais atenção, afeto, um olhar e um toque carinhoso, saber ouvir e respeitar os desejos do cliente.

É de grande relevância que as instituições hospitalares criem grupos multidisciplinares para discutirem e debaterem sobre a morte e todo o seu processo, permitindo aos profissionais da enfermagem e aos membros da equipe de saúde exporem suas dificuldades, sentimentos, dúvidas e experiências que vivenciam ao lidar com o paciente terminal. Desta forma, busca-se que os trabalhadores da enfermagem tenham um entendimento e uma compressão a respeito da morte, reduzindo e minimizando as



angústias e desgastes emocional/psicológico, favorecendo uma melhoria na qualidade da assistência prestada (ROSA; COUTO, 2015).

Diante dessas reações emocionais, os profissionais da saúde se afastam da relação com o paciente, como forma de se protegerem e de evitarem o sofrimento. Assim, é dada uma maior ênfase aos procedimentos técnicos que não necessitam de envolvimento afetivo. E, quando o paciente é uma criança, o distanciamento é ainda maior, pois o envolvimento com a criança e sua família é mais forte, somado ao medo de que este vínculo possa ser interrompido pelo falecimento da criança. Todavia, não se busca diminuir a importância dos procedimentos técnicos, mas, sim, enfatizar que estes devem estar vinculados ao cuidado emocional, buscando um bem-estar físico e psicoespiritual (LIMA; SANTOS, 2014).

NÚCLEO 3: IMPORTÂNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE CLIENTES COM NEOPLASIAS

O profissional de enfermagem é o primeiro que entra diretamente em contato com o paciente portador de câncer. Na Estratégia e Saúde da Família (ESF), a equipe tem a missão da detecção precoce da doença através da consulta de enfermagem, ferramenta extremamente relevante para conhecer se existe histórico familiar, algum sintoma, possibilidade de realização de um exame de rotina e prevenção (SALIMENA *et al.*, 2013).

Assim, é de suma importância a participação da equipe de enfermagem nos cuidados e tratamentos oncológicos, pois são habilitados para oferecer uma assistência mais humanizada, assumindo um papel de conselheiro, escutando com empatia, e com a responsabilidade de estar ao lado dos pacientes em qualquer circunstância, abordando um cuidado em oncologia de forma holística e multidisciplinar (MONTEIRO *et al.*, 2014).

Além disso, para o profissional especialista no ato de cuidar é essencial que ele esteja presente no tratamento do cliente com câncer, pois envolve o ser humano como um todo. Os enfermeiros são especializados nesse cuidado; são capacitados para buscarem cada vez mais um cuidado holístico visando o bem-estar do paciente e seu familiar, baseado numa atenção mais humanizada (SANTOS, 2015).



Dessa maneira, ter um profissional da equipe que tenha empatia, e que, esteja disposto a ouvir e falar já faz toda a diferença na vida do paciente e sua família trazendo benefícios ao tratamento, considerando que o câncer tem o poder de desestruturar e abalar o psicológico de suas vítimas e, por consequência, seus familiares. Assim, ter a presença do profissional enfermeiro é primordial para o sucesso dos cuidados e tratamento, considerando que esse profissional se faz presente na maior parte do tempo na vida desse paciente, contribuindo para sua parcial ou total recuperação (LUZ *et al.*, 2016).

A vista disso, tudo isso possibilita a reflexão sobre importância de se possuir um profissional bem preparado emocionalmente no ambiente hospitalar para oferecer cuidados e uma excepcional assistência nos cuidados paliativos a qualquer paciente oncológico, pois o cliente em estado terminal, muitas vezes, não aceita essa condição, o que consequentemente agrava seu estado sofrimento e a de seus familiares. Se o profissional não tiver preparo do seu estado emocional, ele sofre junto, o que gera uma sobrecarga emocional, já que a vivência com esses clientes é frequente nas unidades de oncologia especializada em cuidados paliativos (BESERRA; AGUIAR, 2020).

Assim, os profissionais da equipe de enfermagem precisam estar capacitados para ofertarem os cuidados que objetivam amenizar os sofrimentos decorrentes da doença e seu tratamento. Esses cuidados devem ser acompanhados de respeito, ética, e reconhecimento dos valores do ser humano (FULY *et al.*, 2016).

É de suma relevância evidenciar que cada profissional de enfermagem tem um modo de enfrentar as situações de sofrimento decorrentes da assistência e cuidados prestados a pacientes com neoplasias, ou seja, cada um tem suas particularidades e seu tempo de superação, por isso é importante dar voz a esse profissional respeitando que cada um terá uma dificuldade diferente, que precisam de apoio e acompanhamento psicológico de acordo com sua forma de enfrentamento das situações difíceis (BESERRA; AGUIAR, 2020).

CONCLUSÃO

Diante dos estudos discutidos na revisão, foi possível concluir que os profissionais de enfermagem que atuam no setor oncológico adulto e/ou pediátrico lidam diariamente



com a luta, sofrimento e, muitas vezes, com a morte. Estes fatores tendem a gerar uma grande carga emocional que pode refletir na qualidade da assistência prestada ao cliente, pois pacientes oncológicos demandam longo período de tratamento e, dessa forma, a equipe inevitavelmente cria vínculos afetivos com estes, fazendo com que sintam o sofrimento e\ou perda de forma intensa e pessoal.

Assim, os sentimentos negativos mais frequentemente citados pela equipe foram: angustia, tristeza, ansiedade, estresse e revolta pela impotência diante da doença, ocasionados pela assistência e podem contribuir para desmotivação e desgaste emocional. Por outro lado, há profissionais que se sentem honrados apresentando sentimentos bons como de carinho, afeto, prazer, gratidão e reconhecimento por estarem contribuindo para a melhora dos pacientes oncológicos e sua família, o que os fazem sentirem-se realizados com a profissão.

Diante do contexto, alguns profissionais desenvolveram métodos de enfrentamento emocional para não criar vínculos afetivos, sendo isso um paradoxo, pois a assistência ao cliente com neoplasias, ao mesmo tempo em que mobiliza as mais variadas emoções, demanda uma conduta de proteção e de manejo de sentimentos e emoções. Assim, alguns profissionais adotam o distanciamento emocional para evitar o envolvimento direto, o que representa a incapacidade de lidar com a carga emocional resultante desse convívio diário.

Todas as situações vivenciadas pelos profissionais, especialmente da enfermagem, que trabalham no setor oncológico são de grande impacto emocional. No entanto, muitos enfermeiros elencam uma especialidade como a que mais gera envolvimento e comoção sendo a oncologia pediátrica. Segundo eles, a ligação é alimentada neste setor, muitas vezes com toda a família e, principalmente, com a mãe. Com o paciente tem relação com a pouca idade e ideia de partida precoce ampliada pelo sofrimento diário de uma criança, o que resulta do abalo emocional da equipe que a acompanha.

Conclui-se, que a enfermagem é a categoria que mais tem envolvimento emocional com pacientes oncológicos pela diária e frequente assistência, visto que estes pacientes necessitam de suporte tanto físico quanto sentimental para que lidem da forma



mais leve possível com o momento e patologia que, muitas vezes, gera medo e pavor desde o diagnóstico.

Portanto, torna-se importante que profissionais da equipe de enfermagem que se dedicam à oncologia precisam de uma atenção especial pois, a sobrecarga emocional reflete em um ponto de atenção para se preocupar com a saúde mental desses profissionais. Desse modo é de suma relevância que eles estejam treinados e capacitados na vida acadêmica e com educação continuada para enfrentar os desafios tão presente no momento da assistência e tratamento aos clientes com neoplasias sem perspectiva de vida, assim para oferecer o melhor cuidado, com técnicas que ajudam no decorrer de todo o tratamento dos pacientes em questão.

REFERÊNCIAS

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro, RJ, 2011.

AMADOR, D. D. *et al.* Concepções de enfermeiras sobre o treinamento em oncologia pediátrica. **Texto e Contexto Enfermagem**. v. 20, n. 1, p. 94-101, 2019.

ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; organização Mario Jorge Sobreira da Silva. – 4. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: Inca, 2018. Disponível: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-4-edicao.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020

Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. / **Instituto Nacional de Câncer**. – 3. ed. atual. amp. – Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

AURELIANO, W. A. Corpo, saúde e trabalho: (re) pensando os usos do corpo e os “papéis femininos” na experiência do câncer de mama. **Revista de Ciências Sociais**, v. 1, n. 26, p. 105-23, 2007.

BATISTA, D. R. R.; MATTOS, M.; SILVA, S. F. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Revista enfermagem UFSM**, v. 5, n.3, p. 499-510, 2015.

BESERRA, J. H. G. N.; AGUIAR, R. S. Sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem perante o tratamento de pacientes com câncer: revisão integrativa. **REVISIA**. v. 9, n.1, p. 144-55, 2020.



BORDIGNON, M. *et al.* Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de enfermagem da oncologia do Brasil e Portugal. **Texto & contexto de enfermagem** v. 24, n.4, p. 925-33, 2015.

BRAY, F. *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a cancer journal for clinicians, Hoboken**, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

CENTRO DE COMBATE AO CÂNCER. **As causas do câncer**. Disponível em: <http://cccancer.net/ocancer/as-causas-do-cancer/>. Acesso em: 15 out. 2020.

CENTRO REGIONAL INTEGRADO DE ONCOLOGIA- CRIO. **Introdução sobre o Câncer**. Disponível em: <http://www.crio.com.br/sobre-o-cancer/introducao-sobre-ocancer>. Acesso em: 19 abr. 2016.

DE VILLERS, M. J. ; DE VON, H. A. Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units. **Nursing ethics**. v. 20, n.5, p. 589-60, 2013.

FERLAY, J. *et al.* **GloBocan 2012: cancer incidence and mortality worldwide**. 2013.

FERREIRA A, N. M. A. A difícil convivência com o câncer; um estudo das emoções na enfermagem oncológica. **Revista da escola de enfermagem da USP**. v.30. n.2, p.229-253, ago.1996.

FLÓRIA, S. M. *et al.* Atuação do enfermeiro em oncologia na perspectiva da genética e genômica. **Texto & contexto de enfermagem**. v. 22, n.2, p. 526-33, 2013.

FRANÇA, J. F. S. *et al.* Cuidados Paliativos à criança com câncer. **Revista enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro. v. 21, n. 2, p. 779-84, 2013.

FRIGATO, S.; HOGA, L. Assistência à mulher com câncer de colo uterino: o papel da enfermagem. **Rev Bras Cancerol**, v.49, n. 4, p. 209-14, 2003.

FULY, P. S. C. *et al.* Carga de trabalho de enfermagem de pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.50, n. 5, p. 793-800, 2016.

Furtado, S. B. *et al.* Understanding feelings about breast cancer: nurses' report. **Revista RENE**. v.10, n. 4, p. 45-51., 2016.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

KLUSER, S. R. *et al.* Vivência de uma equipe de enfermagem acerca do cuidado aos pacientes com câncer. **Revista RENE**. v. 12, n. 1, p. 166 – 172, 2011.

KOLHS, M. *et al.* Sentimentos de enfermeiros frente ao paciente oncológico. **J Health Sci**. v.18, n.4, p.245-50, 2016.

LIMA, K. Y. N.; SANTOS, V. E. P. Processos de cuidar de crianças com câncer: uma pesquisa documental. **Revista da escola de enfermagem UFPE**. Pernambuco. v.8, n.10, p. 3298-305, 2015.



- LIMA, P. C. *et al.* O ser enfermeiro de uma central de quimioterapia frente à morte do paciente oncológico. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**. v. 18, n. 3, p. 503-509, 2014.
- LUZ, K. R. *et al.* Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. **Revista brasileira de enfermagem**. v. 69, n. 1, p. 67-71, 2016.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**. v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.
- MONTEIRO, A. C. M. A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos. **Revista da escola de enfermagem UERJ**, v. 22, n.6, p. 778-83, 2014..
- MOWBRAY, P. K.; WILKINSON, A. T. S. E. An integrative review of employee voice: Identifying a common conceptualization and research agenda. **Rev International Journal of Management Reviews**. v. 17, n. 3, p. 382-400, 2015.
- NOVELINO, S. E. V.; FINELLI, L. A. C. A vivência da morte pelo enfermeiro que atua no setor de oncologia. **Revista Bionorte**. v. 3, n. 1, p. 10-30, 2014.
- PARHAM, P. **O sistema imune**. Tradução BOLNER, Ane Rose. Porto Alegre: Artmed, 2001, p. 372.
- PINTO, M. H. O cuidado de enfermagem ao paciente oncológico fora de possibilidade de cura: percepção de um grupo de profissionais. **Cogitare Enfermagem**. v.16, n.4, p.647-53, 2011.
- ROSA, D. S. S.; COUTO, S. A. O enfrentamento emocional do profissional de enfermagem na assistência ao paciente no processo da terminalidade da vida. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v.4, n.1, p. 92-104, 2015.
- SALIMENA, A. M. O. *et al.* Estratégias de enfrentamento usadas por enfermeiros ao cuidar de pacientes oncológicos. *Revista da escola de enfermagem da UFSM*. v.3, n.1, p.8-16, 2013.
- SALIMENA, A. M. O. *et al.* O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. **Cogitare enferm**.v.18 n.1 p.142, 2013.
- SANTOS, F. C. *et al.* O enfermeiro que atua em unidades hospitalares oncológicas: perfil e capacitação profissional. **Enfermería Global**, v. 1, n. 38, p. 313-24, Abr. 2015.
- SANTOS, L. M. P.; GONÇALVES, L. L. C. Crianças com câncer: desvelando o significado do adoecimento atribuído por suas mães. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 16, n.2, p.224-9, 2008.
- SILVA, C. M. M. *et al.* Significado do cuidar e seus sentimentos para equipe de enfermagem diante da criança em tratamento oncológico. **Rev. enferm. atenção saúde**. v. 7, n.2, p. 83-94, 2018.
- SILVA L. M. H.; ZAGO M. M. F. O cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.1, n.4, p.44-9, 2001.



SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. Enfermagem em cuidados paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo, **Martinari**. v.5, n.3, p.55-89, 2013.

SILVA, B. M. L. A Concepção de Sofrimento para o Enfermeiro no Cuidado a Criança com Câncer e os Sentimentos envolvidos na relação. Niterói: [s.n.], 2010.

SMELTZER, S.; BARE, B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUZA, L.; SILVA, M. D. **Situações geradoras de satisfação e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem em oncologia**. São Paulo. 2007 p. 10.

TAYLOR, C. M. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica: uma modalidade convergente assistencial. 2.ed. florianopolis: **Editora da Universidade Federal de Santa Catarina**, 1999.162p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer Control. Knowledge into action. Early Detection (module 3). **WHO guide for effective programmes**. Switzerland: WHO, 2007.2



CAPÍTULO VIII

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS GESTANTES COM SÍFILIS NA CIDADE DE SÃO LUÍS - MA NOS PERÍODOS DE 2016 A 2020

Rosalia Silva Rodrigues³³; Roselia Silva Rodrigues³⁴;

Francisca das Chagas Gaspar Rocha³⁵; Janice Maria Lopes de Souza³⁶;

Evelúcia Soares Pinheiro Carioca³⁷; Gerardo Vasconcelos Mesquita³⁸.

DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-08

RESUMO:

O presente estudo teve como objetivo explorar o perfil epidemiológico das gestantes com sífilis no município de São Luís/ MA nos períodos de 2016 a 2020. Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo do perfil epidemiológico das gestantes com sífilis, realizado em São Luís (MA) a partir de uma coleta em uma base de dados secundários do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), disponíveis na plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Observou-se, nos períodos de 2016 a 2020, um total de 1246 casos de sífilis em gestantes e 1228 casos de sífilis congênita em menores de um ano, sendo que o ano de 2018 concentrou o maior número de casos de sífilis gestacional. Entre as gestantes acometidas pela doença, a maioria delas possuem 20 a 29 anos; 183 têm ensino médio completo, 1052 são de raça parda; 551 foram diagnosticadas no 3º trimestre da gestação; 610 foram classificadas com sífilis primária e 767 fizeram o esquema de tratamento com penicilina benzatina. Foi observado maior prevalência de testes confirmados em 2018, com um total de 601 testes não treponêmicos reativos, no ano de 2018, e 504 testes treponêmicos não reativos, também no ano de 2018. Os dados mostram necessidade de que outros estudos científicos sejam realizados acerca da sífilis gestacional em São Luís/MA, auxiliando no planejamento de custos na área da saúde, e criando intervenções mais potentes no que se refere a políticas de saúde, programas educacionais e campanhas.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis. Epidemiologia. Gestantes. Sífilis Congênita. Incidência.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PREGNANT WOMEN WITH SYPHILIS IN THE CITY OF SÃO LUÍS - MA IN THE PERIODS FROM 2016 TO 2020

³³ Graduanda em Enfermagem pela UNINASSAU/São Luís/ MA. E-mail: rosarodrigues12@hotmail.com.

³⁴ Graduanda em Enfermagem pela UNINASSAU São Luís/ MA. E-mail: roselia.rodrigues@yahoo.com.

³⁵ Docente na UNINASSAU São Luís/ MA, Enfermeira, Mestre em Saúde da Família, Doutoranda em Engenharia Biomédica, Instrutora/supervisora da ESF em São Luís/ MA. E-mail: franciscagasparocha@gmail.com.

³⁶ Odontóloga pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Mestre em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPÍ -Teresina-PI (2017). Professora da Faculdade UNINASSAU de São Luís (MA), dos cursos de Odontologia, Fisioterapia, Enfermagem e Farmácia. E-mail: janicemls@hotmail.com.

³⁷ Enfermeira. Especialista em Docência do Ensino Superior. Coordenadora do curso de Enfermagem da Faculdade UNINASSAU de São Luís (MA). E-mail: eveluciasp@hotmail.com.

³⁸ Doutor em Cirurgia ortopédica pela Universidade Federal de Pernambuco -UFPE. Professor Titular do Centro Universitário Uninovafapi. Professor Adjunto da Universidade Federal do Piauí-UFPI. E-mail: gvmesquita@uol.com.br



ABSTRACT:

This study aimed to explore the epidemiological profile of pregnant women with syphilis in the city of São Luís/MA from 2016 to 2020. This is a retrospective, descriptive and quantitative study of the epidemiological profile of pregnant women with syphilis, carried out in São Luís (MA) from a collection in a secondary database of the Information System for Notifiable Diseases (SINAN), available on the platform of the Information Technology Department of the Unified Health System (DATASUS). In the periods from 2016 to 2020, a total of 1246 cases of syphilis in pregnant women and 1228 cases of congenital syphilis in children under one year were observed, with the year 2018 having the largest number of cases of gestational syphilis. Among pregnant women affected by the disease, most of them are 20 to 29 years old, 183 have completed high school, 1052 are of mixed race, 551 were diagnosed in the 3rd trimester of pregnancy, 610 were classified as having primary syphilis and 767 underwent the treatment regimen with benzathine penicillin. A higher prevalence of confirmed tests was observed in 2018, with a total of 601 reactive non-treponemal tests in 2018 and 504 non-reactive treponemal tests also in 2018. In view of that, this study can contribute to other scientific studies being carried out about gestational syphilis in São Luís/MA, helping to plan costs in the health area, and creating more powerful interventions in terms of health policies, educational programs and campaigns.

KEYWORDS: Syphilis. Epidemiology. Pregnant women. Congenital Syphilis. Incidence.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), causada pela bactéria *treponema pallidum*, um agravo sistêmico e exclusivamente humano, de curso lento e crônico, com o processo de transmissão ocorrendo a partir do contato direto com as lesões e por meio de transfusão sanguínea, contato sexual, transmissão vertical (gestantes e parturientes) e por acidentes com material biológico contaminado (RENIER *et al.*, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima cerca de 1 milhão de casos de sífilis por ano em gestantes. A sífilis na gestação provoca mais de 300 mil mortes fetais e neonatais por ano no mundo, além de 215 mil crianças com potencial aumento de risco de morte prematura (BRASIL, 2016 a).

A transmissibilidade da sífilis é maior nos estágios iniciais (Sífilis primária e secundária), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (Sífilis latente tardia e terciária). Essa maior transmissibilidade explica-se pela riqueza de Treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária (cranco duro) e secundária (lesões muco-cutâneas). As espiroquetas penetram diretamente nas membranas mucosas ou entram em abrasões na



pele (PEELING, 2017). Essas lesões são raras ou inexistentes a partir do segundo ano da doença.

Em gestantes, a taxa de transmissão vertical da sífilis para o feto é de até 80% intrauterino. Essa forma de transmissão ainda pode ocorrer durante o parto vaginal, se a mãe apresentar alguma lesão sífilítica. A infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença da mãe (maior nos estágios primário e secundário) e pelo tempo em que o feto foi exposto. Tal acometimento fetal provoca entre 30% a 50% de morte *in útero*, parto pré-termo ou morte neonatal (PCDT Atenção Integral às Pessoas com IST, 2018).

Uma forma adotada pelo Ministério da Saúde (MS) para o diagnóstico da sífilis é a realização de testes rápidos para essa IST, como também, em caso positivo, é necessária a notificação compulsória, para que ocorra o conhecimento da existência de um novo caso. Desde que se tornou obrigatória, a notificação evidenciou um aumento de cerca de 32,7% entre os anos de 2014 e 2015 nos casos de sífilis adquirida, de 20,9% em gestantes e de 19% a congênita (BRASIL, 2019).

A principal forma de prevenção da sífilis é o uso de preservativos durante as relações sexuais, pois esse método, quando usado corretamente, garante que não ocorra contato com as lesões, sendo uma das ações de controle que vem surgindo efeito diante do diagnóstico precoce e tratamento da doença, realizada, principalmente, em grupos prioritários como o de gestantes (SOUZA, 2018).

O tratamento da sífilis gestacional deve ser feito com penicilina benzatina. Esse tratamento deve ser feito para que não ocorra o risco de a criança ser infectada. A incidência da sífilis gestacional se dá por diversas causas, pelo descobrimento tardio da doença na gestante, como também pela falta de tratamento. Dentro dessas circunstâncias, o bebê fica em estado de vulnerabilidade perante essa doença (BRASIL, 2016).

Diante disso, a perspectiva é que a doença permanecerá em um patamar semelhante ou mais grave nos próximos anos, exigindo assim um novo olhar para esse problema de saúde pública. Com panorama da SG agravada, avaliar o perfil epidemiológico das pacientes infectadas proporciona a elaboração de estratégias de saúde que promovam a intervenção para diagnóstico e tratamento precoce da doença (BRASIL, 2020). Justifica-se a escolha do presente tema devido ao crescimento considerável de



gestantes com sífilis, explorando o perfil epidemiológico das gestantes com sífilis na cidade de São Luís nos períodos de 2016 a 2020, buscando descrever a incidência de gestantes com sífilis e analisar os fatores epidemiológicos, socioeconômicos e clínico laboratorial.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A sífilis é uma patologia infecciosa que, ao acometer a mulher gestante e não sendo tratada, pode vir a atingir o feto, passando assim a ser denominada Sífilis Congênita. A contaminação da gestante para o feto ocorre por meio da placenta. Manifesta-se com abortamento, nascimentos prematuros ou nascimentos seguidos de morte. Ao nascer, o bebê tem sintomas visíveis como bolhas em regiões específicas do corpo como mãos, pés, boca e ânus. Nessas bolhas estão presentes grandes concentrações de treponemas. Contudo, mesmo estando infectado, o bebê pode não apresentar sintomas visíveis, porém a infecção é existente e virá a se expor em alguma fase da vida (BRASIL, 2015).

O período de incubação, em geral, é de 10 a 90 dias, em média 21 dias, após o contato infectante. A suscetibilidade é universal e infecções anteriores não conferem imunidade às novas exposições ao agente etiológico (BRASIL, 2016).

As manifestações clínicas da sífilis variam de acordo com os estágios e o tempo de infecção ocasionando uma diversidade nos achados em suas características clínicas, imunológicas e histopatológicas, caracterizando-a como sífilis primária, sífilis secundária, sífilis terciária, e sífilis latente (SOUZA; RODRIGUES; GOMES, 2018).

A sífilis primária ocorre de duas a três semanas após a inoculação inicial de microrganismos. Surge uma lesão indolor no local da infecção denominada de cranco, que, se não tratada, desaparece, habitualmente, de forma espontânea dentro de dois meses (BRASIL, 2017).

A sífilis secundária ocorre em decorrência do não tratamento na primeira fase. Nesta segunda fase a bactéria já se instalou nos órgãos e está presente em todo conteúdo líquido do organismo, apresentando-se visivelmente como erupção cutânea com grande presença de bactéria, de cor branca cinzenta batizada de Condiloma tendo incidência em locais de alta umidade do corpo. A transmissão do microrganismo pode ocorrer através



do contato com as lesões. O sinal generalizado de infecção pode incluir linfadenopatia, artrite, meningite, queda dos cabelos, febre, mal estar e perda de peso (OMS, 2015).

Na sífilis latente não existem manifestações clínicas. O diagnóstico geralmente é feito com base em teste sorológico positivos, após a exclusão de outros estágios da sífilis. Todos os casos de sífilis são latentes em algum momento de sua evolução, e, algumas vezes, podem ficar assim durante toda a duração da infecção ou da vida do paciente. O diagnóstico clínico da sífilis latente não afasta a possibilidade de contagiosidade ou de que o paciente venha a apresentar gomatose, sífilis cardiovascular ou neurosífilis. No momento em que uma delas torna-se manifesta, a sífilis deixa de ser latente. Depois de quatro anos de infecção ela raramente é contagiosa, exceto no caso da gestante (BRASIL, 2017).

Na sífilis terciária, estágio final da doença, estima-se que entre 20 a 40% dos indivíduos infectados não exibem sinais e sintomas. Manifesta-se na forma de doença inflamatória lentamente progressiva, sendo as mais comuns nesse nível, a inflamação articular, que invade o sistema nervoso, conforme evidenciado pela presença de demência, psicose, paralisia, acidente vascular cerebral ou meningite, com potencial de afetar múltiplos órgãos (JANIER et al., 2014).

A sífilis congênita (SC) ocorre pela disseminação do *Treponema pallidum* através da corrente sanguínea da gestante, quando a barreira transplacentária é atravessada, atingindo o feto. A transmissão ocorre em qualquer momento da gestação. Em gestantes com infecção recente, a doença costuma ser mais agressiva devido ao alto número de espiroqueta no corpo ser mais potente se comparado a formação e ação do número de anticorpos por parte do sistema imunológico materno para a respectiva patologia (DOMINGUES et al, 2013; NONATO et al, 2015; BRASIL, 2016).

A OMS estima cerca de 1 milhão de casos de sífilis por ano em gestantes. A sífilis na gestação provoca mais 300 mil mortes fetais e neonatais por ano no mundo, além de 215 mil crianças com potencial aumento de risco de morte prematura (BRASIL; 2016a).

No Brasil, em 2019 foram notificados 61.127 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 72,8 casos/100.000 nascidos vivos), desses 13.026 estão no Nordeste (21,3%). Sendo assim, pelo segundo ano consecutivo, a segunda região brasileira com



mais casos de sífilis gestacional notificados, ficando atrás apenas a região Sudeste (BRASIL, 2020).

Observou-se aumento na prevalência da sífilis na gestação e crescente número de casos de sífilis congênita no Maranhão, diferente dos dados registrados no país, que mostra uma leve redução de casos no ano de 2019, porém que pode estar relacionada com a transferência inadequada dos dados ocasionadas pela sobrecarga dos profissionais que alimentam o sistema de agravos e notificações, consequência da pandemia do Covid-19 (BRASIL, 2020).

Diante disso, a perspectiva é de que a doença permanecerá em um patamar semelhante ou mais grave nos próximos anos, exigindo assim um novo olhar para esse problema de saúde pública. Com panorama da SG agravada, avaliar o perfil epidemiológico das pacientes infectadas proporciona a elaboração de estratégias de saúde que promovam a intervenção para diagnóstico e tratamento precoces da doença (BRASIL, 2020).

O Ministério da Saúde (2018) afirma que a sífilis congênita é uma doença de grande magnitude, pelos crescentes números de casos novos anuais, afetando grande contingente de crianças que se traduzem pelas elevadas taxas de incidência. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 25% das gestantes infectadas apresentam como desfecho morte fetal ou aborto espontâneo e 25% recém-nascidos com baixo peso ao nascer ou infecção grave (BRASIL, 2015).

A transmissibilidade da sífilis é maior nos estágios iniciais (Sífilis primária e secundária), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (Sífilis latente tardia e terciária). Essa maior transmissibilidade explica-se pela riqueza de *Treponemas* nas lesões, comuns na sífilis primária (cranco duro) e secundária (lesões muco-cutâneas). As espiroquetas penetram diretamente nas membranas mucosas ou entram em abrasões na pele (PEELING, 2017). Essas lesões são raras ou inexistentes a partir do segundo ano da doença.

Em gestantes, a taxa de transmissão vertical da sífilis para o feto é de até 80% intrauterino. Essa forma de transmissão ainda pode ocorrer durante o parto vaginal, se a mãe apresentar alguma lesão sífilítica. A infecção fetal é influenciada pelo estágio da



doença da mãe (maior nos estágios primário e secundário) e pelo tempo em que o feto foi exposto. Tal acometimento fetal provoca entre 30% a 50% de morte *in útero*, parto pré-termo ou morte neonatal. (PCDT Atenção Integral às Pessoas com IST, 2018, p.42).

Uma forma adotada pelo ministério da saúde para o diagnóstico da sífilis é a realização de testes rápidos para essa DST, como também em caso positivo é necessária a notificação compulsória, para que ocorra o conhecimento da existência de um novo caso. Desde que se tornou obrigatória, a notificação evidenciou um aumento de cerca de 32,7% entre os anos de 2014 e 2015 nos casos de sífilis adquirida, de 20,9% em gestantes e de 19% a congênita (BRASIL, 2019).

No diagnóstico da sífilis, os testes sorológicos podem ser não treponêmicos, como os testes de VDRL e RPR, que são quantitativos e utilizados para triagem e monitoramento do tratamento. Ambos tendem a negatização após o tratamento, diferentemente dos testes treponêmicos como aglutinação passiva (TPHA ou MHA-TP), testes de imunofluorescência indireta (FTA-Abs) e ensaio imunoenzimático (Elisa ou EIE), que são utilizados para confirmar a infecção treponema e podem permanecer detectáveis indefinidamente (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2016).

A principal forma de prevenção da sífilis é o uso de preservativos durante as relações sexuais, pois esse método, quando usado corretamente, garante que não ocorra o contato com as lesões, sendo uma barreira para a proliferação das infecções. A educação em saúde é uma das ações de controle que vem surgindo efeitos diante do diagnóstico precoce e tratamento da doença, sendo realizada principalmente em grupos prioritários, como exemplo, o de gestantes (SOUZA et al, 2018).

A gestação é o momento ideal para prevenção da sífilis congênita, devendo ser diagnosticado pela atenção básica ainda no pré-natal. A testagem da sífilis deve ser realizada de preferência no 1º trimestre de gestação na ocasião da primeira consulta, no 3º trimestre de gestação e na admissão para o parto ou curetagem por abortamento, entretanto, observa-se que a maioria dos casos são diagnosticados tardiamente (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

O tratamento da sífilis gestacional deve ser feito com penicilina benzatina, esse tratamento deve ser feito para que não corra o risco de a criança ser infectada. A



incidência da sífilis gestacional se dá por diversas causas, pelo descobrimento tardio da doença na gestante, como também pela falta de tratamento, dentro dessas circunstâncias, o bebê fica em estado de vulnerabilidade perante essa doença (BRASIL, 2016).

OBJETIVOS

Objetivo Geral: Descrever o perfil epidemiológico das gestantes com sífilis no município de São Luís/MA nos períodos de 2016 a 2020.

Objetivos Específicos: Descrever o número de casos, taxa de detecção das gestantes com sífilis e sífilis congênita, por período de notificação. Analisar os fatores epidemiológicos e clínico-laboratorial das gestantes com sífilis. Identificar o tratamento prescrito para a gestante.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO

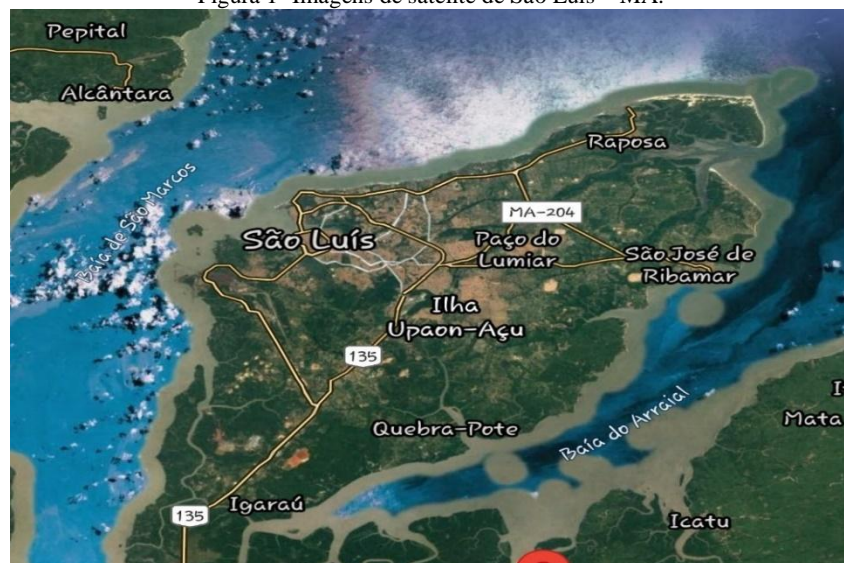
Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo, do perfil epidemiológico das gestantes com sífilis na cidade de São Luís nos períodos de 2016 a 2020.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO

O município de São Luís fica localizado no Brasil, no estado do Maranhão, e possui uma população estimada no ano de 2020, de 1.108,975 habitantes, e densidade demográfica de 1.215,69 hab./km de acordo com a contagem populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020).



Figura 1- Imagens de satélite de São Luís – MA.



Fonte: Google Maps, 2020.

LOCAL DO ESTUDO

Os dados foram coletados de forma eletrônica na plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS/TABNET), do Ministério da Saúde Brasil, especificamente na base de dados epidemiológicos e morbidade. Também foram coletados alguns artigos na plataforma de pesquisa do Google Acadêmico, (BVS) Biblioteca Virtual de Saúde, e Scielo Cientific Eletronic Library Online, para realização do presente trabalho.

ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados foi realizada durante os meses de Setembro e Outubro de 2021, com dados referentes ao ano de 2016 a 2020. Todas as informações e dados obtidos foram colocados em planilhas do programa Microsoft Excel, onde foram gerados gráficos e tabelas, para melhor compreensão das informações coletadas.

ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo e foi necessário ser apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa, pois as informações foram coletadas em bases



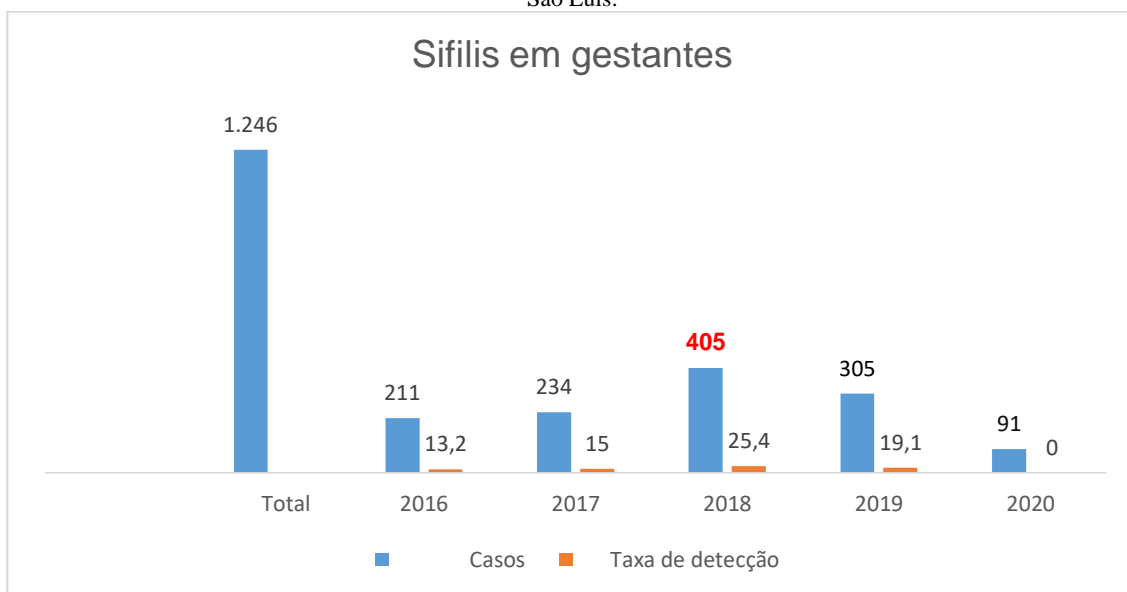
de dados secundários de domínio público e livre acesso e não se identificaram os nomes dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES

Foram notificados no período de 2016 a 2020 um total de 1246 casos de sífilis em gestantes. Sendo 211 (13,2%) casos em 2016, e 234 (15%) em 2017. Em 2018 observou-se um aumento significativo com cerca de 405 (25,4%) casos. Já nos anos de 2019 a 2020 houve uma baixa nesses dados, sendo 305 (19,1%) casos em 2019, e 91 (0%) casos em 2020.

Gráfico 1 – Número de casos e taxa de detecção de gestantes com sífilis durante os anos de 2016 a 2020 na cidade de São Luís.



Fonte: DATASUS/TABNET, 2020

O Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983 que tem como foco prevenir e controlar as infecções sexualmente transmissíveis (IST), grupo no qual está inserida a sífilis. Além deste, o projeto Rede Cegonha, que busca humanização e qualidade na assistência à mulher no período da gestação e puerpério. Porém o número de casos de sífilis materna ainda aumenta significativamente (BRITO et al., 2017, LAFETA et al., 2015; SOUSA et al., 2014).

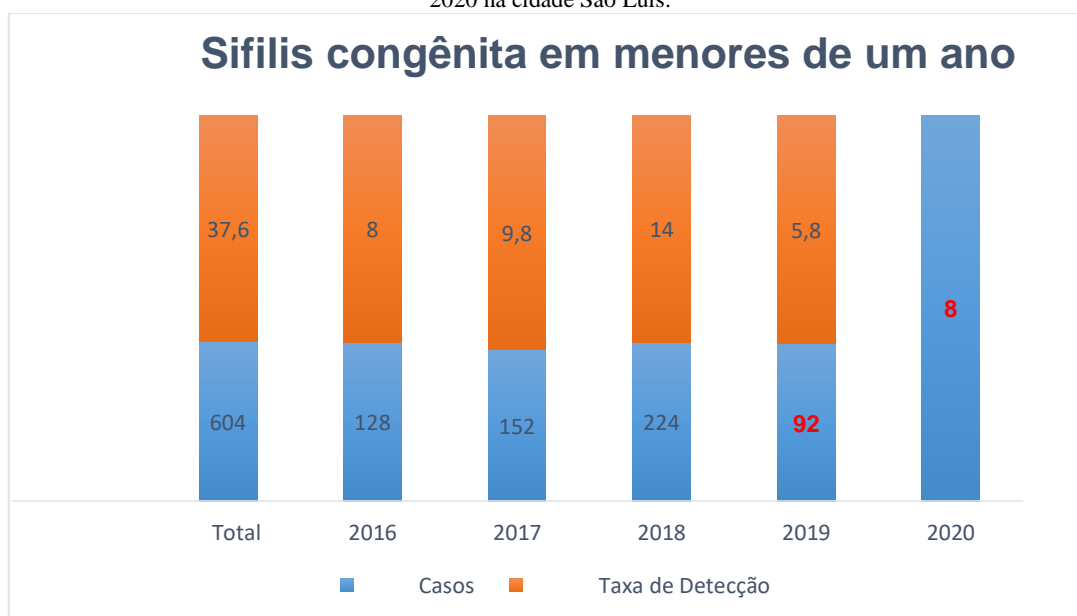


Segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis 2019, entre as capitais da região Nordeste, Recife, Salvador, Maceió, Natal, Teresina, Fortaleza e a capital do Estado do Maranhão, São Luís, apresentaram as maiores taxas de detecção de sífilis gestacional em 2018, todas superiores à taxa nacional (21,4 por mil nascidos vivos), o que corrobora com resultados encontrados nesta pesquisa, em que a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de (25,4) em 2018, ou seja, maior do que a taxa nacional.

CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO

Nos períodos de 2016 a 2020, observou-se que a sífilis congênita teve um total de 604 casos notificados. Em 2016 foram 128 (8,0%) casos, em 2017 foram 152 (9,8%), em 2018 houve um crescimento considerável dos casos, sendo notificado 224 (14,0%) e em 2019 e 2020, ocorreu uma queda nesses índices, sendo 92 (5,8%) dos casos em 2019 e 8 casos em 2020.

Gráfico 2 – Número de casos e taxa de detecção de sífilis congênita em menores de um ano durante os anos de 2016 a 2020 na cidade São Luís.



Fonte: DATASUS/TABNET, 2020.

Observou-se uma diminuição dos números de casos de sífilis congênita em São Luís, a partir do ano de 2019 até 2020, corroborando com os resultados registrados no



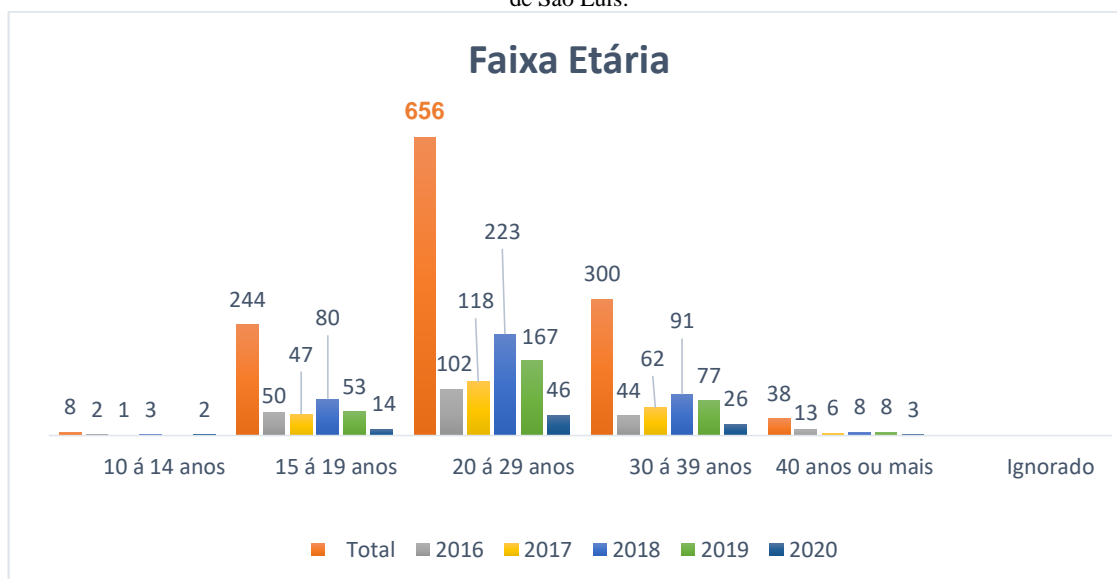
Brasil, que mostra uma leve redução de casos no ano de 2019. Porém que pode estar relacionada com a transferência inadequada dos dados ocasionada pela sobrecarga dos profissionais que alimentam o sistema de agravos e notificações, consequência da pandemia da COVID-19 (BRASIL, 2020).

A qualidade do preenchimento da ficha de notificação é essencial para o planejamento de intervenções relacionadas ao agravo. Espera-se que a sífilis nas gestantes seja detectada durante as consultas de pré-natal, a fim de reduzir os casos de sífilis congênita, no entanto, esta identificação ainda é falha e por isso, há o desfecho de transmissão vertical da sífilis (SARACENI; MIRANDA, 2012; FERNANDES et al., 2019).

CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES SEGUNDO FAIXA ETÁRIA

Em relação à faixa etária, no período de 2016 e 2020, a maior incidência foi entre as faixas etárias de 20 a 29 anos, com um total de 656 casos notificados (52,64%). As faixas etárias de 30 a 39 anos apresentaram um total de 300 casos notificados (24,07%), e entre as faixas etárias de 15 a 19 anos com um total de 244 casos notificados (19,58%).

Gráfico 3 – Número de casos de gestantes com sífilis segundo faixa etária durante os anos de 2016 a 2020 na cidade de São Luís.



Fonte: DATASUS/TABNET, 2020.



Verificou-se que, no presente estudo, a faixa etária predominante de gestantes infectadas com sífilis esteve entre 20 a 29 anos, o que é similar aos resultados encontrados nos estudos feitos por Santos e outros pesquisadores, na cidade de Santa Maria (RS) (SANTOS; LOCK; LNZA; SANTOS et al, 2016), e por Thaise Almeida Guimarães e outros estudiosos, no Estado do Maranhão (GUIMARÃES; ALENCAR; FONSECA; GONÇALVES et al, 2018).

A sífilis não é uma doença que tem preferência por grupos populacionais, entretanto, mulheres jovens estão mais propensas a se infectarem pelo *treponema pallidum* devido ao comportamento social. Geralmente estas mulheres, conforme observado em dados de dois estudos regionais brasileiros, têm múltiplos parceiros e não utilizam preservativo durante o ato sexual (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015; CARVALHO; BRITO, 2014).

CASOS DE GESTANTES COM SÍFILIS SEGUNDO ESCOLARIDADE

Nos casos de gestantes com sífilis segundo o grau de escolaridade observou-se nos períodos de 2016 a 2020 que as maiores incidências são em mulheres com ensino médio completo com um total de 554 casos (44,82%), sendo o ano de 2018 o mais notificado com 196 casos (35,37%), 2019 com 160 (28,88%), e 2017 com 108 casos (19,49%), e os casos ignorados com 162 (13,10%).

Quadro 1 – Distribuição percentual e número de casos de gestantes com sífilis segundo o grau de escolaridade durante os anos de 2016 a 2020 na cidade de São Luís.

Escolaridade	Total	2016	2017	2018	2019	2020
Analfabeto	1 (0,08%)	-	1 (100%)	-	-	-
1ª a 4ª série incompleta	15 (1,21%)	5 (33,3%)	-	4 (26,6%)	3 (20%)	3 (20%)
4ª série completa	26 (2,10%)	14 (53,8%)	4 (15,8%)	5 (19,2%)	3 (11,5%)	-
5ª a 8ª série incompleta	133 (10,76%)	17 (12,78%)	31 (23,3%)	45 (33,83%)	30 (22,5%)	10 (7,5%)
Fundamental Completo	139 (11,24%)	9 (6,47%)	37 (26,61%)	42 (30,21%)	37 (26,61%)	14 (10,07%)
Médio incompleto	183 (14,80%)	22 (12,02%)	20 (10,92%)	78 (42,62%)	55 (30,05%)	8 (4,37%)
Médio completo	554	42	108	196	160	48



	(44,82%)	(7,58%)	(19,49%)	(35,37%)	(28,88%)	(8,66%)
Superior incompleto	12 (0,97%)	1 (8,33%)	4 (33,33%)	4 (33,33%)	2 (16,66%)	1 (8,33%)
Superior completo	11 (0,88%)	2 (18,18%)	-	3 (27,27%)	4 (36,36%)	2 (18,18%)
Não se aplica	-	-	-	-	-	-
Ignorado	162 (13,10%)	99 (61,11%)	29 (17,90%)	28 (17,28%)	11 (6,79%)	5 (3,08%)

Fonte: DATASUS/TABNET, 2020.

Espera-se que, quanto maior o grau de instrução da população, melhor serão as atitudes tomadas para manter-se saudável (MESQUITA et al, 2017). Estudo do Ministério da Saúde mostra que 24,6% tinham apenas o ensino fundamental incompleto o que não corroboram aos encontrados nesta pesquisa e 28% dos casos essa informação foi classificada como ignorada (BRASIL, 2017). De acordo com os dados encontrados, também pode-se depreender que o serviço de saúde está conseguindo realizar a detecção dos casos seja no atendimento ambulatorial ou no parto.

CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES SEGUNDO RAÇA/COR

Nos casos de gestantes com sífilis segundo a raça/cor nos períodos de 2016 a 2020 observou-se maior prevalência em gestantes de cor parda com um total de 1052 casos notificados (84,70%). Sendo que a maior incidência foi registrada em 2018, de 340 casos notificados (32,31%), 2019 com 239 casos notificados (22,71%), e 2016 com 201 casos notificados (19,10%). Em seguida, preta com o total de 100 casos notificados (8,05%).

Quadro 2 – Distribuição percentual e número de casos de gestantes com sífilis segundo a raça ou cor durante os anos de 2016 a 2020 na cidade São Luís.

Raça ou Cor	Total	2016	2017	2018	2019	2020
Branca	71 (5,71%)	1 (1,40%)	7(9,85%)	26(36,6%)	30 (42,25%)	7 (9,85%)
Preta	100 (8,05%)	9 (9%)	16(16%)	33 (33%)	32 (32%)	10 (10%)
Amarela	4 (0,32%)	-	-	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)
Parda	1052 (84,70%)	201(19,10%)	-	340(32,31%)	239 (22,71%)	72 (6,84%)
Indígena	1 (0,08%)	-	-	1 (100%)	-	-
Ignorada	18 (1,44%)	-	11(61,11%)	4 (22,22%)	3 (16,66%)	-

Fonte: DATASUS/TABNET, 2020.



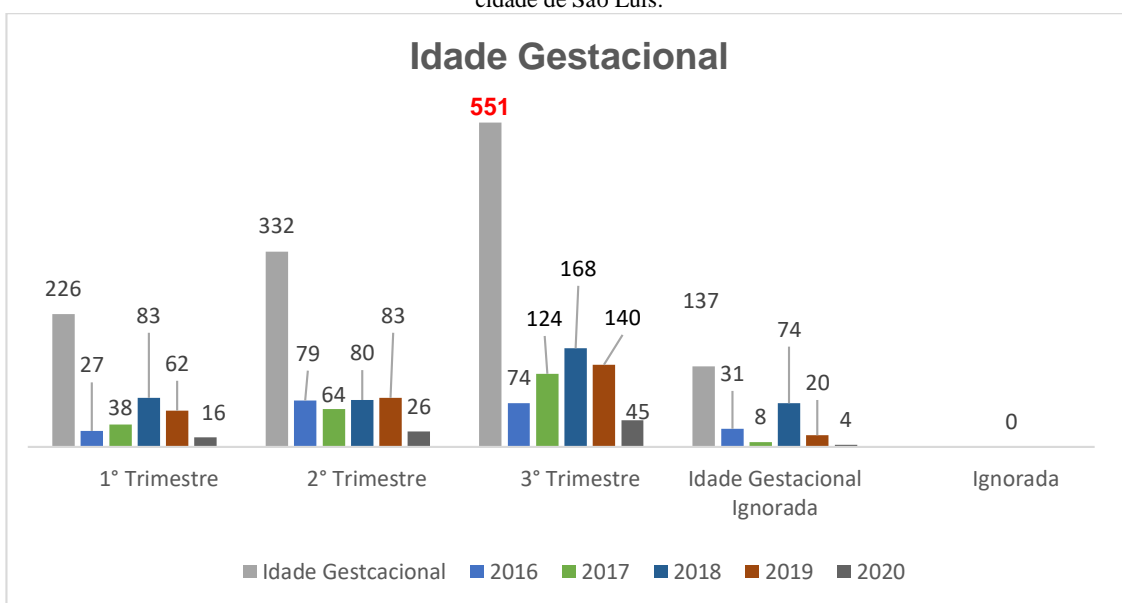
Ao analisar a variável raça/cor percebe-se a predominância de gestantes pardas e negras em São Luís, o que não corrobora com o levantamento realizado por Marques e outros estudiosos (2018), a maioria dos casos também ocorre em pessoas pardas (80,3%) seguidas por pessoas brancas (9,7%) (MARQUES; ALVES; MARQUES; ARCANJO et al, 2018).

A maioria dos estudos revelam a vulnerabilidade social em relação à raça e comprovam a desvantagem de mulheres pardas e negras em conseguir uma assistência à saúde adequada. De forma geral, essas mulheres não possuem acesso a um pré-natal adequado e a uma assistência adequada no momento do parto, ou seja, elas acabam sendo vítimas dos sistemas de saúde (LEAL; GAMA; PEREIRA; PACHECO et al, 2017).

CASOS DE SÍFILIS EM GESTANTES SEGUNDO A IDADE GESTACIONAL

De acordo com os casos de sífilis em gestantes segundo IG, nos períodos de 2016 e 2020, observou-se uma maior incidência em gestantes que estavam no 3º trimestre com um total de 551 casos notificados (44,22%), tendo maior prevalência no ano de 2018 com um total de 168 casos notificados (30,49%), em 2019 com 140 casos notificados (25,40%), e em 2017 com 124 casos notificados (22,50%).

Gráfico 4 – Número de casos de gestantes com sífilis segundo a idade gestacional durante os anos de 2016 a 2020 na cidade de São Luís.



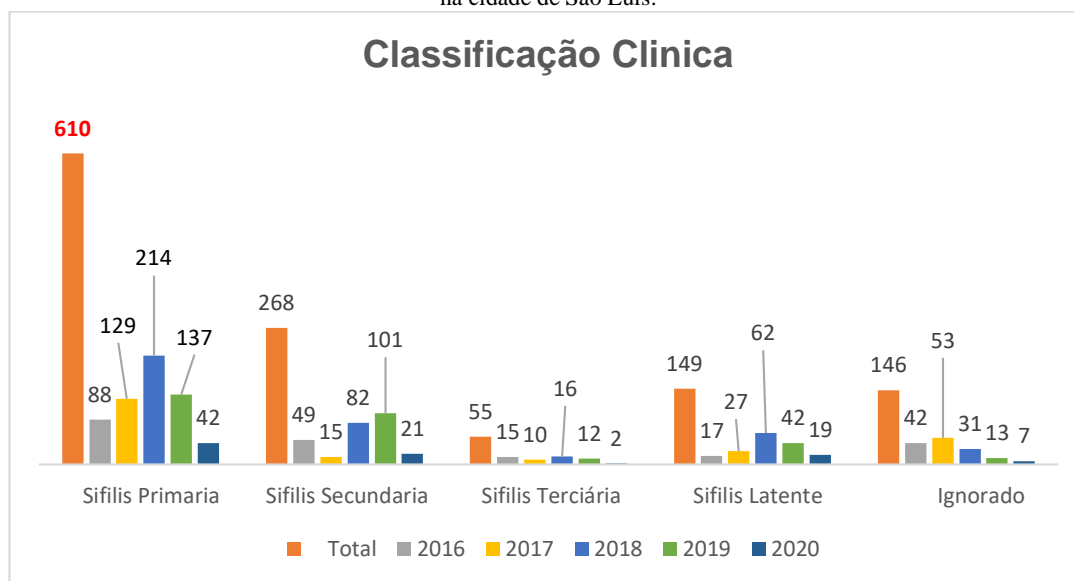


A gestação é o momento ideal para prevenção da sífilis congênita, devendo ser diagnosticado pela atenção básica ainda no pré-natal. A testagem da sífilis deve ser realizada de preferência no 1º trimestre de gestação na ocasião da 1ª consulta, no 3º trimestre de gestação e na admissão para o parto ou curetagem por abortamento; entretanto observa-se que a maioria dos casos são diagnosticados tardiamente (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017).

CASOS DE GESTANTES COM SÍFILIS SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA

Segundo os dados obtidos sobre a classificação clínica, observou-se uma maior incidência da sífilis primária com o total de 610 casos notificados (49,67%). Sendo que o ano de 2018 foi o de maior prevalência com o total de 214 casos notificados (35,08%), em 2019 com 137 (22,45%), e 2017 com 129 casos notificados (21,14%).

Gráfico 5- Números de casos de gestantes com sífilis segundo a classificação clínica durante os anos de 2016 a 2020 na cidade de São Luís.



Fonte: DATASUS/TABNET, 2020.

No presente estudo observou-se que a classificação clínica mais prevalente é a sífilis primária. Um estudo realizado no município de São Luís (MA), no período de 2008 a 2011, verificou que, 47,6% dos casos de sífilis gestacional encontravam-se na fase primária da infecção (FURTADO, 2018). O predomínio da forma primária da doença



também foi descrito no estudo de Padovani (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

Ainda sobre a forma clínica da doença ser predominante a de sífilis primária, a identificação clínica da doença torna-se importante para que se avalie os riscos de transmissão vertical, que é maior na sífilis primária e secundária (BRASIL, 2017).

TESTES NÃO TREPONÊMICOS E TESTES TREPONÊMICOS

De acordo com os dados obtidos em relação aos testes não treponêmicos (TNT) nos anos de 2016 a 2018, os casos reativos tiveram um total de 1211 testes confirmados (96,41%), tendo maior registro no ano de 2018 com um total de 601 testes confirmados (49,62%). Sendo que em 2019 e 2020, os resultados dos TNT não foram disponibilizados na plataforma do DATASUS/TABNET.

No que se refere aos testes treponêmicos, foram relatados nos anos de 2016 a 2018 um total de 984 casos reativos (78,34%), com maior registro no ano de 2018 com um total de 504 testes confirmados (51,21%). Como nos testes não treponêmicos, os testes treponêmicos nos anos de 2019 e 2020, não estavam disponíveis na plataforma do DATASUS/TABNET. Sendo que a incidência de casos durante esses dois últimos anos, podem ser maiores ou menores que os anos anteriores.

Tabela 3 – Número de casos de sífilis em gestantes confirmados por teste treponêmico e teste não treponêmico durante os anos de 2016 a 2020 na cidade de São Luís.

Testes não Treponêmicos	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Reativos	283 (23,36%)	327 (27%)	601 (49,62%)	-	-	1211 (96,41%)
Não Reativos	3 (25%)	3 (25%)	6 (50%)	-	-	12 (0,95%)
Não Realizados	5 (22,72%)	5 (22,72%)	12 (54,54%)	-	-	22 (1,75%)



Ignorados/ Branco	2 (18,18%)	2 (18,18%)	7 63,63%)	-	-	11 (0,87)
Testes Treponêmicos	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Reativos	210 (21,34%)	270 (27,43%)	504 (51,21%)	-	-	984 (78,34%)
Não Reativos	-	6 (19,35%)	25 (80,64%)	-	-	31 (2,46%)
Não Realizados	26 (17,44%)	40 (26,84%)	83 (55,70%)	-	-	149 (11,86%)
Ignorados/ Branco	57 (61,95%)	21 (22,82%)	14 (15,21%)	-	-	92 (7,32%)

Fonte: MS/SVS- Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN Net, 2020.

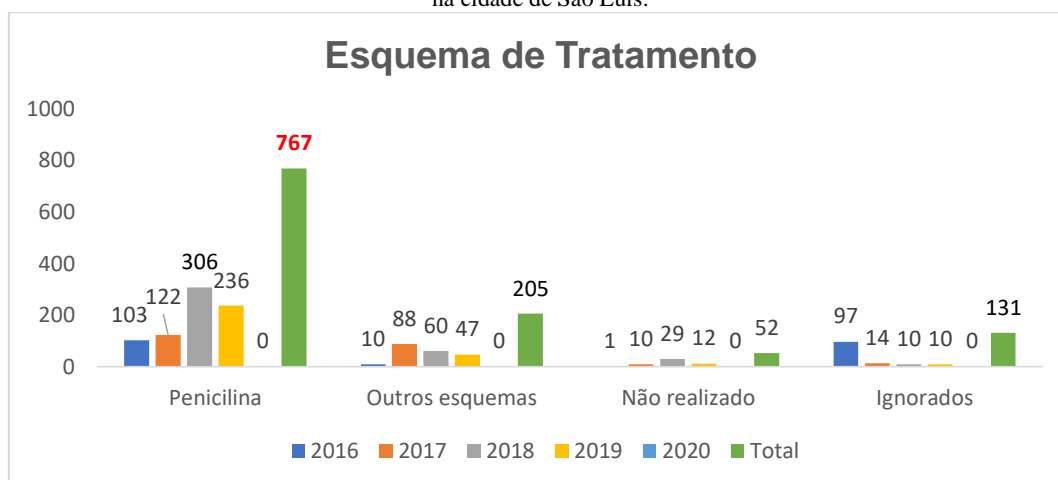
Os testes mais utilizados para o diagnóstico da sífilis congênita são os testes imunológicos que são divididos em testes treponêmicos e testes não-treponêmicos. Os testes não-treponêmicos mais utilizados são o Veneral Diseases Research Laboratory (VDRL) e Rapid Plasma Reagin (RPR). Já os testes treponêmicos incluem Aglutinação Passiva (TPHA), Imunofluorescência Indireta (FTA-Abs) e Ensaio Imunoenzimático (ELISA) (MOTA et al.,2018).

ESQUEMA DE TRATAMENTO

Nos dados obtidos em relação ao esquema de tratamento nos anos de 2016 a 2020, observou-se um total de 767 das gestantes em tratamento com a penicilina benzatina (66,40%), tendo a maior porcentagem de tratamento em 2018 com 306 gestantes (26,49%). Em relação a outros esquemas foi um total de 205 gestantes (17,74%), obtendo um aumento considerável na categoria ignorada, com um total de 131 (11,34%).



Gráfico 6- Número de casos de sífilis em gestantes segundo esquema de tratamento durante os anos de 2016 a 2020 na cidade de São Luís.



De acordo com o Ministério da Saúde, por meio do relatório de nº: 150 publicado no ano de 2015, recomenda-se o uso de penicilina benzatina para o tratamento de sífilis, uma vez que não foi encontrado nenhum outro método comprovado para o tratamento efetivo durante a gravidez, sendo necessário o uso desses medicamentos na atenção primária para o tratamento de sífilis gestacional (BRASIL, 2015).

O presente estudo mostrou o processo de evolução da sífilis gestacional em São Luís, onde observou-se os fatores de risco e os grupos de maior vulnerabilidade que mais influenciam na propagação desta IST (Infecção Sexualmente Transmissível). Sendo que esses fatores são pontos importantes e indispensáveis para criação de programas e políticas de educação em saúde.

CONCLUSÃO

Durante os anos de 2016 a 2018 houve um aumento anual do número de casos de sífilis em gestantes, com queda desses números de casos nos anos seguintes, em 2019 e 2020.

As principais características observadas nas gestantes acometidas pela doença neste estudo, foram que a maioria delas apresentavam faixa etária entre 20 a 29 anos, de raça parda, ensino médio completo, sendo diagnosticadas a maioria no terceiro trimestre de gestação com classificação clínica de sífilis primária, e o esquema de tratamento



predominante foi o da penicilina benzatina. Isso demonstra a fragilidade na assistência ao pré-natal, visto que essas gestantes foram diagnosticadas no terceiro trimestre da gestação, influenciando de forma negativa o tratamento desse agravo.

Algumas das limitações encontradas neste trabalho foi em relação a coleta e a disponibilidade de dados na plataforma do DATASUS a partir de 2018, como foi o caso das informações clínico laboratorial, o que impossibilitou a construção de alguns critérios para os anos seguintes. Fica clara a necessidade do acesso e disponibilidade desses dados, pois são de suma importância para que o município entenda e conheça o perfil epidemiológico dessas gestantes com sífilis, para que se possa garantir o tratamento precoce da sífilis gestacional e prevenir a sífilis congênita.

Mas apesar das limitações encontradas, o estudo contribuiu para o conhecimento do atual perfil epidemiológico de gestantes com sífilis nos últimos 5 anos em São Luís, apontando os grupos de maior vulnerabilidade, que continuam sendo fortes indicadores para disseminação da doença no município, possibilitando um novo olhar para esta IST no que diz respeito a uma análise mais criteriosa das notificações e sua classificação, e ressaltar a importância da realização do pré-natal na atenção básica de saúde, com detecção precoce dos casos de sífilis em gestantes.

O presente estudo também pode contribuir para que outros estudos científicos sejam realizados acerca da sífilis gestacional em São Luís, onde os resultados dessa pesquisa podem servir como base para identificar esses fatores determinantes, auxiliando no planejamento de custos na área da saúde, e criando intervenções mais potentes no que se refere a políticas de saúde, programas educacionais e campanhas.

REFERÊNCIAS

- COSTA, S. W. Antônio, FREITAS S. Ananda, LOPES L. L. A. Kelvya - **Epidemiologia da sífilis gestacional no estado do Maranhão de 2015 a 2019**- Revista Cereus 2021 Vol. 13. N.1. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index->. Acesso em: 17 de Set 2021.
- CAVALCANT M. Washington et al – **PANDEMIAS: Impactos na sociedade**. SYNAPSE Editora, Minas Gerais, 2020, p.90. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/65022801/Pandemias_V0-with-cover-page. Acesso em 17 de Set de 2021.



BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais – **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília – DF, 2018, p.42. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 17 de Set de 2021.

GONÇALVES M. Maria, SILVA A. Amanda, SILVA R. M. Dágila, ALENCAR C. J. Antonia, MRORÓ A. G. Darrielle, BEZERRA M. M. Martha – **Os Desafios no Tratamento da Sífilis Gestacional**- Id on Line Ver. Mult. Pisc. V.14 p. 107, fevereiro/2020. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article>. Acesso em: 18 de Set de 2021.

CUNHA R. Mickaella, LEÃO B. Andrezza, SANTOS P.R. J. Luciano, FACHIN P. Laércio – **Perfil epidemiológico de sífilis gestacional em uma cidade do nordeste brasileiro: clínica e evolução de 2014 a 2019** – REAS Vol.13 p.3. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article> - Acesso em: 18 de Set de 2021.

SILVA C. Daiane – **ASSISTÊNCIA PRÉ – NATAL Á GESTANTE COM SÍFILIS** - Faculdade de Educação e Meio Ambiente – Ariquemes – RO, 2018. Disponível em: <http://seer.ufm.edu.br/revistaelectronica>. Acesso em: 19 de Set de 2021.

LINDOSO F. Raylene, NINA S. N. Larissa, ALVES R. F Layssy, GALVÃO P. C. E. Kayo, SOUZA J. B. Suzana, SOUSA C. Livia, RAMOS B. M. S. Aline, SOUZA J. B. Isabela – **Aspectos epidemiológicos dos casos de gestantes com sífilis em São Luís – MA no período de 2010 a 2015**. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v3, n. 2, p. 3596 – 3608 mar/abr. 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com>. Acesso em: 25 de Set de 2021.

NETO S. R. Benedito et al – **MEDICINA: Progresso Científico, Tecnológico, Econômico e Social do País** – Atena Editora, 2021. Ponta Grossa – Paraná. Disponível em: <https://www.academia.edu> .Acesso em: 30 de Set de 2021.

NETO, S. R. Benedito et al - **Ciências da Saúde: Da Teoria à Prática**- Atena Editora, 2019, p 174- 176- Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/arquivos/ebooks>. Acesso em: 2 de Out de 2021.

SILVA R. Luís, ARRUDA S. E. Laís, NASCIMENTO W. Jonathan, FREITAS A. V. Marcelo, SANTOS F. S. Isadora, SILVA L. T. José, FREITAS S. Thiago, FERREIRA J. Ricardo, OLIVEIRA A. C. Emília - **De mãe para filho (a): os impactos da sífilis gestacional e congênita na saúde pública do Brasil**. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.4, n. 1, p. 334, Jan/ Feb, 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com>. Acesso em: 3 de Out de 2021.

FERNANDES, V.F. Judrielle et al. **Sífilis em gestantes residentes em São Luís, Maranhão: perfil e evolução de 2006 a 2018**. Faculdade do Maranhão. Secretaria de Estado da Educação do Maranhão. Universidade Federal do Maranhão. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br>. Acesso em: 17 de Out de 2021.

BARRETO C. Ingrid - **SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA EM SÃO LUÍS – MA NO SÉCULO XXI** - Universidade Federal do Maranhão. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br> - Acesso em: 18 de Out de 2021



CAPÍTULO IX

PROTAGONISMO E VULNERABILIDADE SOCIAL NA GESTAÇÃO: OS DESAFIOS DO PROGRAMA MÃE CORUJA

Edilma Edilene da Silva³⁹; Irlanda Cavalcanti da Silva Arruda⁴⁰;

Luciano da Fonseca Lins⁴¹.

DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-09

RESUMO:

No período gestacional logo se imagina a chegada de uma criança. As pessoas, geralmente, idealizam um lar, uma família, uma recepção estruturada para o novo ser que irá chegar. No entanto, a realidade muitas vezes torna-se diferente, afinal, muitas mulheres apresentam situações desfavoráveis na gestação. Existem mulheres gestantes que se encontram em vulnerabilidade social que envolvem diversas dimensões tais como: a inserção social, o desemprego, falta de moradia, enfermidades, conflitos familiares, ausência de informações e oportunidades, entre outros. A maternidade nessas conjunturas passa a ser um cenário preocupante para o alcance do bem-estar materno e de proporcionar melhor qualidade de vida para o futuro bebê. O estudo tem como objetivo identificar quais são as vulnerabilidades sociais apresentadas pelas gestantes e como essas vulnerabilidades limitam no desenvolvimento do seu protagonismo. Este estudo foi realizado com 20 mulheres gestantes que participam do Programa Mãe Coruja Pernambucana do Município de Panelas. Foram utilizados para coleta de dados dois instrumentos metodológicos: entrevista semiestruturada e questionários autoaplicáveis. Conclui-se que a vulnerabilidade social limita as potencialidades das gestantes como autoras de seu protagonismo e restringe o seu despertar frente à vulnerabilidade.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação. Vulnerabilidade social. Protagonismo.

PROTAGONISM AND SOCIAL VULNERABILITY IN PREGNANCY: THE CHALLENGES OF THE MOTHER CORUJA PROGRAM

ABSTRACT:

In the gestational period, the arrival of a child is soon imagined. People, generally, idealize a home, a family, a structured reception for the new being that will arrive. However, the reality often becomes different, after all, many women have unfavorable situations during pregnancy. There are pregnant women who are in social vulnerability

³⁹ Mestre em Psicologia, Práticas e Inovações em Saúde Mental pela Universidade de Pernambuco, Campus Garanhuns – UPE. Especialista em Docência na Saúde e Técnica de Monitoramento do Programa Mãe Coruja Pernambucana. <http://lattes.cnpq.br/4983113995931517>. E-mail: edilmaes36@gmail.com

⁴⁰ Mestre em Psicologia, Práticas e Inovações em Saúde Mental pela Universidade de Pernambuco, Campus Garanhuns – UPE. Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental. <http://lattes.cnpq.br/5852461739277253>. E-mail: irlandapsic@hotmail.com

⁴¹ PHD. Doutor em Psicanálise. Orientador do Programa de Mestrado em Psicologia, Práticas e Inovações em Saúde Mental pela Universidade de Pernambuco Campus Garanhuns – UPE. <http://lattes.cnpq.br/9147115426330013>. E-mail: llins25@msn.com.br



that involve several dimensions such as: social inclusion, unemployment, homelessness, illness, family conflicts, lack of information and opportunities, among others. Motherhood in these circumstances becomes a worrying scenario for achieving maternal well-being and providing a better quality of life for the future baby. The study aims to identify the social vulnerabilities presented by pregnant women and how these vulnerabilities limit the development of their protagonism. This study was carried out with 20 pregnant women who participate in the Mãe Coruja Pernambucana Program in the Municipality of Panelas. Two methodological instruments were used for data collection: semi-structured interviews and self-administered questionnaires. It is concluded that social vulnerability limits the potential of pregnant women as authors of their protagonism and restricts their awakening in the face of vulnerability.

KEYWORDS: Pregnancy. Social vulnerability. Protagonism.

INTRODUÇÃO

Sabe-se que no período gestacional a mulher necessita de atenção e cuidados, por se tratar de experiência singular decorrente das transformações fisiológicas, hormonais, emocionais, culturais e sociais. Por estar gerando uma vida, protagonizada por outro ser, provocando mudanças desde o descobrimento da gestação até o desenvolvimento humano do bebê, redirecionando as prioridades e as condições de vida (BARRETO, 2012).

Nesse segmento algumas gestantes muitas vezes, não apresentam qualidade de vida satisfatórias e saudáveis que possam oferecer ao bebê, por deparar-se com a fragilidade de situações de desigualdades de família vinculada a atributos estruturais, ofendida pela deficiência econômica, afetiva, problemas de saúde, ambiental, educacional, trabalhista entre outras, que levam a gestante, a encontrar dificuldades para exercer saudavelmente os cuidados fundamentais de igualdade de socialização, de amparo, ou seja, em todos os aspectos biopsicosocial.

Neste sentido, as políticas públicas vêm concentrando suas ações com base na assistência e no cuidado através de suas estratégias, normas e programas que possam orientar e organizar ao redor de cada pessoa, de acordo com esquemas específicos dos planos dela e dos significados que derivam desses, porém, levando em consideração o Programa Mãe Coruja Pernambucana-PMCP, também como um dos serviços de assistência e cuidado com a mulher, tendo como objetivo de garantir atenção integral às mães Pernambucanas, usuárias do sistema único de saúde- SUS antes e depois do nascimento de seus bebês, buscando um desenvolvimento saudável e harmonioso durante os primeiros 05 anos de vida da criança (BRASIL, 2009).



Proporciona suas ações motivadas na efetivação do protagonismo e do cuidado, estimulando as gestantes a ampliar sua biografia de vida de forma digna, mostrando possíveis possibilidades de reorganizar suas concepções diante de alguma vulnerabilidade social que a mesma se encontra, desenvolvendo capacidades de se reinventar e resignificar as possíveis situações desfavoráveis (MALDONADO, 2017).

E, é nesta perspectiva que o presente estudo tem como objetivo identificar quais são as vulnerabilidades sociais apresentadas pelas gestantes e como essas vulnerabilidades limitam no desenvolvimento de seu protagonismo.

PROGRAMA MÃE CORUJA PERNAMBUCANA (PMCPE): UMA BREVE DESCRIÇÃO

O Programa Mãe Coruja Pernambucana- PMCPE, foi fundado em 2007, por meio do decreto de nº 30.859 de 04 de outubro de 2007, com a proposta de garantir os direitos das mulheres gestantes e o direito à infância de 0 a 05 anos de vida.

Assim, no ano de 2009, o governador Eduardo Campos instituiu o programa em projeto de lei, aprovada pela Assembleia Legislativa (Lei de nº 13.959, de 15 de dezembro de 2009) que define seus objetivos, ações, critérios de inclusão dos municípios, estabelecendo uma rede de ações intersetoriais (BRASIL, 2009).

O programa tem a proposta de atenção e cuidado no que se refere ao período gestacional e o desenvolvimento infantil. Neste sentido sendo regido e abastecido pelas premissas do caderno de normativas do PMCP pautado na lei e tem como característica realizações de ações prioritárias em três eixos no âmbito da saúde, educação e desenvolvimento e assistência social, objetivando a promoção e proteção dos determinantes de saúde e na prevenção de agravos e possíveis intervenções através da articulação e encaminhamentos para a rede socioassistencial.

Bem como garantir atenção integral às gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde- SUS e aos seus filhos e famílias, estimulando e solidificando os vínculos afetivos e buscando construir uma rede solidária para a sensibilização da redução de mortalidade infantil e materna, além de avanços de melhorias de outros indicadores sociais (BRASIL, 2009).



Em síntese, o Programa visa facilitar o cuidado com as mulheres gestantes através do conhecimento dos seus direitos e deveres de exercer seu papel de cidadã, conhecer os direitos das crianças de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA e no conhecimento das políticas públicas. Priorizando o combate das vulnerabilidades sociais, pois o PMC evidencia estar em meio a um cenário de problemas sociais apontados para a desigualdade e as vulnerabilidades sociais que possivelmente chegam a vitimar as mulheres gestantes e as crianças, limitando-as de exercer seu cuidado, receber cuidado integral e desenvolver suas potencialidades para o alcance de seu protagonismo quebrando suas crenças limitantes e favorecendo assim qualidade de vida.

OLHARES E SABERES DIANTE DO PROTAGONISMO

O protagonismo tem como objetivo que os profissionais que atuam nos dispositivos de saúde desenvolvam suas ações e práticas pautadas, na atenção e no cuidado e que este cuidado seja de forma integrada, incluindo a participação do usuário, agregando e considerando ambos os saberes.

Para Feuerwerker (2016), protagonismo é definido como o desenvolver de iniciativas, expressão, autonomia, a autocrítica, a criatividade o conhecimento da realidade, do ser determinado da responsabilização e do compromisso social; é o indivíduo sair do lugar de consumidor e poder fabricar seu lugar de protagonista na construção de seus processos vivenciais.

Para Costa (2000), o protagonismo é um modo de reconhecer e valorizar a participação do processo de mudança do ser. Essas mudanças podem ser possibilidades decisivas na realidade interpessoal, social, ambiental, cultural e política em que estão envolvidas. O protagonismo, tanto quanto um direito de todos e qualquer cidadão, é um dever dos profissionais e dos serviços de saúde estimular a participação dos indivíduos, para que possam despertar para a liberdade de conduzir suas vivências, seus valores, sua vida como prática de princípios de protagonismo.

O protagonismo ainda é uma possibilidade do sujeito desenvolver sua cidadania, bem como à formação da identidade, autoconceito e autoestima, que são aspectos



fundamentais para a concretização da autonomia e do reconhecimento de si para suas transformações nas formas de viver e protagonizar a sua própria vida (TOLLE, 2017).

Desta maneira, torna-se essencial, que as políticas públicas possam cada vez mais investir e criar espaços de cuidados que possibilitem aos usuários conhecer e incorporar um compromisso profundo e integral de uma perspectiva criativa pautada na tolerância e cooperação, pois o protagonismo implica relações entre conhecimento, participação, responsabilização e criatividade como fortalecimento de uma possibilidade para a superação das vulnerabilidades sociais, levando-se em conta que o desenvolvimento permanente faz parte da condição de sujeito, sem perder de vista que a pessoa é imersa em seu tempo e na sua história (BUSSO, 2008).

Portanto, vale salientar também compreender o protagonismo como uma forma de possibilidades de abertura entre profissional e usuário, um “espaço intercessor”, isto é, a relação mútua entre esses é ao mesmo tempo lugar de construção comum, no caso, do cuidado (BRITO, 2015).

Em suma, referenciando as propostas das ações e práticas do programa mãe coruja que norteiam o processo de integração das beneficiárias para protagonizar seu cuidado, vale considerar a concepção do que é vulnerabilidade social.

UMA POSSÍVEL COMPREENSÃO DA VULNERABILIDADE SOCIAL

A vulnerabilidade social, não se restringe às situações de pobreza e/ou de extrema pobreza, mas envolvem diversas dimensões e situações que contemplam, como as dificuldades de inserção social, o desemprego, a ausência de informações, a falta de oportunidades, enfermidades, violência, crenças e condicionamentos que envolvem o indivíduo e o fazem não perceber suas potencialidades de ser e existir.

Castel (2007) aponta a vulnerabilidade como o enfraquecimento funcional que indivíduos, famílias ou grupos dispõem para enfrentar situações de riscos acometidos que implicam a perda de bem-estar.

Porém, para Castro (2009), compreende a vulnerabilidade como uma conjuntura de fatores aplicados de diferentes formas e em várias dimensões, de modo a tornar o



indivíduo ou grupo mais suscetível aos riscos e as contingências. E ainda conceitua como exposição a riscos e ausência material, simbólica e comportamental de pessoas e familiares para enfrentar e ressignificar os possíveis desafios que são emergidos diante de suas existências. Porém, os riscos estão ligados por duas dimensões, uma que se apresenta por situações próprias do ciclo de vida dos indivíduos e por outra dimensão com as condições das famílias, da comunidade e do ambiente em que as pessoas convivem.

Considera-se que a vulnerabilidade está ligada aos aspectos de deficiência e exclusão. As pessoas são vulneráveis quando não dispõem de recursos materiais e imateriais para encarar com força e êxito os riscos que são ou estão submetidas, bem como não têm capacidades para obter que possibilidades de alcançar níveis razoáveis de saúde, educação e segurança pessoal e coletiva (BRITO, 2015).

Convém evidenciar que a vulnerabilidade é extremamente dinâmica, além de poder apresentar aspectos sobre preocupações com diferentes percepções em relação à visão dos indivíduos que se encontram em algum tipo de vulnerabilidade social. Todas essas causas são determinantes de vulnerabilidade social, ou seja, quando o indivíduo não apresenta condições de gozar dos mesmos direitos e deveres de outras pessoas, devido ao desequilíbrio socioeconômico. Assim são as pessoas ditas “vulneráveis sociais” por estarem perdendo a sua expressão diante da sociedade, e geralmente dependem de um conjunto de representatividade para que possam garantir a sua sobrevivência (BUSSO, 2008).

Em síntese, a vulnerabilidade social é definida pelo esgarçamento do bem-estar e dos direitos dos seres humanos entre as classes socioeconômicas, saúde, educação, cultural e espiritual, podendo assim colocar os indivíduos em fatores de risco frente à protagonização de seus cuidados e qualidade de vida.

MÉTODO

A pesquisa foi um estudo de natureza qualitativa do tipo descritiva realizada com as gestantes de 8 a 38 semanas de idade gestacional, variando entre 20 e 42 anos de idade, oriundas do Programa Mãe Coruja Pernambucana do município de Panelas. No período



de 10 de abril de 2018 a 19 de junho de 2018, com uma amostra populacional de 20 participantes.

Para investigação das vulnerabilidades sociais apresentadas pelas gestantes e como essas vulnerabilidades limitam no desenvolvimento de seu protagonismo. Foram realizados 03 encontros, para a coleta de dados, que se buscou através de entrevista semiestruturada de forma individual, em sala fechada no espaço físico onde funciona o programa, tendo em média de 30 a 40 minutos de duração para cada entrevistada. E no segundo e terceiro encontro foram aplicados dois instrumentos: o questionário de domínios de preocupações (QDP), este Questionário é um teste composto por 25 itens de avaliação de conteúdo, pertinentes a vulnerabilidade social contemplando os aspectos de relacionamentos, falta de confiança, ausência de perspectivas futuras, trabalho e finanças. E o questionário sobre crenças pessoais (QCP), este instrumento é um questionário composto por 25 itens que visa verificar as crenças pessoais de desamor, desvalor e desamparo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Entende-se que para estabelecer propostas que consigam alcançar todas as demandas, qualquer programa irá deparar-se com algumas dificuldades no decorrer do caminho, devido às adversidades singulares que apresentam cada sujeito. Assim, resultam dimensões complexas nos serviços, pois constrange e inibe a expressão de sensibilidade entre seus pares.

As demandas por cuidado diante das vulnerabilidades sociais comunicado pelas usuárias gestantes não podem vir a serem compreendidas por meio de um único viés, mas entendendo as dimensões que levam a uma percepção flexível de suas vivências. No entanto, essas dimensões se vinculam ao reconhecimento de diferenças a respeito de suas experiências individuais.

Apesar das experiências difíceis, das emoções contraditórias ao longo do processo da maternidade, ficou explícito que as gestantes buscam o programa, não é pelo bem “imaterial” e sim pelo “material” os benefícios que são “facilitados”, justamente devido a vulnerabilidade social no aspecto financeiro.



Ficou evidente que a vulnerabilidade social, para as gestantes, é percebida como um fator que as impede de exercer seu autocuidado. Contudo vale salientar que o cuidado não deve ser reduzido pela vulnerabilidade, visto que o cuidar de si é algo frontal, e é a partir dele que se resulta cada comportamento (MADONALDO, 2011). Porém as gestantes apresentam alterações no autocuidado, por acreditar que não são capazes de se cuidar por inúmeros motivos tais como: esposo ciumento, não tem tempo para se dedicar a si, só a família e as atividades domésticas, condições financeiras, por não ser merecedora devido a sua baixa autoestima.

As gestantes confirmam a falta de comunicação efetiva, o temor de não ser ouvidas nem compreendidas e têm vivenciado, situações que mostram que em alguns dispositivos elas ocupam uma condição de invisibilidade, defendem que isso dificulta a interação e que essa situação pode, em parte, ser entendida pelo baixa renda e conhecimento linguístico que se tornar ausente da parte delas.

A vulnerabilidade financeira restringe as formas de lazer, que atualmente suas atividades de lazer estão bem afastadas entre o ideal e o real que tanto almejam para si e para os filhos que têm e para aqueles que estão para chegar.

Para gestantes falar de seus sonhos é tocar em algo que lhe emocionam, pelo fato de classificar que é impossível a conquista dos mesmos, além de sua vulnerabilidade econômica, ainda a falsa crença de desvalor em acreditar que não tem capacidade de protagonizar seus objetivos e assim, proporcionar uma vida melhor para seus filhos.

A compreensão das construções de sonhos das gestantes vulneráveis fornecem elementos substanciais das suas necessidades concretas que dividem com outros, ou seja, com seus filhos e esposo.

“A construção social da invisibilidade, cujo substrato é constituído por desigualdades sociais, econômicas, educacionais, psicossociais e de saúde” (TOLLE, 2017). Ao relatar as dificuldades, as gestantes adotam suas experiências como um mero fracasso, sendo incapazes de suprir estas necessidades que, por algumas vezes tentou conseguir soluções através das políticas públicas, mas se esbarrou em outras dificuldades (No momento o silêncio se fez presente e o choro o acompanhou).



Reconhecimento de desamor diante das relações, trazem uma dimensão de não acreditarem que têm valor de não serem capazes o que as tornam vulneráveis a riscos sociais, alienando-as quanto à tomada de decisões sobre as prerrogativas sociais, distanciando-as do seu nível puro e autêntico.

As gestantes formaram seus conteúdos, conduzindo a sua vida a um padrão de repetição cognitiva e comportamental de forma disfuncional. Por acreditar em seu desvalor, não enxergar a sua autonomia para protagonizar sua vida e se restabelecer diante das vulnerabilidades sociais.

O construto da confiança é um estado psicológico que compreende a intenção de aceitar uma vulnerabilidade baseada em expectativas positivas das intenções ou ação do outro. As gestantes apontam serem vítimas de situações que estimularam a construção de barreiras sobre a confiança de si e do outro.

As preocupações das gestantes estão relacionadas às suas vulnerabilidades sociais, mais precisamente nos aspectos financeiro, educação, saúde, relacionamento interpessoal e autoconfiança, o que limita as construções de suas perspectivas futuras.

Apresentam vulnerabilidades sociais como a falta de acesso às estruturas de oportunidades oferecidas pelo mercado de trabalho e a própria sociedade, apontam a deficiência de um conjunto de atributos fundamentais para o aproveitamento efetivo da estrutura de oportunidades existentes.

Em suma as carências se tornam reflexo das visões turvas relacionadas a qualidade de vida, que as gestantes se enxergam em meio a suas experiências cotidianas suas vulnerabilidades sociais, resultando na ausência de buscar desenvolver seu protagonismo frente às aspirações, por achar que tornar-se impossível de se reinventarem perante de suas dificuldades, assim torna-se até um desafio aos profissionais do programa mãe coruja a própria estimulação da construção de novas visões e desenvolvimentos dessas gestantes frente a protagonização de sua existência para que possam refletir a seus filhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Ficou compreendido que a vulnerabilidade social apresenta dados dinâmicos e estruturais que perpassam por uma variável, educação, saúde, situações econômicas, psicossociais, ausência de oportunidades, e entre tantos outros fatores que foram achados.

É explícito que muitas dessas vulnerabilidades sociais se reproduzem e se combinam, limitando as potencialidades das gestantes como autoras de protagonismo e limitando seu estatuto de pessoas dotadas de direitos. Em paralelo com as dificuldades das gestantes tornar-se um desafio para o programa mãe coruja, pela questão do interesse maior delas ser em relação “a maximização dos benefícios materiais e a minimização dos benefícios imateriais. O que se torna de suma importância o material, o qual educa, orienta, direciona e estimula o desenvolvimento do protagonismo.

O que se tem mostrado é que o campo da vulnerabilidade social tem sido presente na vida dessas gestantes. Desse modo, o interesse sobre o material tem sido sempre questionado pelas mesmas, isso na idealização de conseguir algo que lhe falta para proporcionar ao filho que espera.

Neste viés sustenta o pressuposto de que as gestantes estão aprisionadas em suas crenças pessoais e sociais que fazem com que ocorram suas preocupações improdutivas diante das situações emergidas, ou seja, estão terceirizando a vulnerabilidade e diante deste é fundamental que elas possam se desprender das amarras que as prendem, estabelecendo possibilidades de criação, para lidar com tais vulnerabilidades, de forma que permitam a construção de uma nova visão, com dimensões de serem operacionalizadas, protagonistas em autonomia e autogoverno de si.

Concluo, portanto, que a vulnerabilidade social proporciona uma organização de crenças para as gestantes, porque a mente não está separada da sociedade, não é distinta da cultura, da religião, da educação, da saúde, dos riscos, das várias divisões de classes, das ambições e dos conflitos.

Desta maneira, impedem as gestantes de descobrirem suas potencialidades e alteridade, buscando sair do lugar de consumidor e fabricar seu lugar de protagonista na construção de uma melhor qualidade de vida. Para que isso aconteça elas precisam despertar, porque só será possível elas serem protagonistas se estiverem atentas para isso, porque protagonismo se trata de um construto da natureza e não algo que possa ser fixado.



REFERÊNCIAS

Barreto, A. M. **Nove meses de consumo da maternidade a vulnerabilidade**. João Pessoa. 140F.: il. Dissertação (Mestrado) 2012. UFPB/CCSA.

_____. **Brasil, Lei nº 13.959, de 15 de dez. de 2009. Manual do Programa Mãe Coruja Pernambucana** 2009. Recife - PE.

Brito, I. “Para uma nova Clínica de Pais e Bebés” In. Leal, **Psicologia da Gravidez e da Parentalidade** 2015. Lisboa: Fim de Século.

Busso, G. **O enfoque da vulnerabilidade social no contexto latino americano: situação atual, opções e desafios para as políticas sociais a inícios do século XXI**. 2008 Santiago, Chile: CEPAL.

Castel, R. In: **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. 2007. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes.

Castro, A.; Aquino L.; Andrade, C. **Juventude e Políticas Sociais no Brasil**. 2009 Brasília: Ipea.

Costa, A.C.G. O adolescente como protagonista. In: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. Área de Saúde do Adolescente. **Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento**. v.1. 2010 Brasília.

Feuerwerker, L. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. 2016 Porto Alegre: Rede Unida.

Maldonado, M. T. **Maternidade e paternidade**. 2011. Editora Vozes, Petrópolis. Tolle, E. **O poder do silêncio**. 20017. Rio de Janeiro: Sextante.



CAPÍTULO X

RECENATO E OS EXAMES DE TRIAGEM NEONATAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Maria Rita Sousa da Silva⁴²; Eliana Campêlo Lago⁴³;

Ananda Santos Freitas⁴⁴; Irene Sousa de Silva⁴⁵;

Gerardo Vasconcelos Mesquita⁴⁶; Nayra Jaqueline da Silva⁴⁷.

DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-10

RESUMO:

A triagem neonatal é uma ação preventiva que permite fazer o diagnóstico de diversas doenças congênitas ou infecciosas, assintomáticas no período do recém-nascido correspondente aos vinte e oito dias após o nascimento, englobando exames auditivo, ocular, cardíaco e sanguíneo. Esta triagem é responsabilidade do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) do Ministério da Saúde, financiado pelo SUS e desenvolvido em todos os Estados do Brasil por meio dos laboratórios credenciados pelo Ministério da Saúde. Este estudo objetivou realizar uma revisão integrativa sobre a triagem neonatal e a sua importância para a saúde e o desenvolvimento infantil. A metodologia de revisão integrativa contemplou buscas em fontes bibliográficas nas principais bases de dados entre elas Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) obedecendo os seguintes critérios: coerência com a temática relacionada; artigos da enfermagem e de outras áreas; publicação entre os anos de 2018 e 2021; texto completo disponibilizado na íntegra, utilizando os descritores em português: *triagem neonatal, doenças do recém-nascido e assistência de enfermagem*. Na análise descritiva dos artigos ascenderam três categorias temáticas para discussão: categoria 1: importância do período adequado para identificação de doenças; categoria 2: fatores que podem influenciar no diagnóstico; categoria 3: risco futuros que podem ser evitados. Diante da

⁴² Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão- UEMA (2021). Email: ritinhasousa83@gmail.com

⁴³ Odontóloga -UFPI. Enfermeira -UFPI. Bacharel em Direito pela UniFACID WYDEN.

Pós-doutorado - Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade de Brasília-UNB. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Morfologia e Imunologia Aplicada – NuPMIA-UNB. Doutora em Biotecnologia -UFPI. Mestre em Clínicas Odontológicas -UFPA. Especialista em Odontopediatria -UFPA. Especialista em Implantodontia pela Associação Brasileira de Cirurgiões-dentistas -ABCD-PI. Especialista em Enfermagem Obstétrica -UEPA. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelas Faculdades Integradas São Camilo CEDAS-SP. Professora Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Biodiversidade, Ambiente e Saúde- PPGBAS e da graduação do Departamento de Enfermagem -UEMA. Secretária Municipal da Juventude-SEMJUV – Teresina- Piauí. E-mail: anaileogal@gmail.com

⁴⁴ Enfermeira -UEMA. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade Evangélica do Meio Norte- FAEME. Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional -UEMA. Mestranda em Biodiversidade Ambiente e Saúde -UEMA. E-mail: annandhacx@hotmail.com

⁴⁵ Graduada em Enfermagem -UFPI. Mestre em Ciências da saúde pela -UFPI. Professora auxiliar da graduação do departamento de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Maranhão. E-mail: Irenesilva1069@gmail.com

⁴⁶ Doutor em Cirurgia ortopédica pela Universidade Federal de Pernambuco -UFPE. Professor Titular do Centro Universitário Uninovafapi. Professor Adjunto da Universidade Federal do Piauí-UFPI. E-mail: gvmesquita@uol.com.br

⁴⁷ Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão- UEMA (2021). E-mail: nayrajaaque@gmail.com



revisão é possível concluir que a detecção precoce das doenças pode ajudar na possível cura da patologia, um melhor tratamento, e até mesmo preparar o meio em que a criança irá crescer e se desenvolver. Ressalta-se que os exames neonatais têm a real importância em identificarem as doenças para minimizar danos à saúde da criança.

PALAVRAS-CHAVE: Triagem Neonatal. Doenças do Recém-Nascido. Assistência de Enfermagem.

NEWBORN AND NEONATAL SCREENING EXAMS: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT:

The preventive action called neonatal screening allows the diagnosis of various congenital or infectious diseases, asymptomatic in the period of the newborn corresponding to twenty-eight days after birth, encompassing hearing, eye, heart and blood tests. This screening is the responsibility of the National Neonatal Screening Program (PNTN) of the Ministry of Health, funded by SUS and developed in all Brazilian states through laboratories accredited by the Ministry of Health. This study aimed to carry out an integrative review on neonatal screening and its importance for child health and development. The integrative review methodology included searches in bibliographic sources in the main databases, including Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Virtual Health Library (BVS) in which they passed the following criteria: consistency with the related theme; articles from nursing and other areas; publication between the years 2018 and 2021; full text available in full, using the descriptors in Portuguese: neonatal screening, diseases of the newborn and nursing care. In the descriptive analysis of the articles, three thematic categories emerged for discussion: category 1: importance of the appropriate period for identifying diseases; category 2: factors that may influence the diagnosis; category 3: future risk that can be avoided. In view of the review, it is possible to conclude that the early detection of diseases will help in the possible cure of the pathology, a better treatment, and even to prepare the environment in which the child will grow and develop. Emphasizing that neonatal exams are of real importance in identifying diseases to minimize damage to the child's health.

KEYWORDS: Neonatal Screening. Diseases of the Newborn. Nursing Care.

INTRODUÇÃO

O período neonatal representa um momento de grande vulnerabilidade na vida, onde se concentram riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais. Há, muitas vezes, a necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde ao recém-nascido, direitos reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990).

Existe uma ação preventiva denominada triagem neonatal que permite fazer o diagnóstico de diversas doenças congênitas ou infecciosas, assintomáticas no período do recém-nascido correspondente aos vinte e oito dias após o nascimento, englobando



exames auditivo, ocular, cardíaco e sanguíneo. Dentro do território brasileiro é de responsabilidade do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) do Ministério da Saúde, financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e desenvolvido em todos os Estados do Brasil por meio dos laboratórios credenciados (BRASIL, 2017).

A Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016 normatiza que o recém-nascido receba alta hospitalar com o teste do reflexo-vermelho (teste do olhinho) e o teste da oximetria de pulso (teste do coraçãozinho) feitos, além do teste do pezinho assegurado entre o 3º e o 5º dia de vida e da triagem auditiva (teste da orelhinha) no primeiro mês de vida (BRASIL, 2016).

Por meio do rastreamento, espera-se prover melhor prognóstico aos recém-nascidos diagnosticados com algum problema de saúde, para evitar ou minimizar distúrbios futuros e diminuir a carga de morbimortalidade (MALLMANN, 2020). O comprometimento dos municípios brasileiros na organização e implantação do PNTN é essencial para resultados, assim como a participação ativa das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), com ações de controle e monitoramento das unidades de saúde, a fim de garantir à criança o acesso seguro e em tempo adequado ao cuidado em saúde (VENÂNCIO, 2020).

A fim de contribuir para o atendimento precoce dos Recém-nascidos (RN), a realização do diagnóstico precoce de todos os nascidos vivos ocorre nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Desta forma, a consulta de enfermagem é realizada quando o RN completa o quinto dia de vida, onde o profissional avalia a saúde do RN e da mãe. O Ministério da Saúde instituiu a linha de cuidados, oferecendo atendimento nos três níveis de atenção por meio de ações preventivas que estimulem a autonomia e a corresponsabilidade dos usuários, bem como a detecção precoce de agravos. O foco das ações é a saúde, buscando visualizar a criança inserida no contexto familiar sob todos os aspectos que determinam sua saúde e assim, reduzir as taxas de morbimortalidade por causas evitáveis (FERREIRA, 2021).

Há a necessidade de uma equipe técnica completa formada pelo enfermeiro, responsável pela coleta e busca ativa dos recém-nascidos; técnico de enfermagem, treinado para auxílio e armazenamento do material; e médico, para informar o diagnóstico



à família. Todos esses profissionais devem ter capacidade de fornecer orientações aos responsáveis sobre o procedimento, sua finalidade e condutas a serem tomadas quando há confirmação de alguma doença (PIMENTE, 2010).

Como forma de operacionalizar essa assistência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), em seus eixos estratégicos, direciona-se ao cuidado e organiza a assistência mediante a definição de ações prioritárias para a saúde da criança, atuando, por exemplo, em causas perinatais e neonatais que são as principais envolvidas na morte de menores de um ano (BRASIL, 2015).

Dessa forma, pretende-se realizar uma revisão integrativa sobre a triagem neonatal e assim, identificar na literatura os exames da triagem neonatais preconizados, relacionar sua importância para a saúde e o desenvolvimento infantil.

REFERENCIAL TEÓRICO

MARCOS LEGAIS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs, na década de 60, a necessidade de serem criados programas de triagem neonatal para a prevenção de doenças que agravam a saúde do recém-nascido. Assim surgiu o exame de triagem neonatal que possui papel fundamental desde os primeiros dias de vida do recém-nascido (CAMARGO, 2019).

No Brasil, a concretização de exames preventivos neonatais ocorreu com a criação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, que abrange a detecção de diversas doenças além de contemplar os princípios do SUS e, por isso, considerado de grande importância nacional. Exige a responsabilidade das três esferas de gestão: Federal, Estadual e Municipal, mais os profissionais responsáveis pelo manejo da triagem, quer seja na Atenção Primária à Saúde ou em maternidades (BRASIL, 2018).

A Portaria Nº 822, de 06 de junho de 2001, referente ao Programa Nacional de Triagem Neonatal no Sistema Único de Saúde, normatiza sobre o desenvolvimento de ações de triagem neonatal em fase pré-sintomática, acompanhamento e tratamento das doenças congênitas detectadas inseridas no programa em todos os nascidos-vivos



(BRASIL, 2001). O programa é composto de fases para implantação em todo o Brasil, que são subdivididas em fase 1 com a detecção na triagem de fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito, a fase 2 mais as doenças falciformes e outras hemoglobinopatias e a fase 3 com acréscimo da fibrose Cística (BRASIL, 2001).

Ainda foi adicionado ao PNTN uma nova portaria, Nº 2.829, de 14 de dezembro de 2012, que insere a fase 4 de exames a serem realizados na triagem neonatal inserindo a hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase (BRASIL, 2012). Em outro momento, a implantação da Triagem Auditiva Neonatal Universal com a Lei nº 12.303/2010, que normatiza o exame Emissões Otoacústicas Evocadas, que deve ser realizado em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências (BRASIL, 2010).

Há, dentro dos exames neonatais também a portaria Nº 20, de 10 de junho de 2014, que preconiza o procedimento com oxímetro de pulso ou teste do coraçãozinho, a ser realizado em todos os nascidos vivos, fazendo parte da Triagem Neonatal no Sistema Único de Saúde – SUS e a Lei de nº 4.090, de 2015 que insere, dentro dos exames, a realização do teste do reflexo vermelho, mas conhecido como teste do olhinho (BRASIL, 2015).

Em concordância com o acréscimo de exames na triagem neonatal a Portaria Nº 2.068, de 21 de outubro de 2016, traz que a alta hospitalar pode ser considerada, desde que a oximetria de pulso (teste do coraçãozinho), triagem ocular (Teste do Reflexo Vermelho ou teste do olhinho) realizados, triagem auditiva (teste da orelhinha) assegurada no primeiro mês de vida e a triagem biológica (teste do pezinho) assegurada preferencialmente entre o 3º e 5º dia de vida ocorram (BRASIL, 2016).

De acordo com o abordado dentro da triagem neonatal encontra-se a triagem sanguínea, auditiva, ocular e cardíaca, englobadas por meio do PNTN e Portaria do Ministério da Saúde que regulamenta os exames para identificar anormalidades antes dos 30 dias de vida do RN, proporcionando qualidade de vida e redução na morbidade e mortalidade infantil (ARDUINI, 2017).



Tabela 1. Apresentação de legislações que compõe a PNTN. Caxias-MA, 2021.

Legislações	Aplicação
Portaria Nº 822, de 06 de junho de 2001	Programa Nacional de Triagem Neonatal no Sistema Único de Saúde
Lei Nº 12.303, de 2 de agosto de 2010	Exame Emissões Otoacústicas Evocadas
Portaria Nº 20, de 10 de junho de 2014	Oximetria de pulso, fazendo parte da triagem Neonatal no Sistema Único de Saúde - SUS.
Lei de nº 4.090, de 2015	Teste do Reflexo Vermelho
Portaria Nº 2.068, de 21 de outubro de 2016	Alta hospitalar considerada, desde que o oximetria de pulso (teste do coraçãozinho), triagem ocular (Teste do Reflexo Vermelho ou teste do olhinho) realizado, triagem auditiva (teste da orelhinha) assegurada no primeiro mês de vida e a triagem biológica (teste do pezinho) assegurada preferencialmente entre o 3º e 5º dia de vida.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

TESTES REALIZADOS EM RECÉM-NASCIDOS

Na saúde pública, triar significa identificar, em uma população assintomática, os indivíduos que estão sob risco de desenvolver determinada doença ou distúrbio e que se beneficiaram de investigação adicional, ação preventiva ou terapêutica imediata (BRASIL, 2005).

E na conceituação de triagem respalda como a ação de prevenção por exames dos mais simples aos mais complexos na detecção de doenças congênitas ou infecciosas no período neonatal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE TRIAGEM NEONATAL, 2006). A triagem neonatal é uma iniciativa de saúde pública e de pediatria preventiva, ligada à genética, mais conhecida e utilizada em todo o mundo (KAYE C, 2006).

Uma das iniciativas, após a instituição do programa de triagem neonatal, é ofertar aos recém-nascidos procedimentos que garantam a manutenção de sua saúde, caracterizada pelo conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos



primeiros dois anos e em especial no período neonatal, garantindo diversas técnicas que aumentando a sobrevida (BRASIL, 2012).

Diante do processo de triagem o “teste do pezinho” como é popularmente conhecido, destaca-se por ser um dos mais importantes exames para identificação de algumas doenças de acordo com as portarias que regulamentam o PNTN: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias mais a fibrose cística além da hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase (BRASIL, 2001).

Acrescenta-se, dentro do protocolo de triagem sanguínea (teste do pezinho), que a coleta da amostra deve ser realizada após 48 horas de vida, devido ao nível de proteína no sangue após o nascimento, por gotas de sangue generosas da região plantar do calcanhar da criança colocada em um papel de filtro, onde é encaminhada para laboratório de referência para o exame (MENDES, 2020).

Sobre o “teste do olhinho” ou Teste do Reflexo Vermelho- TRV, para a detecção precoce de riscos que podem levar danos à cegueira, são identificadas patologias como a catarata (uma alteração que ocorre no cristalino), glaucoma congênito (alteração que ocorre na córnea), toxoplasmose (inflamação que altera a transparência no vítreo), retinoblastoma (ocorre pelo surgimento de tumor intraocular alterando a transparência do vítreo), descolamentos de retina, tumores intraoculares grandes, inflamações intraoculares importantes ou hemorragias intravítreas, bem como outras doenças que possam ocasionar alterações visuais (NASCIMENTO, 2020).

O procedimento simples, rápido e indolor diz referência à percepção do reflexo vermelho aparente quando é incidido nos olhos, sobre a superfície da retina, um feixe de luz. As nuances de cores estão distribuídas nos gradientes de vermelho, laranja e amarelo que variam quanto à intensidade, claro a escuro, além disso o mais importante é que não há sinais de uma retina opaca e esbranquiçada (CAGLIARI, 2016).

A triagem auditiva neonatal universal (TANU) faz parte de um conjunto de ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para a atenção integral à saúde auditiva na infância, sendo responsável pela detecção precoce de perda auditiva em neonatos por meio dos exames de emissões otoacústicas e potencial evocado auditivo de tronco



encefálico automático (PEATE-A), conhecido também como Brainstem Evoked Response Audiometry (BERA) (BRASIL, 2012).

Recomenda-se fazer o teste da orelhinha no momento de sono do bebê (ZOCOLI, 2006). A realização é por meio de energia sonora de fraca intensidade que é amplificada pela contração das células ciliadas externas, na cóclea, podendo ser captadas no Conduto Auditivo Externo (CAE). A audição normal ao nascer não impede o início tardio de perda auditiva e/ou a progressão da perda auditiva já existente ao nascimento, bem como a observação e acompanhamento de crianças que não apresentaram ao nascer nenhum dos Indicadores de Risco para a Deficiência Auditiva -IRDA, mas podem desenvolver uma deficiência auditiva (MAIA, 2012).

E dentro da Triagem de Cardiopatias Congênicas ou “teste do coraçãozinho”, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) aponta a necessidade e a importância da incorporação da oximetria de pulso fazendo parte da triagem neonatal, por ela apresentar sensibilidade de 75% e especificidade de 99% (BRASIL, 2014), além de possibilidade de identificar no RN outras doenças importantes, como distúrbios respiratórios e sepse (ABOUK, 2017).

Ainda há avaliação do frênulo lingual em Bebês ou "Teste da Linguinha", Lei nº 13.002/2014 que foi criada para avaliar essa condição (PENHA, 2019), alteração no freio lingual a qual pode estar relacionada com um encurtamento desse freio ou com sua inserção muito próxima ao ápice da língua (OLIVEIRA, 2019). Além de problemas fisiológicos, o frênulo curto pode gerar transtorno psicológico entre a mãe e o bebê durante o aleitamento materno (SILVA, 2016), podem também ocorrer limitações do movimento da língua durante o choro e a lactação e posteriormente, dificuldades de dicção. Em casos mais graves, pode levar também a deficiência de crescimento da mandíbula (PROCOPIO, 2017).

COBERTURA DOS EXAMES PNTN

Conforme o Ministério da Saúde, um dos indicadores avaliativos do PNTN é a cobertura, referente aos recém-nascidos que realizaram os exames da triagem neonatal, em relação aos nascidos vivos dentro de uma determinada área geográfica, com o objetivo



de contemplar 100% dos recém-nascidos para a prevenção e redução da morbimortalidade provocada pelas patologias triadas (BRASIL, 2002).

Mesmo com medidas sendo adotadas, a cada ano, cerca de três milhões de mortes ocorrem durante o período neonatal em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). No Brasil, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido (RN) tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil no país. (FERNANDES, 2014). Desafio este caracterizado por componentes básicos, como saneamento básico, renda familiar, nível de instrução das gestantes e acesso aos serviços de saúde que interferem diretamente nesse parâmetro, tornando a maioria das mortes infantis evitáveis e exteriorizando a qualidade da saúde pública no Brasil (ARAÚJO, 2014).

Sobre a assistência à saúde na infância mediante os testes neonatais verifica-se uma estreita relação, de acordo com a condição socioeconômica e cultural do país (THERRELL, 2015). No Brasil encontra-se a cobertura do teste do pezinho com média de 70,8% realizados dentro de sete dias de vida, a realização do teste da orelhinha com 56% e o teste do olhinho com 51,1%. A pesquisa ainda aponta um dado mais preocupante: após os 7 dias de alta hospitalar a primeira consulta ao bebê só é realizada em 28,7% da população pesquisada (IBGE, 2013).

Encontra-se em média 2 em cada 1.000 recém-nascidos vivos apresentando algum tipo de cardiopatia congênita crítica e, 30% destes recém-nascidos recebem alta hospitalar sem o diagnóstico, podendo evoluir com complicações graves (QUEIROZ, 2020), se tratando das cardiopatias congênitas, além da triagem neonatal, deve ser levado em conta os sinais pré-natais (PEDRA, 2019).

PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NA TRIAGEM NEONATAL

O SUS, além de oferecer os exames de triagem, uma etapa de diagnóstico, também garante o tratamento e o acompanhamento das crianças cujo resultado seja positivo para algum distúrbio supracitado (BRASIL, 2015). Para garantir que o recém-nascido tenha acesso a todos esses benefícios é essencial o envolvimento e orientação dos pais e



população, assegurando adesão ao PNTN e, consequente, redução dos índices de morbimortalidade infantil (ACOSTA, 2013).

A equipe de enfermagem tem participação importante e intransferível no Programa Nacional de Triagem Neonatal, porque é o profissional de enfermagem quem tem o maior contato com a clientela alvo, que são a mãe e o recém-nato. Desde o pré-natal, nas unidades básicas de saúde, a enfermagem é quem deve informar e orientar a gestante (SILVA, 2003).

Camargo, Fernandes e Chiepe (2019) ressaltam a importância da classe da Enfermagem, que atua na realização do exame e na disseminação de informações relevantes a respeito da relevância da realização do exame no período certo. Destarte, os autores ainda complementam que a equipe de Enfermagem está presente desde o pré-natal da mulher até seu período de puerpério.

A realização de cursos atualizados acerca das técnicas, conscientização dos profissionais a respeito de erros e sensibilização destes para compreender a buscar novas especializações e capacitações rotineiramente, ou seja, uma educação continuada em saúde, além de capacitar a equipe responsável pelo procedimento, visando evitar os erros que levam posteriormente a resultados alterados torna-se indispensável para a equipe de enfermagem (BRAZ, 2020).

METODOLOGIA

A escolha por revisão integrativa da literatura se deve ao fato que contém conceitos, opiniões e ideias de pesquisas já realizadas, e diante a formulação do estudo se permite a síntese de informações sobre a temática a ser explorada, trazendo ainda panoramas de diferentes autores (MENDES, 2008).

Esta revisão integrativa foi desenvolvida a partir de proposta de Ganong (1987), que estabelece cinco passos: (1) formulação e identificação do problema; (2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos; (4) análise crítica dos estudos; (5) interpretação dos resultados e apresentação da revisão.



Ao identificar o tema, elaborou-se a pergunta central. A questão norteadora foi: Nos serviços de saúde é realizado o diagnóstico de doenças precocemente no RN?

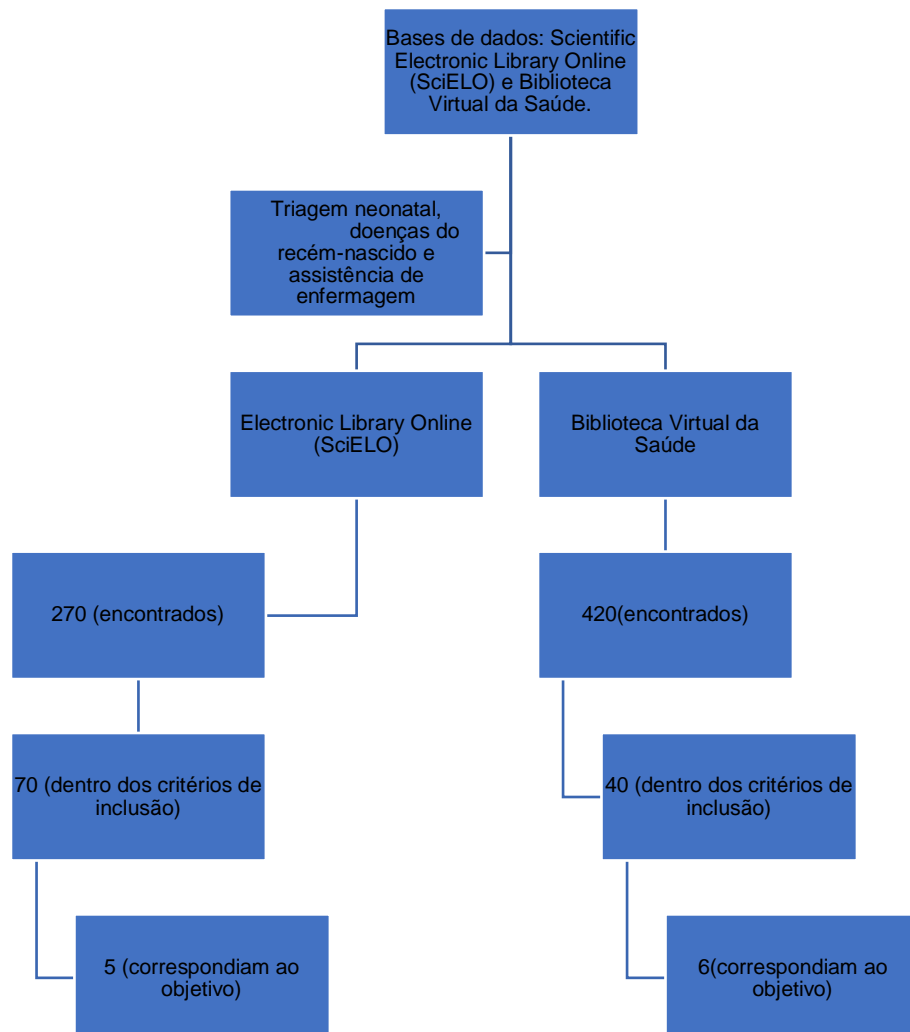
Para a busca dos artigos foram utilizadas estratégias respeitando as especificidades de cada base de dados, utilizando os descritores em português: triagem neonatal, doenças do recém-nascido e assistência de enfermagem; e em inglês: neonatal screening, newborn diseases and nursing care. Fazem parte dos Descritores em Ciências da Saúde – DeCS e Medical Subject Headings-MeSH.

Buscou-se fontes bibliográficas nas principais bases de dados entre elas Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual da Saúde, nos quais passaram pelos seguintes critérios: coerência com a temática relacionada; artigos da enfermagem e de outras áreas; publicação entre os anos de 2018 a 2021; texto completo disponibilizado na íntegra. Foram excluídos os artigos que não atenderam os critérios relacionados da importância de exames em RN, os artigos que após a leitura não atenderam ao objetivo proposto, não forneciam informações suficientes ou contendo informações incompletas, e que não foram publicados na íntegra.

Foram encontrados 690 artigos conforme os descritores na parte de seleção dos artigos e excluídos 689 por não atenderem a temática proposta, conforme fluxograma abaixo. A escolha dos artigos aconteceu por meio de leitura dos resumos. Depois de filtrado e selecionado o material que realmente atingia o critério de inclusão da pesquisa, leu-se na íntegra todas as publicações.



Figura: fluxograma das etapas de seleção dos artigos, Caxias-MA 2022.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analizou-se 11 artigos, os quais atenderam aos critérios de seleção previamente estabelecidos. A seguir, uma tabela com síntese, contendo autoria/ano, título, objetivos, resultados e conclusão.

Tabela 2. Apresentação da amostra de acordo com periódico, ano, autoria, título, objetivo, resultado e conclusão. Caxias-MA, 2022.

Autor/Ano	Título	Objetivo	Resultado	Conclusões
1.	A importância da triagem neonatal para diagnóstico da	Reconhecer a importância do teste do pezinho (TP) no Brasil	Diagnosticados 1.214 casos de doença falciforme e 61.021	Importância do diagnóstico precoce através da triagem



DE OLIVEIRA, Paula Kathlyn et al. (2020)	anemia falciforme no Brasil	para o diagnóstico precoce e tratamento da AF para oferecer melhor qualidade de vida para os pacientes e melhorar a sobrevida.	com o traço falciforme e quando não recebem o tratamento adequado apenas 20% das crianças atingem os 5 anos de idade	neonatal, pois permite o tratamento do paciente, aumentando a sobrevida e abordando de forma correta o aconselhamento genético quando essa criança se tornar adulto. Além disso, diminui as complicações da AF utilizando medicações e suplementações adequadas e a nutrição de acordo com a necessidade de cada criança.
2. CARVALHO, Beatriz Molina et al. (2020)	Acesso precoce à triagem neonatal biológica: coordenação entre programas de ação de assistência à infância	Verificar fatores associados ao acesso precoce de recém-nascidos à triagem neonatal biológica.	Encontrou-se associação estatisticamente significativa entre as variáveis “idade da criança” e “tipo de usuário” em um ano, e entre “idade da criança” e “local da coleta” em ambos os anos.	O acesso precoce ao exame oportuniza a triagem de doenças e o encaminhamento para tratamento. O estudo contribui com a gestão de programas de atenção à criança, ao apresentar estratégias que articulam informações e ações para melhoria do acesso à triagem neonatal biológica.
3. RODRIGUE S, Letícia Pinto et al. (2019)	Teste do pezinho: condições materno-fetais que podem interferir no exame em recém-nascidos na unidade de terapia intensiva.	Descrever as características do TP dos neonatos atendidos na UTI de um hospital universitário, bem como verificar se existiam condições maternas e fetais que pudessem interferir no resultado desse exame.	Cerca de 90% dos neonatos exibiram condições que poderiam influenciar no exame, principalmente prematuridade, nutrição parenteral e transfusão sanguínea. Dos 240 neonatos, 25% apresentaram resultado alterado no TP.	Existem condições maternas e neonatais que podem interferir no teste do pezinho e, nesse sentido, sua investigação é imprescindível, visando direcionar ações que promovam a saúde materno-infantil e consolidem a triagem neonatal nessa população.



4.	<p>Triagem neonatal: uma análise sobre as doenças detectadas no teste do pezinho na região de Santana do Ipanema.</p> <p>SILVA, Noélia Canuto <i>et al.</i> (2021)</p>	<p>Apresentar a incidência das patologias detectadas no teste do pezinho na região de Santana do Ipanema.</p>	<p>Os resultados apontaram que no município de Santana do Ipanema, há números satisfatórios de crianças triadas entre os períodos preconizado pela OMS. As patologias com maior índice detectadas na região durante esses períodos foram de fibrose cística e anemia falciforme.</p>	<p>A Triagem Neonatal, se realizada de forma efetiva, traz benefícios às crianças, às famílias, aos profissionais e a sociedade.</p>
5.	<p>Resultado do teste reflexo vermelho em recém-nascidos.</p> <p>RODRIGUE S, Érica Carine <i>et al.</i> (2018)</p>	<p>Despertar para a necessidade de inserir na rotina de cuidados a avaliação visual no recém-nascido pelo profissional enfermeiro</p>	<p>Referente ao “Gradiente de Cores do Teste do Reflexo Vermelho”. Extraídos desse instrumento, os códigos R01-R05 correspondem aos reflexos na cor vermelha, de intensidade clara a escura, e L01-L05 na cor alaranjada, de intensidade clara a escura. Ambos representam normalidade do reflexo ocular.</p>	<p>O uso do gradiente de cores permitiu, de forma didática, o registro das cores do reflexo alterado ou não, sendo uma tecnologia de enfermagem pertinente para a prática clínica na consulta de puericultura na Atenção Primária à Saúde.</p>
6.	<p>Intercorrências gravídicas e resultados do teste do reflexo vermelho em recém-nascidos</p> <p>PINTO, Airton Arison Rêgo <i>et al.</i> (2020)</p>	<p>Descrever as intercorrências gravídicas apresentadas pelo público materno, durante o período gestacional, e associá-las aos resultados do teste do reflexo vermelho em recém-nascidos.</p>	<p>Mostraram reflexo vermelho normal, não apresentando associações significantes entre as intercorrências maternas e os resultados do teste do reflexo vermelho nos recém-nascidos.</p>	<p>As intercorrências gravídicas, de acordo com o estudo, não interferiram nos resultados dos testes, porém deve-se cuidar das intercorrências apresentadas pelas mulheres durante a gestação, a fim de minimizar os potenciais riscos à saúde ocular dos fetos.</p>
7.	<p>Avaliação de um programa de</p>	<p>Avaliar o Programa de Triagem Auditiva</p>	<p>Foram triados 3.981 neonatos, 2.963</p>	<p>Atingiu os índices recomendados</p>



MARINHO, Ana Carolina Alves <i>et al</i> (2020)	triagem auditiva neonatal.	Neonatal do Hospital Regional de Sobradinho, segundo os parâmetros do Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva e as recomendações do <i>Joint Committee on Infant Hearing</i> (JCIH)	(74,4%) dos quais sem indicadores de risco e 1.018 (25,6%) com, sendo a prematuridade o mais frequente (51,6%). No teste, 166 (4,2%) falharam e 118 (71,1%) compareceram para o reteste. O índice de encaminhamento para diagnóstico foi de 0,3%.	pelo <i>Joint Committee on Infant Hearing</i> e pelo Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva quanto à porcentagem de encaminhamento para diagnóstico. O indicador de risco mais prevalente na população foi a prematuridade.
8. OLIVEIRA, Thalita da Silva <i>et al</i> (2021)	Triagem Auditiva Neonatal: associação entre a cobertura, oferta de fonoaudiólogos e equipamentos no Brasil	Verificar a cobertura da triagem auditiva neonatal e sua associação com a quantidade de Fonoaudiólogos no SUS	Observa-se a mudança de tonalidade para os estados das Regiões Nordeste e Centro-Oeste, a Região Sul manteve suas coberturas e o estado do Mato Grosso do Sul apresenta a melhor cobertura do país.	A cobertura da triagem apresentou um aumento no Brasil, porém ainda abaixo do recomendado e está relacionada com o aumento da inserção de fonoaudiólogos no SUS. A distribuição espacial se apresenta heterogênea em todo seu território.
9. LOPES, Selma Alves Valente do Amaral <i>et al</i> (2018)	Mortalidade para Cardiopatias Congênicas e Fatores de Risco Associados em Recém-Nascidos. Um Estudo de Coorte	Avaliar a sobrevida e identificar os fatores de risco nos óbitos em recém-nascidos com cardiopatia congênita crítica e/ou complexa no período neonatal.	A taxa de incidência de mortalidade por cardiopatias congênicas foi de 81 casos por 100 mil nascidos vivos. A letalidade atribuída às cardiopatias congênicas críticas foi de 64,7%, com mortalidade proporcional de 12,0%. A taxa de sobrevida aos 28 dias de vida diminuiu em quase 70% nos recém-nascidos com cardiopatias congênicas. A principal causa de óbito foi o choque cardiogênico	Os prematuros com baixo peso ao nascer e comorbidades apresentaram maior risco de mortalidade relacionada a doenças cardíacas congênicas. Essa coorte foi extinta muito rapidamente, sinalizando a necessidade de maior investimento em tecnologia de assistência em populações com esse perfil.
10. DE AQUINO,	Aumento da sobrevida de pacientes com	Demonstrar o aumento da sobrevida dos pacientes com cardiopatias congênicas	Frente ao aparecimento de lesões frequentemente	A importância de uma triagem pós-natal adequada em relação às taquicardias e



Taciana Carreira <i>et al.</i> (2020)	cardiopatias congênitas após assistência perinatal e neonatal adequada: relato de caso	em condições desfavoráveis após adequada assistência neonatal e da correta indicação de interrupção do parto.	relacionadas à discordância atrioventricular como a comunicação interventricular (CIV) e a estenose pulmonar, encontrados em cerca de 80% dos casos, além da insuficiência tricúspide, sendo as alterações na valva tricúspide responsáveis por disfunções em até 90% dos casos	apneias proporciona ao paciente um tratamento precoce, e consequentemente um prognóstico melhor do que se tivesse tido o diagnóstico na fase adulta, período que prevalece os diagnósticos de TCGA.
11. ARAÚJO, Larissa Miranda, <i>et al.</i> (2020)	Indicações Terapêuticas para freio lingual em recém-nascidos – Protocolo/Teste da Linguinha: Revisão de Literatura	Analisar através de uma revisão de literatura as implicações clínicas dessa anomalia em neonatos e as diferentes opiniões dos profissionais em relação a seu diagnóstico e indicações terapêuticas.	É notória a diversidade de dúvidas em se tratando de anomalias do freio, diante disso, há uma necessidade de maiores estudos acerca da anquiloglossia e seu encadeamento com recém-nascidos, visando uma melhor qualidade de vida do neonato e da mãe.	Mediante um estudo sobre a anquiloglossia, pode-se concluir que existem várias dúvidas a respeito dessa anomalia, visto que há diferentes opiniões com relação a seu correto diagnóstico, suas implicações na vida do recém-nascido, principalmente se tratando de amamentação e se a indicação do tratamento é realmente pertinente.

Fonte: Vasconcelos *et al* 2011(adaptada)

Conforme análises das publicações expostas foram criados núcleos temáticos para a discussão dos resultados: Primeiro, sobre a importância do período adequado para identificação de doenças; Segundo, sobre fatores que podem influenciar no diagnóstico; Terceiro, sobre risco futuros que podem ser evitados.

CATEGORIA 1: IMPORTÂNCIA DO PERÍODO ADEQUADO PARA IDENTIFICAÇÃO DE DOENÇAS



De acordo com as diretrizes básicas, a triagem neonatal deve ser realizada entre o 3º e 5º dia de vida do recém-nascido, ressaltando que o TP inclui o diagnóstico precoce de fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase. Quando o resultado está alterado, a família é notificada, a criança é encaminhada para novo exame e consultas (OLIVEIRA, 2020).

Na análise de Carvalho (2020), os motivos pelos quais algumas crianças chegaram para a coleta da triagem neonatal biológica com idade superior à recomendada, ocorre quando não há um entendimento dos pais acerca das orientações sobre esse exame, tanto no pré-natal quanto na própria maternidade (CARVALHO, 2020).

Quanto ao TRV, ainda muitos bebês saem de alta na maternidade sem a realização do “teste do olhinho”. Quando isso ocorrer, o profissional deverá fazê-lo na primeira consulta de puericultura, preferencialmente antes dos primeiros 30 dias de vida. Isso reforça a importância da incorporação desse teste na atenção básica e na rotina da consulta de enfermagem em exames de recém-nascidos. Um material bastante útil, configurado como uma tecnologia de cuidado em enfermagem é o gradiente de cores, na prática com teste do reflexo vermelho, como um recurso facilitador para avaliação dos achados clínicos e registro desse teste (RODRIGUES, 2018).

Em relação ao TANU, o não comparecimento para o teste atrasa o diagnóstico de prováveis perdas auditivas, não sendo possível minimizar prejuízos ao desenvolvimento da linguagem. A falta de conhecimento ou até mesmo de compreensão em relação à importância do exame auditivo pode interferir diretamente na identificação precoce da surdez (MARINHO, 2020)

Com relação às alterações no teste do coraçãozinho, o início de seguimento e tratamento nos primeiros anos de vida, pode-se evitar, ou ao menos adiar, o desenvolvimento, com o passar dos anos, de um bloqueio atrioventricular total, o qual necessitaria de implante de marca passo, adiando também uma possível evolução com disfunção sistólica do ventrículo esquerdo e insuficiência aórtica (AQUINO, 2020).

Levando em consideração a abordagem dos autores, o período correspondente para diagnóstico dos casos se faz necessário, ao verificar conforme as pesquisas



desenvolvidas, que os não realizados ou realizados em um período maior interfere no melhor prognóstico para saúde do RN.

CATEGORIA 2: FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR NO DIAGNÓSTICO

Muitas vezes, as mães recebem orientação em um momento de fragilidade na alta hospitalar, simultaneamente com outras diversas informações (vigilância em saúde com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, registro de nascimento, aleitamento materno), o que pode ocasionar incompreensão a respeito das patologias investigadas por esse exame e da necessidade de realizá-lo entre o 3º e 5º dia de vida do bebê (CAVALHO, 2020). Conforme essas informações são repassadas, as mães podem influenciar na realização dos exames no neonato.

Sobre TP, em uma pesquisa realizada sobre as condições materno-fetais que podem interferir no exame em recém-nascidos atendidos na unidade de terapia intensiva é ressaltado que fatores como prematuridade e uso de nutrição parenteral foram observados nos recém-nascidos com resultados alterados para patologia, além da hipóxia, possivelmente influenciando no alto índice de resultados alterados para fibrose cística (RODRIGO, 2019).

Os recém-nascidos com Cardiopatia Congênita-CC apresentaram maior morbidade atribuída à prematuridade, baixo peso ao nascer, algum grau de sofrimento fetal intraútero e achado tanto do exame físico, quanto na oximetria de pulso alterada. A literatura tem chamado atenção à maior morbidade, em especial de recém-nascidos prematuros, que já apresentam uma gama de outras patologias próprias de sua constituição, o que pode agravar substancialmente a evolução desses pacientes (LOPES, 2018).

Seguindo assim, a literatura enfatiza a aplicação do TRV como meio importante na detecção de possíveis alterações e o grau de relevância para a prevenção da cegueira infantil, muitas vezes evitável. Ressalta-se que a participação e colaboração das mães é fundamental, pois os fatores apresentados pelo público materno, como doenças infecciosas, durante o período gestacional (toxoplasmose, citomegalovírus e rubéola), e também os fatores da história neonatal (baixo peso, baixa quantidade de



oxigênio no sangue e a situação da prematuridade) podem estar relacionados com o reflexo vermelho (PINTO, 2020).

As informações prestadas de como decorreu a gravidez até o parto participam do processo de investigação, caso ocorra alguma alteração dentro dos resultados, conforme os autores Pinto (2020), Lopes (2018) e Rodrigo (2019) detalharam em seus estudos.

Foi observado que a participação dos usuários nos programas de triagem auditiva é importante, pois ajuda a melhorar seu índice de cobertura, ainda que possa sofrer influências externas que não estejam relacionadas com a participação dos fonoaudiólogos nos serviços, tais como fatores socioeconômico e cultural que permeiam as famílias; distância entre a casa e o serviço; nível de escolaridade da mãe; renda da família; desinteresse; longa permanência da criança na UTI e uso de medicação ototóxica. Infere-se ainda que existe uma dificuldade no acesso à triagem auditiva neonatal, devido à baixa cobertura e pequena oferta de fonoaudiólogos e equipamentos (OLIVEIRA, 2021).

Sobre avaliação clínica da oxímetria de pulso nos RN para identificação de cardiopatias, estudos no Brasil sinalizaram que o baixo acesso ao diagnóstico pré-natal e/ou ao nascimento dificulta consideravelmente o tratamento das CCG, o que leva a uma pior condição clínica ao nascimento (LOPES, 2018).

CATEGORIA 3: RISCO FUTUROS QUE PODEM SER EVITADOS

Diante das pesquisas relacionadas ao teste do pezinho, Silva (2021) traz um panorama interessante onde ocorreu a identificação de patologias graves, sendo de suma importância que sejam detectadas precocemente. Estas apresentam sintomas graves dentre outras complicações como: deficiência mental, microcefalia, convulsões, comportamento autista, fibrosamento do pulmão, crises epiléticas, podendo evitar outros tipos de quadros clínicos graves (SILVA, 2021).

A aplicação do teste do reflexo vermelho é uma ferramenta importante na prevenção da cegueira evitável e como parte do exame ocular. A importância deste teste consiste na detecção precoce da leucocoria, um sinal clínico presente frequentemente em afecções oculares. Mas com a capacitação adequada e aperfeiçoamento contínuo de suas habilidades profissionais, o enfermeiro pode aprimorar suas consultas clínicas com a



realização do teste e, ao encontrar qualquer tipo de alteração, encaminhar para seguimento em consulta oftalmológica, sendo fundamental o acesso precoce ao diagnóstico e o tratamento correto (RODRIGUES, 2018).

Vale evidenciar a importância de uma triagem pós-natal adequada em relação à taquicardia e apneia, uma vez que, com o tratamento precoce e adequado, é possível oferecer um melhor prognóstico ao paciente do que se tivesse tido um diagnóstico entre seus 20 a 40 anos, faixa etária mais prevalente dos diagnósticos de discordância atrioventricular, também conhecida como transposição congenitamente corrigida das grandes artérias (TCGA) (AQUINO, 2020).

Válido enfatizar ainda sobre a avaliação da anquiloglossia em recém-nascidos, que é de extrema importância, na qual o profissional deve estar capacitado para definir critérios de resolução individualizada de cada caso. Pesquisas relatam dificuldades para o seu diagnóstico, visto que, não existe um padrão totalmente aceito e os critérios clínicos sugeridos atualmente para sua identificação são consideravelmente variáveis, não havendo consenso entre os profissionais. Correta avaliação e padronização de protocolos é motivo de muita discussão na literatura, visto que há divergência de opiniões em relação a sua utilização e eficácia (ARAUJO, 2020).

CONCLUSÃO

Perante os achados dos autores, os testes realizados no RN dentro da maternidade e UBS são os popularmente conhecidos com teste do pezinho, teste da orelhinha, teste do olhinho e teste do coraçãozinho além de, em alguns casos, contarem com a avaliação profissional do teste da linguinha.

Diante disso um melhor prognóstico para a saúde da criança é a realização do diagnóstico no período correspondente ao teste conforme a literatura, sendo uma corresponsabilidade da unidade ao prestar o serviço, com orientações prestada aos pais desde o pré-natal até a alta hospitalar.

As detecções precoces das doenças vão ajudar na possível cura da patologia, um melhor tratamento, e até mesmo para preparar o meio em que a criança irá crescer e se



desenvolver. Conclui-se assim que os exames neonatais têm a real importância em identificarem as doenças para minimizar danos à saúde da criança.

REFERÊNCIAS

ABOUK R; GROSSE, SD; AILES, EC; OSTER ME. Association of US state implementation of newborn screening policies for critical congenital heart disease with early infant cardiac death. **JAMA**. 2017. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2664999>. Acesso em: out, 2020.

ACOSTA, DF; STREFLING, ISS; GOMES, VLO. Triagem Neonatal:(re) pensando a prática de enfermagem. **Rev. enferm. UFPE**, v. 7, n. 2, p. 572-578, 2013.

ARAÚJO, J.P.et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. Bras.Enferm.**, v.67, n. 6, p:1000-1007,

ARAÚJO, L M; PINCHEMEL, ENB. Indicações Terapêuticas para freio lingual em recém-nascidos–Protocolo/Teste da Linguinha: Revisão de Literatura/Therapeutic indications for tongue frenulum in newborns–Protocol/TongueTest: Literature Review. **REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 14, n. 52, p. 564-578, 2020.

ARDUINI GAO et al. Conhecimento das puérperas sobre o teste do pezinho. **Ver Paul Pediatr**. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 151-157, June 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000200151&lng=en&nrm=iso. Acesso em: Oct. 2020.

BRASIL. Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). **Manual técnico de triagem neonatal**. Triagem neonatal do estado de Goiás. 2a ed. Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Goiás, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde– 2. ed. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: Oct. 2020.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Secretaria De Atenção À Saúde**. Departamento De Atenção Básica Coordenação De Acompanhamento E Avaliação Da Atenção Básica: Pacto Nacional Pela Redução Da Mortalidade Materna E Neonatal. Brasília, Df, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/pacto_reducao_mortalidade_materna_neonatal.pdf. Acesso em: out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem Biológica Neonatal - Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal.pdf. Acesso em: Oct. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990.



Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: Oct. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 822, de 06 de junho de 2001**. Programa Nacional de Triagem Neonatal. Brasília, DF, jun. 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html. Acesso em: Oct. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 2.068, de 21 de outubro de 2016**. Institui diretriz para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Diário Oficial da União; 24 de outubro de 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html. Acesso em: Occt. 2020.

BRASIL. Ministerio da Saúde. **PORTARIA Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015**. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Diário Oficial da União; 5 de agosto de 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: Oct. 2020.

Braz. J. Atuação de enfermagem frente a coleta do teste do pezinho. revisão sistemática da literatura. **Hea. Rev, Curitiba**, v. 3, n. 6, p.19087-19097. nov./dez. 2020.

CAGLIARI, PZ; SILVA, JC; VERAS, TN; VIEIRA, CEF; BERTELLI, LJ; RAMOS, MC. Ocular findings by using red-reflex testing. **ACM arq catarin med**. [Internet]. 2016 July-Sep

CAMARGO, CC; DE ARAÚJO FERNANDES, GM; CHIEPE, B. Doenças identificadas na triagem neonatal ampliada/Diseases identified in extended neonatal screening. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 6, p. 6088-6098, 2019.

CARVALHO, B. M. et al. Acesso precoce à triagem neonatal biológica: coordenação entre programas de ação de assistência à infância. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, 2020.

DE AQUINO, TC, et al. Aumento da sobrevida de pacientes com cardiopatias congênitas após assistência perinatal e neonatal adequada: relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e4797-e4797, 2020.

DE ARAÚJO MENDONÇA, LB et al. Programa nacional de triagem neonatal: achados em exames de recém-nascidos de uma maternidade escola. **Rev Soc Bras Enferm Ped.** v, v. 19, n. 2, p. 74-9, 2019.

DE MARQUI, A. B. T. Teste do pezinho e o papel da enfermagem: uma reflexão. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 5, n. 2, p. 96-103, 2016.

DE OLIVEIRA, Paula Kathryn et al. A Importância Da Triagem Neonatal Para Diagnóstico Da Anemia Falciforme No Brasil. São Paulo, 2020.

FERNANDES RZS, Vilela MFG. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2014



FERREIRA, Brisa Emanuelle Silva; dos Santos, Camila Augusta; et al. A importância da triagem neonatal e da atuação da enfermagem no rastreamento do Hipotireoidismo Congênito. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.4, p.16201-162015 jul./aug. 2021

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Taxas de mortalidade infantil. Projeção da População do Brasil**. IBGE, 2010.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE 2020

JAIME PC, DE FRIAS PG, MONTEIRO HO, ALMEIDA PV, MALTA DC. Assistência em saúde e alimentação não saudável em crianças menores de dois anos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013. **Rev Bras Saude Matern Infantil**. 2016

LEDESMA, Fabio et al. Teste do Reflexo Vermelho: quando deve ser aplicado e qual benefício oferece?. *Aquivos de Medicina*. 2018. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/90/267>>. Acesso em: 29 set. 2020

LOPES, Selma Alves Valente do Amaral et al. Mortalidade para Cardiopatias Congênitas e fatores de risco associados em recém-nascidos. Um estudo de Coorte. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 111, p. 666-673, 2018.

MAIA, R M; SILVA, M ; TAVARES, PM. Saúde auditiva dos recém-nascidos: atuação da fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família. **Revista CEFAC**, v. 14, n. 2, p. 206-214, 2012.

MALLMANN, Mariana B.; TOMASI, Yaná T.; BOING, Antonio Fernando. Realização dos testes de triagem neonatal no Brasil: prevalências e desigualdades regionais e socioeconômicas. **Jornal de Pediatria**, v. 96, n. 4, p. 487-494, 2020.

MANICA, T. C. D.; JUNIOR, G. H.; PRADO, M. L. R.; COSTA, T. A importância da atenção básica à saúde no diagnóstico precoce da alteração no frênulo lingual. **Anais de encontros mãos de vida.**, v. 5, n. 1, 2019.

MARINHO, Ana Carolina Alves et al. Avaliação de um programa de triagem auditiva neonatal. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 44, 2020.

MARTINELLI, Roberta Lopes de Castro et al. Validade e confiabilidade da triagem: "teste da linguinha". **Rev. CEFAC** [online]. 2016, vol.18, n.6. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462016000601323&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Oct. 2020.

MARANHÃO AGK, Vasconcelos AMN, Trindade CM, Victora CG, Rabello Neto DL, Porto D, et al. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: **Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde**, Ministério da Saúde, organizador. Brasília, 2012.

MENDES, Caroline Antonelli et al. Conhecimento de pais quanto a triagem neonatal, contribuição do website Portal dos Bebês-Teste do pezinho. **Revista CEFAC**, v. 19, n. 4, p. 475-483, 2017.



MENDES, Isadora Cristina ; Pinheiro, Denise da Silva; Rebelo, Ana Cristina Silva ; Carneiro, Lilian Carla ; Jesuino, Rosália Santos Amorim. Aspectos Gerais da Triagem Neonatal no Brasil. **Rev Med Minas Gerais** 2020.

MENDES SDK, Silveira PCCR, Galvão MC. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enfermagem. 2008; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de atenção à triagem auditiva neonatal. Brasília, DF; 2012

Morais S, Mimoso G. **Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia congênita:** sugestões para a implementação de uma estratégia de rastreio. Lisboa-Portugal. Acta Pediatr Port [periódico disponível na internet]. 2013

NASCIMENTO, D. D. F., Lima Junior, U. M., Silva, M. L., & Quental, O. B. (2020). A importância do teste do olhinho para triagem de doenças oculares no período neonatal: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Production Engineering*, 6(6), Edição Especial “**Tecnologia & Inovação na Saúde**”, 69-79.

OLIVEIRA, Thalita da Silva; DUTRA, Monique Ramos Paschoal; CAVALCANTI, Hannalice Gottschalck. Triagem Auditiva Neonatal: associação entre a cobertura, oferta de fonoaudiólogos e equipamentos no Brasil. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2021.

OLIVEIRA, M. T. P.; MONTENEGRO, N. C.; SILVA, R. A. D. A.; CARVALHO, F. M.; REBOUCA, P. D.; LOBO, P. L. D. Frenotomia lingual em bebês diagnosticados com anquiloglossia pelo Teste da Linguinha: série de casos clínicos. Lingual frenectomy in babies diagnosed with ankyloglossia through the Tongue Test: a series of case reports. *RFO UPF.*, Passo Fundo, v. 24, n. 1, p. 73 -81, jan./abr. 2019.

PASCHOAL MR, CAVALCANTI HG, FERREIRA MA. Análise espacial e temporal da cobertura da triagem auditiva neonatal no Brasil (2008-2015). **Cienc saude colet**. 2017.

PEDRA SRF, et al.Diretriz Brasileira de Cardiologia Fetal.Arq. Bras. Cardiol, 2019; 112(5):600-648.

PENHA, E. S.; ROLIM, A. K. A.; CHAGAS, P. O.;RIBEIRO L. P.; GUÊNES, G. M. T.; MEDEIROS, L. A. D. M.; ROSENDO, R. A.; FIGUEIREDO, C. H. M. C. Teste da linguinha: as gestantes sabem do que se trata?. **Revista Eletrônica Acervo Saúde** / Electronic Journal Collection Health., Campina Grande, v. 11, n. 13, agos. 2019

PIMENTE EDC, Luz GS, SCHIAVON GB, PELLOSO SM, CARVALHO MDB. Teste do Pezinho: a humanização do cuidado e do profissional. **Reme**. 2010.

PINTO, Airton Arison Rêgo et al. INTERCORRÊNCIAS GRAVÍDICAS E RESULTADOS DO TESTE DO REFLEXO VERMELHO EM RECÉM-NASCIDOS. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 18, n. 2, p. 81-87, 2020.

PROCOPIO, I. M. S.; COSTA, V. P.; LIA, E. N. Frenotomia lingual em lactentes. Lingual frenotomy in infants. **RFO.**, Passo Fundo, v. 22, n. 1, p. 114-119, jan./abr. 2017.

QUEIROZ A, et al. A importância do teste do coraçãozinho no diagnóstico precoce de cardiopatias congênitas. **Revista Científica de Enfermagem**, 2020;



RODRIGUES, D. O.W. et al. **História da Triagem Neonatal para doença falciforme no Brasil** – Capítulo de Minas Gerais. Revista Médica de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 22, n.1, p. 66- 72, 2012.

RODRIGUES, É C; CARDOSO, MV; AGUIAR, AS DE; et.al. Resultado do teste reflexo vermelho em recém-nascidos . **Rev. enferm. UFPE on line** ; 12(2): 433-438, fev.2018.

RODRIGUES, LP, et al. Teste do pezinho: condições materno-fetais que podem interferir no exame em recém-nascidos atendidos na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 31, p. 186-192, 2019.

SILVA, N C; GALLO, C M, et al. Triagem neonatal: uma análise sobre as doenças detectadas no teste do pezinho na região de Santana do Ipanema. **Diversitas Journal**. Volume 6, Número 2, abr./jun. 2021

SILVA, P. I.;VILELA, J. E. R.; RANK, R. C. I. C.; RANK, M. S. Frenectomia lingual em bebê: relato de caso. Frenectomy in babies: case report. **Revista Bahiana de Odontologia.**, v. 7, n. 3, p 220-227, set. 2016

Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal (SBTN). **Triagem o que é** [Homepage na Internet]. Brasília: 2006. Disponível em: http://www.sbtn.org.br/pg_triag_oquee.htm. Acesso em: out 2020.

THERRELL BL, Padilla CD. **Newborn screening in the developing countries**. Curr Opin Pediatr. 2018

VASCONCELO, HC, et al. **Eficácia de intervenções que utilizam o telefone como estratégia para o controle glicêmico**: revisão integrativa da literatura. 2011. Revisão Integrativa Da Literatura (Doutoranda do Programa de PósGraduação em Enfermagem)- Universidade Federal do Cear

VENÂNCIO, S.I. Why invest in early childhood? **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2020, vol. 28, e3253. viewed 29 June 2020.

ZOCOLI, AM; RIECHEL, FC; ZEIGELBOIM, BS and MARQUES, JM. **Audição**: abordagem do pediatra acerca dessa temática. Rev. Bras. Otorrinolaringol. [online]. 2006, vol.72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003472992006000500007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: out. 2020



CAPÍTULO XI

PERFIL MATERNO-NEONATAL E AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO*

Anna Paula Dos Santos Silva⁴⁸; Yasmin Santos Lopes Viana⁴⁹;

Edna Samara Ribeiro César⁵⁰; Débora Raquel Soares Guedes Trigueiro⁵¹;

Smalyanna Sgren da Costa Andrade⁵².

DOI-CAPÍTULO: 10.47538/AC-2022.03-11

RESUMO:

O reconhecimento do aspecto materno-neonatal da parturição e a sua relação com a humanização pode trazer informações importantes ao campo da obstetrícia. Assim, este estudo tem como objetivo analisar o perfil materno-neonatal e as práticas de saúde no processo de parturição de mulheres de um município paraibano. Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, que foi realizado com 308 mulheres de João Pessoa que vivenciaram o parto normal. O instrumento foi um questionário *online* criado pela pesquisadora sendo composto pelo perfil materno-neonatal do parto normal e variáveis relacionadas às práticas do parto e nascimento. A coleta de dados ocorreu entre setembro e outubro de 2021 e a análise foi realizada por meio do *Microsoft® Office Excel*, versão 97-2003. A pesquisa foi aprovada conforme protocolo n. 239/2020, parecer n. 4.286.234, CAAE: 33486820.5.00.00.5179. A maioria das mulheres relata ter entre 25 a 30 anos (38,7%), ensino médio completo (55,5%), ocupação remunerada (59,4%), católica (44,8%), parda (47,4%), vivendo com 1 a 2 salários mínimos (60,0%) e parceria estável (84,7%). A maioria teve sua primeira relação sexual abaixo de 18 anos (78,3%), primigesta (58,7%) pesando mais que 85kg (72,7%) e medindo acima de 1,70 (78,3%). Em relação à criança, a maioria pesa até 4.000g (93,5%) e mede abaixo de 50cm (90,2%). A maioria das mulheres relata não ter apresentado diabetes nem pressão alta durante a gestação (65,5%), no pré-natal estiveram em mais de seis consultas (49,4%). A maioria relata não fumar (87,0%), nega ser etilista (58,7%) e não pratica atividade física (51,9%). Em relação ao parto, a maioria relata ser espontâneo (71,1%), como também o rompimento da bolsa (52,9%). Por fim, a maioria em relação aos métodos não

* Nota prévia de pesquisa intitulada “Caracterização materno-infantil do parto normal e a ocorrência ou não de trauma perineal”.

48 Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. <http://lattes.cnpq.br/1643498231250237>; ORCID: 0000-0002-5017-1479. E-mail: annapaulajppb33@gmail.com

49 Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança; <http://lattes.cnpq.br/7264813067307754>. ORCID: h0000-0002-3148-5966. E-mail: yasminlopes.enf@gmail.com

50 Enfermeira Obstétrica. Mestre em Ciências da Nutrição e Terapia Intensiva. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança; <http://lattes.cnpq.br/5391236161550526>. ORCID: 0000-0002-1150-5157. E-mail: samaraenfermagem@outlook.com

51 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família e Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança; <http://lattes.cnpq.br/5748067841496063>. ORCID: 0000-0001-5649-8256. E-mail: debora.trigueiro@facene.com.br

52 Enfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança; <http://lattes.cnpq.br/3454569409691502> ORCID: 0000-0002-9812-9376. E-mail: smalyanna@facene.com.br



farmacológicos, o controle respiratório foi o mais utilizado (19,3%), houve presença de acompanhante (53,1%), a posição mais utilizada foi deambulando (37,3%), dieta zero (50,4%) e negam a utilização da manobra de Kristeller (75,6%). Sugere-se que novos trabalhos científicos na área obstétrica sejam publicados em prol das boas práticas de uma assistência humanizada.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez. Humanização da Assistência. Parto Normal. Enfermagem Obstétrica. Empoderamento.

MATERNO-NEONATAL PROFILE AND THE PRACTICES OF ATTENTION TO LABOR AND BIRTH*

ABSTRACT:

The recognition of the maternal-neonatal aspect of parturition and its relationship with humanization can bring vital information to the field of obstetrics. Thus, this study aims to analyze the maternal-neonatal profile and health practices in the process of parturition of women from a municipality of Paraíba. This is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, which was conducted with 308 women from João Pessoa who experienced normal delivery. The instrument was an online questionnaire created by the researcher and consisted of the maternal-neonatal profile of normal delivery and variables related to delivery and birth practices. Data collection occurred between September and October 2021 and the analysis was performed through Microsoft® Office Excel, version 97-2003. The research was approved according to protocol no. 239/2020, opinion no. 4,286,234, CAAE: 33486820.5.00.00.5179. Most women report being between 25 and 30 years old (38.7%), complete high school (55.5%), paid occupation (59.4%), Catholic (44.8%), brown (47.4%), living on 1 to 2 minimum wages (60.0%) and stable partnership (84.7%). The majority had their first sexual intercourse under 18 years (78.3%), primiparous (58.7%) weighing more than 85kg (72.7%) and measuring above 1.70 (78.3%). In relation to the child, the majority weighs up to 4,000g (93.5%) and is below 50cm (90.2%). Most women reported not having had diabetes or high blood pressure during pregnancy (65.5%), prenatal care was in more than six consultations (49.4%). The majority reported non-smoking (87.0%), denied being an etilist (58.7%) and not practicing physical activity (51.9%). Regarding delivery, the majority reported being spontaneous (71.1%), as well as the rupture of the bag (52.9%). Finally, the majority in relation to non-pharmacological methods, respiratory control was the most used (19.3%), there was the presence of a companion (53.1%), the most used position was walking (37.3%), zero diet (50.4%) and deny the use of the Kristeller maneuver (75.6%). It is suggested that new scientific works in the obstetric area be published in favor of good practices of humanized assistance.

KEYWORDS: Pregnancy. Humanization of Assistance. Normal Childbirth. Obstetric Nursing. Empowerment.

INTRODUÇÃO



A fase da gravidez é um momento em que traz repercussões na vida da mulher, há mudanças expressivas em seu corpo, como também no contexto biopsicossocial. Esse processo é uma fase única e importante no mundo feminino, bem como das pessoas que com ela convive, e que certamente modifica significativamente o dia-dia de ambos ¹.

Sob essa ótica, o parto é o episódio final da gestação podendo ser pela via vaginal ou cirurgia cesariana. No caso do parto vaginal, além dessa via reduzir o risco de complicações e infecções, 48 horas após o parto, mãe e bebê podem ir para casa. Outrora, a mulher no processo de parturição normal era vista como potência, com o passar dos tempos isso foi sendo modificado, e passou a ser deixado de lado, devido a atualização das intervenções médicas².

Dados epidemiológicos mostram que no mundo ocorrem mais de 130 milhões de partos todos os anos e a grande maioria são partos vaginais³. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o índice ideal de cesarianas deve ser entre 10 a 15%. No entanto, a OMS afirma que o Brasil apresenta a segunda maior taxa de cesarianas do mundo, com 55%, perdendo apenas para a República Dominicana, que tem o índice de 56%, indicando que o Brasil ainda não atingiu as taxas de parto via vaginal necessárias em relação ao mundo todo e perdura-se até a atualidade ^{4,5}.

Assim, para melhorar a humanização do nascimento e incentivar o parto por via vaginal, a Rede Cegonha é um projeto do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi implantado em 2011 pelo Ministério da Saúde (MS), é instituído pelo artigo 1º da Portaria nº 1.459/GM/MS. Consiste em um conjunto de cuidados que tem como objetivo assegurar a mulher, os direitos ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, ao parto e ao puerpério, como também garantir um nascimento seguro e um crescimento saudável da criança ^{6,7}.

Nesse contexto, seguindo as normativas da Rede Cegonha, os profissionais de saúde devem executar as boas práticas, que são conhecidas como manejos não farmacológicos, com o intuito de amenizar a dor durante o trabalho de parto. É proporcionado a parturiente massagens para promover o relaxamento, músicas, o uso do cavalinho, banhos mornos, aromaterapia, exercícios respiratórios, entre outros, para assim, a mulher ter uma experiência satisfatória, menos dolorosa e humanizada ⁸.



De acordo com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), é necessário garantir total qualidade e acompanhamento à mulher, um atendimento acolhedor com o objetivo de diminuir o índice de complicações no processo da parturiente, em relação à mãe junto ao seu bebê, gerando uma diminuição na mortalidade materna e neonatal ^{9,10}.

Ainda sobre a humanização, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, que foi fundada pelo MS em 2017, cita que toda gestante deverá ter uma assistência qualificada, de modo que facilite a escolha do tipo de parto, assim diminuindo determinados riscos no processo da parturiente. Para uma resposta positiva, são necessários profissionais capacitados, que tenham compreensão frente às oscilações emocionais da gestante, para que assim haja um acompanhamento mais eficiente, humanizado e de confiança ¹¹.

No que diz respeito aos profissionais de saúde, a enfermagem no processo de parturição tem como objetivo proporcionar à mulher confiança, promover um ambiente mais acolhedor e familiar, garantir cuidado e segurança da mãe e bebê, como também execução das boas práticas. A atuação da enfermeira obstétrica no momento do parto é fundamental, pois ela é capaz de direcionar, facilitar, como também evitar possíveis intervenções, favorecendo o processo fisiológico e menos medicalizado ^{12,13}.

Para tanto, considerando a importância da enfermagem no campo materno-infantil, bem como a sua atuação na humanização do parto e nascimento, frente ao funcionamento das boas práticas direcionadas à mãe, surgiu a necessidade de averiguação entre as puérperas residentes no município de João Pessoa, por se tratar da cidade de atuação da pesquisadora, delimitando-se na seguinte questão norteadora: qual é o perfil materno-neonatal das mulheres que tiveram a experiência do parto vaginal em João Pessoa? Quais práticas de saúde foram executadas durante a experiência do parto? Para tanto, objetivou-se analisar o perfil materno-neonatal e as práticas de saúde no processo de parturição de mulheres de um município paraibano.

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS



Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva é classificada como um processo em que o pesquisador investiga várias informações, fatos e acontecimentos de uma realidade determinada, tendo como objetivo coletar um conjunto de dados sobre determinado tema¹⁸. É uma pesquisa que expõe o fator ou causa no mesmo momento e intervalo de período analisado.

O estudo transversal é um acontecimento ou fenômeno em um período de tempo definido, mas representado pela presença da doença. Portanto, é um modelo bastante importante com o intuito de descrever características da população e identificar grupos de riscos, favorecendo a promoção da saúde^{19, 20}.

A abordagem quantitativa consiste em coletar e analisar dados numéricos. Dessa forma, consegue-se identificar as características de uma realidade estipulada. Os resultados obtidos permitem conclusões exatas de uma determinada pesquisa específica²¹.

O estudo foi realizado em ambiente virtual. O questionário *online* (*Google Forms*) foi encaminhado via aplicativo de mensagens instantâneas a um grupo virtual de gestantes/puérperas inseridas em um projeto de extensão da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, que foi o ponto de partida para envio das mensagens, ou seja, o projeto de extensão foi utilizado para dar início à pesquisa. Além disso, as mulheres foram estimuladas a encaminharem o *link* do questionário para outras participantes que já tiveram experiência do parto normal. Desse modo, pretendeu-se atingir as mulheres residentes em João Pessoa.

A população-alvo deste estudo foi composta por mulheres que passaram pela experiência do parto vaginal, conforme os seguintes critérios:

- Critérios de inclusão: ter vivenciado o parto normal nos últimos três anos e ser escolarizada.
- Critérios de exclusão: menores de idade, pois para responder ao questionário precisaria de termo de consentimento do responsável, o que não é possível verificar em ambiente virtual e aquelas residentes em outros municípios.
- Critérios de descontinuidade: aquelas mulheres que enviaram o e-mail, solicitando a desistência, automaticamente seriam excluídas da pesquisa, sendo o seu e-



mail a única forma de identificação, pois pelo *smartphone* o formulário teria acesso ao e-mail cadastrado na conta do dispositivo.

De acordo com o IBGE, a quantidade de gestantes foi calculada por meio de Estatísticas do Registro Civil. No momento da geração da amostra, a população de João Pessoa apresentava 14.950 puérperas²². O nível de confiança foi de 95%, com margem de erro de 5%, ou seja, $\alpha = 0,05$ ($z = 1,96$). Considerando que o Brasil apresentava 55% de cesarianas, ou seja, 45% de partos via vaginal em todos os países²³, bem como se atentando aos dados dos indicadores de saúde materna e neonatal, mais precisamente o percentual de parto vaginal do município de João Pessoa como 9.08% (ANS, 2019)²⁴, admitiu-se que as pesquisadas poderiam ser usuárias tanto do sistema público quanto privado, e a proporção estimada foi a média entre os dois valores, ficando $p = 0,27$. A amostra probabilística foi calculada em 297 mulheres de João Pessoa que poderiam experienciar o parto via vaginal, entretanto participaram 308 mulheres, até o momento final determinado para o período de coleta dos dados.

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. 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. Para a área da saúde, costuma-se utilizar $\alpha = 0,05$. Isso resulta em $z = 1,96$.

O instrumento utilizado para a coleta de dados dessa pesquisa foi um questionário com 34 perguntas criado pela pesquisadora, com o tema *Perfil Materno-Neonatal e variáveis sobre as Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento*.

O instrumento supracitado foi composto de duas partes: a) variáveis sobre caracterização sociodemográfica: idade, etnia, escolaridade; b) características sexuais, reprodutivas e dados relacionados às práticas de saúde voltadas ao parto via vaginal.

A coleta dos dados ocorreu em ambiente virtual *online* após encaminhamento e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, seguindo os trâmites determinados pela Plataforma Brasil.



O instrumento foi aplicado por meio da técnica *Respondent Driven Sampling* (RDS) durante o mês de outubro de 2021. O RDS é um método matemático utilizado para obter estimativa séria nos estudos voltados à população de difícil acesso no qual o próprio pesquisador pode recrutar outros indivíduos²⁵.

A coleta ocorreu seguindo os passos: a) solicitação da inserção do link de acesso às coordenadoras do projeto de extensão universitária da FACENE voltada ao público-alvo; b) o questionário *online* foi feito através do *Google Forms* e teve Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido; c) incentivo à disseminação do link às mulheres na mesma condição da participante.

A tabulação dos dados ocorreu por meio do programa *Microsoft Office Excel®*, versão 97-2003, para *Windows* 10. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas, contendo frequência absoluta e percentual.

A pesquisadora responsável se comprometeu a cumprir as disposições legais em relação à pesquisa envolvendo seres humanos.

A pesquisa foi realizada conforme disposições da:

a) Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos²⁶;

b) Resolução 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem que versa sobre o código de ética dos profissionais de Enfermagem ²⁷.

c) Embora tenha sido aprovado em 2020, cabe mencionar que esse estudo seguiu as recomendações das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde – CNS – nº 466 de 2012 e a de nº 510 de 2016.

A pesquisa foi aprovada conforme Protocolo n. 239/2020, parecer n. 4.286.234, CAAE: 33486820.5.00.00.5179. Este estudo trata-se de uma nota prévia dos resultados obtidos na pesquisa de maior amplitude.

A presente pesquisa não possui riscos previsíveis, contudo pode haver algum tipo de constrangimento em responder às questões de natureza íntima. Para sanar esse possível desconforto, foi enviado um e-mail com cópia das respostas para o e-mail pessoal da participante logada no *smartphone* e uma mensagem de agradecimento por contribuir



com a evolução científica. Não houve perguntas que pudessem identificar as participantes, tudo foi mantido em sigilo.

Já os benefícios do estudo referenciam um diagnóstico situacional sobre o perfil das parturientes e as práticas de saúde, fornecendo contribuições para a implantação de métodos futuros que refinem ações voltadas à atenção ao parto entre a população-alvo e os profissionais da área de saúde.

RESULTADOS

Em relação ao perfil sociodemográfico, a maioria das mulheres ocupou a faixa etária de 25 a 30 anos, com escolarização no ensino médio, com ocupação remunerada, católica, parda, vivendo com 1 a 2 salários mínimos, apresentando parceria estável (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico, hábitos de vida, histórico reprodutivo e número de consultas das mulheres que tiveram a experiência do parto via vaginal. João Pessoa, Paraíba, Brasil (N=308).

Variáveis	f	%
Idade (N= 308)		
18 – 25	103	33,4
25 – 30	119	38,7
>30	86	27,9
Escolaridade (N= 308)		
Ensino Fundamental I (1º ao 4º ano incluindo alfabetização)	5	1,6
Ensino Fundamental II (5º ao 9º ano)	30	9,7
Ensino Médio	171	55,5
Ensino Superior	102	33,2
Ocupação remunerada (N= 308)		
Sim	183	59,4
Não	125	40,6
Religião (N= 308)		
Católica	138	44,8
Evangélica/Protestante	122	39,6
Sem religião	26	8,4
Outra religião	22	7,2
Etnia (N= 308)		
Parda	146	47,4
Branca	60	19,4
Preta	58	18,8



Amarela	41	13,5
Não sei responder	3	0,9
Renda (N= 308)		
Sem renda	3	0,9
Menos de 1 salário-mínimo	39	12,9
1 até 2 salários-mínimos	185	60,0
Entre 2 a 3 salários-mínimos	63	20,8
≥ 4 salários-mínimos	18	5,4
Situação conjugal (N= 308)		
Com parceiro	261	84,7
Sem parceiro	47	15,3

Fonte: Pesquisa direta, 2021.

Na tabela 2 é possível observar que a maioria das mulheres teve a primeira relação sexual abaixo de 18 anos, sendo primigesta, com peso maior que 85 kg e medindo acima de 1,70. Em relação à criança, a maioria pesa mais que 4.000g e mede menos que 50 cm. A maioria das mulheres relata não ter apresentado diabetes nem pressão alta durante a gestação e, em relação ao pré-natal, estiveram em mais de seis consultas.

Tabela 2. Informações sobre histórico sexual/reprodutivo e número de consultas das mulheres que tiveram a experiência do parto via vaginal. João Pessoa, Paraíba, Brasil (N=308).

Variáveis	f	%
Idade da sexarca (N= 308)		
Menor de 18	241	78,3
Maior de 18	67	21,7
Paridade (N= 308)		
Uma vez	181	58,7
Mais de uma vez	127	41,3
Peso materno no momento do parto (N= 302)¹		
>85	224	72,7
Até 85kg	66	23,2
Não lembra	12	4,1
Altura da mãe (N= 98)²		
Até 1,70m	76	78,3
>1,71m	21	21,7
Peso do bebê (N=308)		
Até 4000g	288	93,5
>4.000g	20	6,5
Altura do bebê (N= 308)		
Até 50 cm	278	90,2
Acima de 50 cm	30	9,8



Comorbidades (N= 308)		
Não	202	65,5
Diabetes	26	8,7
Pressão Alta	68	22,0
Diabetes e pressão alta	12	3,8
Número de consultas pré-natal (N= 308)		
6 ou mais	152	49,4
4-5	141	45,7
1-3	15	4,9

Fonte: Pesquisa direta, 2021. ¹ Seis participantes deixaram a resposta incompreensível. ² Do total de participantes, 210 não responderam a esse questionamento.

Sobre os hábitos de vida, a maioria relata não fumar, nega ser etilista e não pratica atividade física (Tabela 3).

Tabela 3. Hábitos de vida das mulheres que tiveram a experiência do parto via vaginal. João Pessoa, Paraíba, Brasil (N=308).

Variáveis	f	%
Fumante (N= 308)		
Não	268	87,0
Menos de um maço por semana	25	8,1
Mais de um maço por semana	15	4,9
Etilista (N= 308)		
Não	181	58,7
Pelo menos uma vez por semana	98	31,8
Mais de duas vezes na semana	29	9,5
Prática de atividade física (N= 308)		
Não	160	51,9
1-2 vezes por semana	95	30,8
2-3 vezes por semana	53	17,3

Fonte: Pesquisa direta, 2021.

Em relação às práticas de saúde no processo de parturição, a maioria relata ter o parto e o rompimento da bolsa espontâneo. Em relação aos métodos não farmacológicos, o controle respiratório foi o mais utilizado, houve presença de acompanhante, a posição mais utilizada foi deambulando, dieta zero e não houve a utilização da manobra de Kristeller para abreviar o trabalho de parto (Tabela 4).

**Tabela 4.** Práticas de saúde no processo de parturição. João Pessoa, Paraíba, Brasil. (N=308).

Variáveis	f	%
Percepção de parto (N= 308)		
Espontâneo (sem intervenção)	219	71,1
Induzido (com intervenção)	89	28,9
Rompimento da bolsa (N= 308)		
Espontâneo	163	52,9
Amniotomia	115	37,3
Não sabe informar	30	9,7
Métodos não farmacológicos para alívio da dor¹ (N=953)		
Controle respiratório	184	19,3
Massagem/Massoterapia	173	18,6
Bola	163	17,1
Banho de chuveiro/aspersão	95	9,9
Cavalinho	88	9,1
Aromaterapia	73	7,6
Banquinho	62	6,5
Acupuntura	56	5,8
Banho de banheira/imersão	36	3,7
Rebozo	23	2,4
Presença de pessoas durante o parto (N=351)¹		
Acompanhante (inespecífico)	186	53,1
Ninguém	113	32,2
Doula	48	13,7
Esposo	1	0,2
Tia	1	0,2
Enfermeira obstétrica	1	0,2
Posicionamentos adotados durante o trabalho de parto (N=308)		
Andando (Deambulando)	115	37,3
Deitada (Repouso)	62	20,1
Alternância de movimento e repouso	131	42,5
Alimentação no trabalho de parto (N= 305)²		
Dieta zero	154	50,4
Dieta líquida	127	41,6
Dieta livre	16	5,2
Dieta sólida	8	2,8
Manobra de Kristeller (N= 308)		
Não	233	75,6
Sim	75	24,4

Fonte: Pesquisa direta, 2021. ¹variável de múltipla resposta. ² Três participantes deixaram respostas incompreensíveis.

DISCUSSÃO



Nesta pesquisa realizada na região metropolitana de João Pessoa relacionada ao parto vaginal espontâneo, houve maior expressividade de mulheres na faixa etária de 25 a 30 anos, pardas, possuindo o perfil sociodemográfico similar a um estudo ocorrente na capital paraibana, em que a maioria possuía idade média de 26 anos ($DP \pm 5,46$), com faixa etária entre 24 e 29 anos de idade²⁸.

Pesquisa sobre o perfil epidemiológico do parto normal mostrou que 90,8% das mulheres que passaram pelo parto vaginal possuíam idade inferior aos 35 anos²⁹. Sobre o número de consultas de pré-natal, é menor em mulheres com baixa escolarização, mães solo, multíparas, com gravidezes não planejadas e que tentaram abortamento³⁰.

A escolaridade é um elemento importante no processo de parturição porque favorece a autonomia da mulher durante o parto³¹. Sobre isso, autores apontam que quanto menor a idade, escolaridade e renda familiar das mulheres, maior a chance de violência durante o trabalho de parto³². Sobre a situação conjugal, mães solas também sofrem mais violência obstétrica do que mulheres com parceria fixa³³.

É fulcral, portanto, enfatizar que hábitos de vida saudáveis são importantes para que a gestação seja vivenciada de melhor forma pela gestante. O uso de drogas, tanto o álcool como o tabaco é, por conseguinte, capaz de atravessar a placenta, consequentemente fazendo com que o feto se exponha a mesma concentração que há no sangue materno³⁴.

Contudo, no feto, dada a proporção fisiológica inferior, permite uma maior concentração de efluentes entorpecentes, resultando em uma exposição bem maior e mais comprometedora. Ademais, como o metabolismo neste momento pontual é mais lento, tem potencial de impactar no desenvolvimento do corpo e cérebro do bebê, como também, a partir disso, desenvolver algumas patologias, como a síndrome alcoólica fetal (SAF), que é reconhecida como a maior causa de retardo mental³⁵.

O consumo dessas drogas ilícitas e lícitas durante o período gestacional e de puerpério torna-se um grande paradigma no que se refere à promoção de saúde pública, dado que, também, é necessária uma transformação no processo de acompanhamento do enfermeiro no que tange às práticas de conscientização da gestante sobre hábitos sadios durante o pré-natal, o que se torna um impasse nesse segmento. Portanto, é a dificuldade de acesso a esses serviços no espaço da coletividade³⁶.



Ainda sobre os hábitos de vida, com o aumento do sedentarismo em mulheres gestantes que consequentemente ocorre o ganho de peso, faz-se necessário o aumento da promoção em saúde nessa população, incentivando caminhadas e aulas de ginástica. Mulheres que tiveram diabetes mellitus na gravidez têm risco de desenvolvê-lo após o parto, da mesma forma as mulheres que desenvolveram distúrbios hipertensivos na gestação têm risco de desenvolver doenças cardiovasculares futuramente. Diante disso, é essencial saber o histórico dessas mulheres, como também fatores de risco que podem repercutir em prejuízo ao parto normal³⁷.

O peso da mãe e do bebê diz muito sobre os hábitos de saúde e as possíveis repercussões ao parto. Corroborando os dados deste estudo, a pesquisa demonstrou que 89,9% dos bebês nasceram com peso acima de 2500g, peso considerado adequado para o nascimento³⁸.

Em relação ao rompimento da bolsa, mais da metade foi referida como espontâneo, apesar de 37,3% terem relatado ruptura profissional. Sobre a presença do acompanhante e redução das práticas não recomendadas como fatores de humanização do trabalho de parto, em uma maternidade pública do Amapá, junto a 280 parturientes, foram apontados que 90% das puérperas tiveram a possibilidade de trazer acompanhantes e houve uma redução significativa de amniotomia e, também, do uso da ocitocina³⁹.

Embora não relatado uso de ocitocina nesses dados, cabe enfatizar que a utilização da ocitocina em excesso requer muita atenção, pois a ela coincide com a vasopressina podendo correr o risco de hipervolemia, edema agudo de pulmão, convulsão, coma e consequentemente o óbito. Seu uso é na grande maioria das vezes endovenoso, tendo como um possível risco de intoxicação hídrica⁴⁰.

Em se tratando dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, a técnica de respiração foi a mais utilizada, em que 19,3% das respostas foram apontadas para essa experiência. Em relação a isso, o exercício de respiração é comumente utilizado para analgesia e consequente humanização, promove um melhor andamento do trabalho de parto, utilizando um período de tempo mais reduzido, contribuindo, assim, para um maior autocontrole do corpo no processo de expulsão do feto, fazendo com que haja uma menor exaustão da gestante durante o parto. Logo, a dinâmica intensa de inspiração e expiração estabelece um cenário de maior relaxamento e menores níveis de ansiedade^{41, 42}.



Na pesquisa, a massagem se constituiu como o segundo mais citado método não farmacológico para alívio da dor, referida em 18,6%. A utilização da massagem também é uma grande aliada no processo parturiente, principalmente na região cervice-sacral, que tem o objetivo de induzir o relaxamento e redução da ansiedade no momento do trabalho de parto como também a tensão local. Além disso, há a possibilidade da participação efetiva do acompanhante, tornando o atendimento mais humanizado. No momento da utilização do procedimento, é ideal a utilização em conjunto de outras técnicas, como exercício de respiração ⁴³.

Um dos métodos que podem ser também utilizados para atenuar as dores advindas do processo parturitivo é a Bola Suíça. Nota-se que o uso da bola suíça foi referido por 17,1% do total de respostas. Considerado o seu uso um dos mais eficientes, dado que proporciona à mulher benefícios diversos, como maior flexibilidade e fortalecimento dos músculos. A bola suíça atua, preponderantemente, no assoalho pélvico da gestante, proporcionando relaxamento e, por consequência, facilitando o movimento de descida do feto. Porém, uma de suas contraindicações é o edema de colo do útero, que consiste em um inchaço no canal vaginal impedindo o seguimento do trabalho de parto⁴⁴.

Além disso, quando manipulado na mulher, de modo que ela se encontre em posição vertical no manuseio da bola, assessora, também, na diminuição da dor na parturiente, recorrente ao andamento do parto. Para mais, torna-se eficaz, também, para melhor encaixe do bebê na pelve da mãe. Com isso, torna-se desnecessária a necessidade de aplicação de analgésicos e posterga possíveis intervenções médicas, tornando, assim, o parto mais humano, possibilitando um maior protagonismo e autonomia da gestante, mediante o nascimento da criança^{45, 46}.

O banho de chuveiro, conhecido tecnicamente como banho de aspersão, é outro método popularmente conhecido como um dos que mais moderam o aparecimento de dores no parto. Nesse modelo de procedimento, a gestante sofre uma diminuição considerável da sensação dolorosa advinda do processo parturitivo, sua ação atua, principalmente, no relaxamento das regiões de maior impacto, como na lombar e, também, no alívio de cólicas, fazendo com que, consequentemente, haja uma redução dos níveis de ansiedade. Ademais, estudos realizados por universidades de grande renome relatam que, com a utilização do banho de aspersão, há uma resposta imediata de menor



tensão no corpo da gestante, haja vista que, com a aplicação do procedimento, há uma diminuição na liberação de hormônios como Cortisol e β -endorfinas, bem como há uma maior produção de noradrenalina, que está visceralmente ligada à diminuição do estresse⁴⁷.

Além disso, a utilização do cavalinho serve como método atenuante do aparecimento da dor, pois promove em seu manuseio o relaxamento da mulher, tais como o aumento da dilatação vaginal, e, além disso, reduz a percepção dolorosa durante as contrações uterinas mediante o encadeamento do parto. Desse modo, os efeitos da aplicabilidade do método é consideravelmente positivo, pois promove na mulher maior bem-estar, fazendo-a com que se sinta confortável e em um ambiente mais acolhedor e humanizado, propiciando, dessa maneira, melhores experiências para a gestante⁴⁸.

O uso da aromaterapia foi referido em 7,6% das respostas. Sendo sua técnica popularmente conhecida no meio obstétrico, a aromaterapia é comumente utilizada para proporcionar um maior conforto à parturiente durante o decorrer do parto, amenizando níveis de ansiedade e promovendo redução bastante expressiva do desconforto causado pela descida do feto. A utilização do método diminui as chances de haver intervenção medicamentosa no procedimento parturitivo^{49, 50}.

Para mais, em sua gênese, a aromaterapia utiliza-se do manuseio de óleos essenciais e incensos, sua aplicabilidade pode ser efetivada de diversas maneiras, podendo ser realizada diretamente na pele (uso tópico), inalatória, através de equipamentos propícios ou meramente olfativos. Nesse sentido, em virtude de seu manuseio, as chances de se obter uma experiência menos dolorosa e traumática são reduzidas, fornecendo, dessa maneira, um apoio eficazmente executado, mais adequado e humano^{49, 50}.

Igualmente, a utilização da banqueta ou banquinho, método que viabiliza a promoção do parto humanizado, é caracterizada, basicamente, pela utilização de um banquinho de baixa estatura que, colocado sob um chuveiro com água morna, proporciona sensação de relaxamento em meio às contrações advindas do processo parturitivo⁵¹. A acupuntura tem sido relatada em vários estudos relacionados ao alívio da dor no trabalho de parto, havendo aplicação de agulhas em várias regiões no corpo, bem como auriculoterapia⁵². Embora não citado neste trabalho, cabe enfatizar que utilizada em



menor número e pouco conhecida, a acupressão é um dos métodos que são manuseados no andamento do parto para possibilitar uma melhor experiência no ato do nascimento da criança. Sua prática é similarmente aplicada como uma massagem, no entanto, com mais intensidade em regiões de tensão geradas pelo corpo da gestante. Nele é ocasionado um efeito terapêutico muito semelhante ao que se obtém com a realização da acupuntura⁵³.

Conforme os autores supracitados, esse procedimento se constitui com um efeito estimulador, pressionando constante e cuidadosamente as pontas dos dedos e polegares em alguns pontos específicos do corpo da gestante. Promove uma reparação do bem-estar da mulher, como no alívio da dor e da ansiedade. Nesse sentido, com os benefícios advindos do seu uso, esse método promove, também, a diminuição da sua fase ativa. Logo, sua utilização torna-se viável e de grande eficácia para que se obtenha um parto mais humanizado e menos invasivo.

Para mais, o banho de banheira, outro mecanismo que possibilita a promoção do parto humanizado, é descrito como método que faz uso necessário da utilização da água morna, pois ela induz o processo de vasodilatação, que resulta na promoção do relaxamento muscular. Com a utilização do método, também é possível reduzir significativamente a ansiedade. Diante disso, o banho contribui para uma expulsão fetal mais rápida e menos dolorosa⁵⁴.

Por fim, o rebozo trata-se de uma prática que consiste na efetuação do exercício que é utilizado um tecido denominado de xale, ele é aplicado na posição vertical ou de cócoras, e tem ação direcionada para encaixar o bebê na pelve da mãe e, também, para amenizar as dores em meio às contrações uterinas, como resultado, ademais, promove conforto e relaxamento⁵⁵.

Em relação ao direito de ter pessoas durante o parto, a presença do acompanhante foi de 53,1%, demonstrando que a maioria das mulheres teve a oportunidade de ter alguém ao seu lado nesse momento tão singular. Pesquisa afirma que acompanhantes no momento do parto, podem transmitir apoio emocional e encoraja-las no decorrer das experiências. Dessa forma, podendo até mesmo tomar decisões acordadas em momentos que mãe e bebê estão vulneráveis. Não ter ninguém pode deixar a experiência do parto solitária, podendo repercutir em marcas negativas para a parturiente⁵⁶.



Não obstante, a presença da doula tem sido fortalecida nos serviços de atenção ao parto. Ela é uma profissional que dá suporte emocional a mulher no momento da parturição, tranquilizando, utilizando métodos não farmacológicos, dando informações a mulher sobre o processo. As doulas são de extrema importância dando domínio a mulher em confrontar práticas violentas no momento de parturição⁵⁷ Pesquisa feita em 571 maternidades públicas com 5.016 puérperas, apontou que 30% dos partos vaginais foram assistidos por enfermeiras, podendo assim alcançar 46% na região norte do Brasil⁵⁸ muito diferente da prevalência encontrada nesta pesquisa.

Sobre os posicionamentos adotados durante o trabalho de parto, 115 mulheres pariram. 37,3% ficaram deambulando, 20,1% estiveram deitadas e 42,5% optaram por alternar o movimento e repouso. Em relação às práticas recomendadas, métodos não farmacológicos de alívio da dor e posições para o parto, no estudo efetuado com 232 parturientes, em Porto Alegre (RS), foram apontados que, das 232 parturientes, 79% utilizaram a deambulação. Além disso, cerca de 60% fizeram uso da massagem e mais de 40% preferiram utilizar bola suíça e o rebozo. Foi visto que a posição de preferência solicitada pela gestante, com margem de 63%, foi a semi-sentada, mas apenas 13% usaram a posição de litotomia⁵⁹.

Com relação às posições, cerca de 13% pariram utilizando banqueta, 20% de cócoras e 4% em decúbito lateral. Sobre a alimentação, as boas práticas de atenção ao parto recomenda uma dieta livre em partos fisiológicos e de risco habitual⁶⁰. Embora nesse estudo, a dieta zero, ou seja, nenhuma alimentação foi referida por mais da metade das participantes.

Por fim, a manobra de Kristeller é caracterizada como pressões no fundo uterino durante o período de expulsão do feto, com o objetivo de diminuir o tempo da parturição que é nociva porque pode provocar diversas consequências como uma laceração perineal, fraturas no recém-nascido, inversão uterina e hemorragias⁴¹. Investigação realizada em uma maternidade pública do Amapá, junto a 280 parturientes afirmou que o número de manobras de Kristeller obteve uma diminuição expressiva³⁹. Nesse estudo, 75,6% relatam não ter tido o seu abdome empurrado durante o trabalho de parto. Mesmo assim, o percentual de acometimento desse evento na amostra ainda foi considerável, entendendo que essa manobra é uma violência obstétrica.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apontou um perfil de mulheres em idade reprodutiva, escolarizadas, com ocupação remunerada, católicas, pardas, com renda até dois salários mínimos, parceiros estáveis, não fumantes, não etilistas, sedentárias, com sexarca em menoridade etária, primigesta, sem comorbidades e com mais de seis consultas pré-natais. Os dados antropométricos mostraram estatura mediana e peso anterior à gestação acima de 85 kg com crianças nascidas acima de 4.000 g e com menos que 50 cm.

Os dados relacionados à parturição mostram boas práticas de atenção ao parto normal e nascimento, quando houve rompimento da bolsa de modo espontâneo e incentivo à técnica de respiração enquanto método não farmacológico de alívio da dor presença de acompanhante e não utilização de manobra de Kristeller, embora a dieta zero ainda tenha sido uma prática não recomendada na atualidade, mostrou-se prevalente.

As limitações desta pesquisa se assentam na questão da coleta da amostra em meio a uma pandemia e também por ser virtual, algumas mulheres não confiaram no *link* enviado, mesmo com todo informativo relacionado ao consentimento ético e outras deixaram respostas em branco assim dificultando o processo da coleta de dados.

Acredita-se que este estudo traz contribuições a área materno-neonatal, bem como aos profissionais de saúde, pois é um tema essencial para o aumento de trabalhos científicos com foco na diminuição da violência obstétrica, como também informando a outras mulheres sobre as boas práticas em prol de uma assistência humanizada.

A enfermagem mesmo com obstáculos precisa enfatizar a questão dos métodos não farmacológicos, a prática de atividade física e em relação à consulta pré-natal, pois dessa maneira é possível humanizar o cenário do parto, evitando procedimentos que são desnecessários, sendo assim, consequentemente tornando o cenário do parto menos doloroso e mais satisfatório para a parturiente. Sugerem-se novas pesquisas abordando mulheres que pariram em domicílio ou em casa de parto, como também focando em doulas e enfermeiras obstétricas, para melhoria da atenção ao parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues ARM *et al.* **Gravidez de alto risco:** análises dos determinantes de saúde. SANARE; 2017. 16(01): 23-8



2. Francisco M M et al. Humanização da assistência ao parto: opinião dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Nursing**. 2020; 23 (270): 4897-4902.citado isponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i270p4897-4908>. Acesso em: 15 março 2021.
3. World Health Organization; 2018. **Licence:** CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Acesso em 15 março 2021.
4. Febrasgo, 2018. **Organização Mundial da Saúde (OMS) lança 5p6 recomendações para tentar diminuir as cesáreas**. Disponível em:<<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas>> Acesso em: 03 de Abril de 2021.
5. Knobel R, Lopes TJP, Menezes MO, et al. **Cesarean-section Rates in Brazil from 2014 to 2016: Cross-sectional Analysis Using the Robson Classification**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. . 2020 Sep;42(9): 522-528. doi: 1055/s-0040-1712134
6. Brasil, 2011. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>, Acesso em: 05 de Abril de 2021.
7. Batista Filho M; Rissin AA. OMS e a epidemia de cesarianas. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**. Recife, 18 (1): 5-6, jan. / mar., 2018. <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000100001> Acesso em: 05 abril 2021.
8. Silva C M M. **Implementação do uso da bola suíça durante o trabalho de parto na Maternidade Araken Irerê Pinto**. 2019. 46f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Obstétrica, Rede Cegonha III) - Escola de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019 Disponível em: <http://monografias.ufrn.br/handle/123456789/8982> Acesso em: 4 de jun de 2021.
9. Brasil. **Programa Humanização do parto** : humanização no pré natal e nascimento. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>, Acesso em 07 de abril 2021.
10. Possati, A B; et al. **Humanização do parto**: significados e percepções de enfermeiras. Escola Anna Nery. 2017;(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366>, Acesso em 10 de abril de 2021.
11. Brasil, 2017. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**: Relatório de recomendação. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Acesso em 10 abril 2021.
12. Barreto MS, Prado E, Lucena MRCA, Rissardo LK, Furlan MCR, Marcon SS. Sitematização da Assistência de Enfermagem : a práxis do enfermeiro de hospital de pequeno porte. **Escola Anna Nery**. 24(4)2020.
13. Pereira SB, Diaz CMG, Backes MTS, Ferreira LLC, Backes SD. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Internet]. 2018;71 (Supl3):1393-9.



14. Gomes CBA, Dias RS, Silva WGB, Pacheco MAB, Sousa FGM, Loyola CMD. Consulta de Enfermagem no pré natal : narrativas de gestantes e enfermeiras. **Texto e Contexto Enfermagem**. 2019, v.28:e20170544.
15. **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Humanização - PNH. 1a edição. 1a reimpressão. Brasília - DF, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf Acesso em : 21 de maio de 2021.
16. Queiroz CT, Fofano GA, Farnetano BS, Cruz CESG, Vieira CF, Oliveira MACA, et. al. **Processo de decisão pelo tipo de parto**: uma análise dos fatores socioculturais da mulher e sua influência sobre o processo de decisão.
17. Silva, Gabriella Barros. Mendonça, Tamires. El papel de la enfermera obstétrica en el parto normal humanizado. **Revista científica multidisciplinar núcleo do conhecimento**. Año. 06, ed. 09, vol. 01, págs. 05-25. Septiembre 2021. ISSN: 2448-0959, enlace de acceso: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/salud/el-parto-normal-humanizado>
18. Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira ; / [organizado por]. **Métodos de pesquisa**. coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em : <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/213838/000728731.pdf?sequence=1>>, acesso em: 12 de Abril 2021.
19. Bastos, J L D; Duquia R P. **Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia**: estudo transversal. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 17, n.4, p. 229 - 232, out/dez. 2007. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/download/2806/7864> Acesso em 13 abril 2021
20. Hochman B. et al. **Desenhos de pesquisa**. Acta Cirúrgica Brasileira. vol.20 suppl.2 São Paulo 2005. Acesso em 14 abril 2020.
21. Esperón J M T. **Pesquisa Quantitativa na Ciência da Enfermagem**. Escola Anna Nery. 2017;21(1):e20170027. DOI: 10.5935/1414-8145.20170027 Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170027.pdf>. Acesso em 24 maio de 2021.
22. IBGE. **Censo Demográfico 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama>. Acesso em: 06.05.2020
23. FEBRASGO, 2018. **Organização Mundial da Saúde (OMS) lança 5p6 recomendações para tentar diminuir as cesáreas**. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas>. Acesso em: 03 de Abril de 2021.
24. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Painel de indicadores de atenção materna e neonatal**. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjojNDYzMU5MjktMGQyNS00MmY2LW>



EwNDQtZjQ5N2ZkYzQxYmMwIiwidCI6IjlkYmE0ODBjLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9. Acesso em 20 mar. 2020.

25. HECKATHORN, D. D. **Respondent-Driven Sampling: A New Approach to The Study of Hidden Populations**. Social Problems, Oxford, v. 44, n. 2, p. 174-199. 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/3096941>. Acesso em: 05.05.2020..

26. **Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

27. 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: 30.03.20.

28. Pereira ACA, Queiroz VC, Andrade SSC, Cerqueira ACDR, Pereira VCLS, Oliveira SHS. Effect of music therapy on vital parameters, anxiety and sensations experienced in the gestational period. **Rev baiana enferm.** 2021;35:e38825P.

29. Silva VE, Costa AAM, Almeida CK, Araújo BML, Amâncio GFN. Relação do tipo de parto com o perfil epidemiológico da assistência pré-natal e perinatal em um município de Minas Gerais. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, 20 (1): 249-256 jan-mar., 2020

30. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Filha MMT, Costa JV, Bastos MH, Leal MC. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Pública.** 2014; 30: 85-100

31. Borges Peixoto M, Lobo Cardoso R, Guarido KL. **A violência obstétrica vivenciada por mulheres de um centro educacional no município de São José - SC**. Glob Acad Nurs [Internet]. 13º de novembro de 2020 [citado 24º de novembro de 2021];1(2):e25. Disponível em:

<https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globalcadnurs/article/view/55>

32. Palma CC, Donelli TMS. **Violência obstétrica em mulheres brasileiras**. Psico [Internet]. 29º de setembro de 2017 [citado 24º de novembro de 2021];48(3):216-30. Disponível em:

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/25161>

33. Lansky S, et.al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(8):2811-2823, 2019 DOI: 10.1590/1413-81232018248.30102017

34. Febrasgo. **Drogas ilícitas durante a gravidez**.

<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/704-drogas-ilicitas-durante-a-gravidez>

35. Eugenio HA, Valente-Ferreira RC. **Danos causados ao recém nascido pelo consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação e seu diagnóstico**. Trabalho de Conclusão de Curso. Unitoledo, 2019. Disponível em : <WWW.unitoledo.br/repositorio/handle/7574/2360.



36. Balestra GVE, et al. **O uso de drogas ilícitas na gravidez e as consequências para a mãe e para o feto.** Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n. 7 , p.43055-43064, jul. 2020
37. Rebesco DB, Souza WC de, Lima VA de, Grzelczak MT, Frasson AC, Mascarenhas LPG. **Ação do exercício físico na gestação:** Um estudo de revisão. Arch Health Invest [Internet]. 31º de dezembro de 2016 [citado 24º de novembro de 2021];5(6). Disponível em: <https://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/1707>.
38. Silva EV.et al. Relação do tipo de parto com o perfil epidemiológico da assistência pré-natal e perinatal em um município de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, p. 241-247, 2020.
39. Côtês C T et al. Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2018. DOI: 10.1590/1518-8345.2177.2988. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/6wqzGK8b3B6MPTX4ZpfhZfq/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 28 mai. 2021.
40. Santos, K. L. A., Farias, C. R. B. L., Cavalcante, J. S., Santos, E. A., Silva, J. M., & da Silva Duarte, A. P. R. (2020). Ocitocina sintética no trabalho de parto induzido e suas repercussões materno-fetais. **Diversitas Journal**, 5(3), 1787-1804
41. LIMA, Geovana Albuquerque Félix de; LOPES, Maria Clara Aragão. **Violência obstétrica: riscos do uso da manobra de kristeller rurante o parto.** Orientador: Lúcia Câmara Peres. 2019. 22f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2019.
42. Yuksel H et al. Effectiveness of breathing exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: a randomized controlled trial. **Journal of Integrative Medicine**. Volume 15, Issue 6, November 2017, Pages 456-461. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2095-4964\(17\)60368-6](https://doi.org/10.1016/S2095-4964(17)60368-6). Acesso em 10 Abril de 2021.
43. Oliveira L S et al. Uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto normal. **Brazilian Journal of health Review**, 2020. Disponível em: <DOI:10.34119/bjhrv3n2-128>. Acesso em: 7 de mai de 2021.
44. Febrasgo – **Distorcias**. Febrasgo notícias 2017. Disponível em : < <HTTPS://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/184-distocias>
45. Silva C M M. Implementação do uso da bola suíça durante o trabalho de parto na Maternidade Araken Irerê Pinto. 2019. 46f. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Especialização em Enfermagem Obstétrica, Rede Cegonha III) - Escola de Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019 Disponível em: <http://monografias.ufrn.br/handle/123456789/8982> Acesso em: 4 de jun de 2021.
46. Mascarenhas VHA, Lima TR, Silva FMD, Negreiros FS, Santos JDM, Moura MAP, et. al. **Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto.** Acta Paulista de Enfermagem. 32(3). May-Jun. 2019.



47. Souza ELR, Santos RS, Carvalho BF, Dias RS, Pereira PM, Lucena GP. Recursos não farmacológicos de alívio da dor no processo de parturição. São Paulo: **Revista Recien**. 2020; 10(30):235-244.
48. Mielke KC, Gouveia HG, Gonçalves CA. A prática de métodos não farmacológicos para o alívio da dor de parto em um hospital universitário no Brasil. 2019. **Av Enferm**, 37(1): 47-55. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.72045>
49. Pereira S B et al. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. vol.71 supl.3 Brasília 2018. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661> Acesso em 12 abril 2021.
50. Pessoa D L R et al. O uso da aromaterapia na prática clínica e interprofissional. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**. [S. l.], v. 10, n. 3, p. e46410313621, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i3.13621. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13621>. Acesso em: 10 de mai de 2021.
51. Dias, E. G., Ferreira, A. R. M., Martins, A. M. C., de Jesus Nunes, M. M., & Alves, J. C. S. (2018). Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal. **Enfermagem em foco**, 9(2).
52. Smith CA, Collins CT, Levett KM, Armour M, Dahlen HG, Tan AL, Mesgarpour B. **Acupuncture or acupressure for pain management during labour**. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 2. Art. No.: CD009232. DOI: 10.1002/14651858.CD009232.pub2.
53. Raana H N; Fran X N. O efeito da acupuntura na redução da dor durante o primeiro estágio do trabalho de parto: Revisão sistemática e meta-análise. **Terapias complementares na prática clínica**, vol 39, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101126>. Acesso em: 6 de mai de 2021.
54. Sigaran L, Eduarda Schott M, Kamal Ayed Judeh H, Ribeiro Lemes C, Pereira de Souza B, Alende Prates L. **Benefícios do banho de imersão no alívio da dor do trabalho de parto**. SIEPE [Internet]. 20º de novembro de 2020 [citado 24º de novembro de 2021];12(3). Disponível em: <https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/article/view/106755>
55. Sales WB, Oliveira ASC de, Rocha ES, Constantino AEA, Gerônimo CA da S, Elesbão JVG de, Fonseca JDM da, Cavalcante RNS, Silva RBTB da, Pontes IE de A. **The rebozo technique in the care of women in the pregnancy-puerperal cycle: an integrative review**. RSD [Internet]. 2020May10 [cited 2021Nov.24];9(7):e226973740. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/3740>.
56. Ferreira, J. P. P. D. F. **Hipertensão e Diabetes Gestacional e a relação entre elas** (Doctoral dissertation).
57. Herculano, T. B., Sampaio, J., Brilhante, M. D. A. A., & Barbosa, M. B. B. (2018). Doulas como gatilho de tensões entre modelos de assistência obstétrica: o olhar dos profissionais envolvidos. **Saúde em Debate**, 42, 702-713.



58. Gama, SGN, et al. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil–2017. *Ciência & Saúde Coletiva* 26 (2021): 919-929.

59. Lehueur Danielle, Strapasson MR, Fronza E. MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DE ALÍVIO DA DOR EM PARTOS ASSISTIDOS POR ENFERMEIRA OBSTÉTRICA. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 11(12):4929-37, dec., 2017.

60. Wei, C. Y., Gualda, D. M. R., & Santos Junior, H. P. D. O. (2011). **Movimentação e dieta durante o trabalho de parto:** a percepção de um grupo de puerpéras. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 20, 717-725.



SOBRE OS ORGANIZADORES

LAGO, Eliana Campêlo: Odontóloga pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Bacharel em Direito pela UniFACID WYDEN. Pós-doutorado - Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade de Brasília-UNB. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Morfologia e Imunologia Aplicada – NuPMIA-UNB. Doutora em Biotecnologia pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Mestre em Clínicas Odontológicas pela Universidade Federal do Pará-UFPA. Especialista em Odontopediatria pela Universidade Federal do Pará-UFPA. Especialista em Implantodontia pela Associação Brasileira de Cirurgiões-dentistas-ABCD-PI. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Pará-UEPA. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelas Faculdades Integradas São Camilo CEDAS-SP. Professora Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Biodiversidade, Ambiente e Saúde- PPGBAS e da graduação do Departamento de Enfermagem -Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Secretária Municipal da Juventude-SEMJUV – Teresina- Piauí. E-mail: anaileogal@gmail.com

CARVALHO, Luiz Filipe Lago de: é bacharel em Direito pelo Centro Universitário de Brasília (UniCEUB), mestre e doutorando em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB). Bolsista pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Piauiense radicado em Brasília, é advogado familista, com ênfase em proteção dos direitos dos mais vulneráveis. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1758668934784044>.



SOBRE OS AUTORES

ANDRADE, Smalyanna Sgren da Costa: Enfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança; <http://lattes.cnpq.br/3454569409691502>. ORCID: 0000-0002-9812-9376. E-mail: smalyanna@facene.com.br

ALMEIDA, Jardiane Furtado: Graduanda de Enfermagem pela Faculdade Uninassau – São Luís. Estagiária no Fundo de Imunização em Paço do Lumiar – MA. E-mail: anewlkr@gmail.com

ARRUDA, Irlanda Cavalcanti da Silva: Mestre em Psicologia, Práticas e Inovações em Saúde Mental pela Universidade de Pernambuco, Campus Garanhuns – UPE. Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental. <http://lattes.cnpq.br/5852461739277253>. E-mail: irlandapsic@hotmail.com

ARRUDA, Mariana Oliveira - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Federal do Maranhão (2009), Mestrado em Microbiologia Médica pela Universidade Federal do Ceará (2011) e Doutorado em Biotecnologia (Microbiologia) pela Universidade Federal do Amazonas/Universidade Federal do Maranhão (2016). Possui experiência na área de Microbiologia, com ênfase em Microbiologia Médica, atuando principalmente com viroses respiratórias, análise ambiental de água e bioprospecção de produtos naturais. Atualmente é professora de Microbiologia da Faculdade Uninassau/São Luís, Supervisora de Investigação e Análise Laboratorial da Secretaria de Estado do Meio Ambiente e Recursos Naturais do Estado do Maranhão (SEMA).

CARIOCA, Evelucia Soares Pinheiro: Enfermeira pela Universidade Federal do Maranhão-UFMA. Licenciada em Ciências com Habilitação em Biologia pela Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Especialista em Docência do Ensino Superior -Instituto de Ensino Superior Franciscano. Docente do componente curricular de ciências -Secretaria Municipal de Educação- MA. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Uninassau -São Luís -MA. Coordenadora de Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Uninassau São Luís-MA.

CÉSAR, Edna Samara Ribeiro: Enfermeira Obstétrica. Mestre em Ciências da Nutrição e Terapia Intensiva. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança; <http://lattes.cnpq.br/5391236161550526>. ORCID: 0000-0002-1150-5157. E-mail: samaraenfermagem@outlook.com

CHAGAS, Eliane Rangel Pacheco das: Enfermeira na Fundação Beneficente Rio Doce – Linhares, ES. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9894461103539332> ID Lattes: 9894461103539332. E-mail: elianerpchagas@gmail.com



CORDEIRO, Hyago Hemilton Bezerra: Acadêmico do curso de graduação em Medicina Veterinária pelo Centro Universitário Maurício de Nassau-UNINASSAU. E-mail: hyagohemilton@hotmail.com

DINIZ, Viviane Ferreira: Técnica de enfermagem no Hospital de Alta Complexidade Dr. Carlos Macieira. Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Uninassau – São Luís. E-mail: vivianediniz93@hotmail.com

EVARISTO, Thayse Cabral: Farmacêutica pela Faculdade Pitágoras unidade Linhares-ES (2009). Especialista em Farmacologia Clínica, Farmácia Clínica e Prescrição Farmacêutica pela Faculdade Multivix- Unidade Vitória-ES (2017). Pós-graduada em MBA Gestão em Saúde pelo Centro Universitário São Camilo- SP (2021). Gestora e Coordenadora do setor de Farmácia do Hospital Rio Doce Linhares-ES desde 2018, habilitada na área de oncologia (2021). Preceptora no curso de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer e Urgência e Emergência no período de 2020 a 2022. ORCID n° 0000-0002-8240-8848. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1848878602444947>. E-mail: coordenacaofarmacia@hospitalriodoce.com.br

FREITAS, Ananda Santos: Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão-UEMA (2019). Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade Evangélica do Meio Norte- FAEME (2020). Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Estadual do Maranhão-UEMA (2021). Mestranda em Biodiversidade Ambiente e Saúde pela Universidade Estadual do Maranhão-UEMA (2021-2023). E-mail: annandhacx@hotmail.com

JÚNIOR, Albertino Magri Preto: Rio Doce (Hospital Rio Doce) de Linhares ES. Pós-Graduação lato sensu (com previsão de término fevereiro de 2022). E-mail: jr17nacional@gmail.com

LAGO, Eliana Campêlo: Odontóloga pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Enfermeira pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Bacharel em Direito pela UniFACID WYDEN. Pós-doutorado - Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade de Brasília-UNB. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Morfologia e Imunologia Aplicada – NuPMIA-UNB. Doutora em Biotecnologia pela Universidade Federal do Piauí-UFPI. Mestre em Clínicas Odontológicas pela Universidade Federal do Pará-UFPA. Especialista em Odontopediatria pela Universidade Federal do Pará-UFPA. Especialista em Implantodontia pela Associação Brasileira de Cirurgiões-dentistas -ABCD-PI. Especialista em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Estadual do Pará-UEPA. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelas Faculdades Integradas São Camilo CEDAS-SP. Professora Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Biodiversidade, Ambiente e Saúde- PPGBAS e da graduação do Departamento de Enfermagem -Universidade Estadual do Maranhão-UEMA. Secretária Municipal da Juventude-SEMJUV – Teresina- Piauí. E-mail: anaileogal@gmail.com



LINS, Luciano da Fonseca: PHD. Doutor em Psicanálise. Orientador do Programa de Mestrado em Psicologia, Práticas e Inovações em Saúde Mental pela Universidade de Pernambuco Campus Garanhuns – UPE. <http://lattes.cnpq.br/9147115426330013>. E-mail: llins25@msn.com.br

MAGNO, Girleny Linhares: Graduanda em Enfermagem pela faculdade Uninasau, São Luís. E-mail: girleny09@hotmail.com

MENDES, Tatiany Sena: Enfermeira pela Universidade Federal do Espírito Santo, Residente em Atenção ao Câncer pela Fundação Beneficente Rio Doce – Linhares, ES. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8756438090406613>; ID ORCID: 0000-0001-5969-4981. E-mail: tatianysena@hotmail.com

MESQUITA, Gerardo Vasconcelos: Médico ortopedista. Especialista em Ortopedia e Traumatologia pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e traumatologia-SBOT. Especialista em Medicina Esportiva pela Universidade Estadual de Pernambuco-UPE. Especialista em Geriatria e Gerontologia pelo Hospital Sírion Libanês. Especialista em Medicina do Trabalho pela Associação Médica Brasileira- AMB. Mestre em Cirurgia pela Universidade Federal de Pernambuco -UFPE. Doutor em Cirurgia ortopédica pela Universidade Federal de Pernambuco -UFPE. Professor titular do Centro Universitário Uninovafapi. Professor Adjunto da Universidade Federal do Piauí-UFPI. E-mail: gvmesquita@uol.com.br

NASCIMENTO, Tayza Andrade: Aluna do curso de enfermagem da Faculdade UNINASSAU. E-mail: tayza3337@gmail.com

PENHA, Karla Janilee de Souza: Graduada em Odontologia pela Universidade CEUMA (2014). Mestre em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2016). Doutora em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA (2020). Especialista em Ortodontia - ABO/MA (2018). Especialista em Saúde Pública - UNOPAR (2018). Especialista em Metodologias para Educação a Distância- UNOPAR (2019). Especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais-FACSETE (2021). Professora do curso de Odontologia da Faculdade UNINASSAU e Faculdade Pitágoras. Tem experiência clínica e docente nas áreas de Odontologia Preventiva/Restauradora, Saúde Pública, Ortodontia e Pacientes especiais. E-mail: karlajanilee@outlook.com

ROCHA, Francisca das Chagas Gaspar: Enfermeira (Universidade Federal do Piauí) (1999). Especialização em Saúde Pública (UFPI) (2001). Especialização em Saúde Materno Infantil (UNASUS/UFMA) (2011). Especialização em Saúde da Família(LABORO) (2007). Mestre em Saúde da Família (UNINOVAFAPI) (2017). Doutoranda em Engenharia Biomédica (Universidade Brasil- 2018- em andamento. Instrutora/Supervisora da ESF - SEMUS/São Luís (2008 - em andamento). Docente da Faculdade UNINASSAU, São Luís/MA (2019 - em andamento). Preceptora em Saúde



Coletiva e Saúde da Mulher para o curso de graduação em Enfermagem. Tutora do curso de especialização em Gestão em Saúde (UFMA). E-mail: rochagaspar1@hotmail.com

RODRIGUES, Rosalia Silva: Discente do curso de graduação em Enfermagem UNINASSAU-São Luís-MA. E-mail: rosarosdrigues12@hotmail.com

RODRIGUES, Roselia Silva: Aluna do curso de graduação em Enfermagem UNINASSAU- São Luís-MA. E-mail: roselia.rodriques@yahoo.com

SANTOS, Aldaisa Pereira dos: Enfermeira pela Universidade Estadual do Maranhão -UEMA. E-mail: aldaisasantos@outlook.com

SANTOS, Liane Maria Rodrigues: Bacharela e Licenciada em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão – UFMA. Especialista em Gestão e Docência do Ensino Superior pela Faculdade Laboro. Mestre em Ciências da Educação pela Universidade Católica Portuguesa (UCP). Enfermeira na Unidade de Pronto Atendimento do Vinhais – UPA. Professora da Faculdade Uninassau – São Luís. E-mail: liane.mrodrigues@hotmail.com

SILVA, Anna Paula Dos Santos: Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. <http://lattes.cnpq.br/1643498231250237>; ORCID: 0000-0002-5017-1479. E-mail: annapaulajppb33@gmail.com

SILVA, Edilma Edilene da: Mestre em Psicologia, Práticas e Inovações em Saúde Mental pela Universidade de Pernambuco, Campus Garanhuns – UPE. Especialista em docência na saúde. <http://lattes.cnpq.br/4983113995931517>. E-mail: Edilmaes36@gmail.com

SILVA, Irene Sousa da: Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (1995). Mestre em Ciências da saúde pela Universidade Federal do Piauí (2012). Professora auxiliar da graduação do departamento de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Maranhão. E-mail: Irenesilva1069@gmail.com

SILVA, Maria Rita Sousa da: Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão- UEMA (2021). E-mail: ritinhasousa83@gmail.com

SILVA, Nayra Jaqueline da: Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão- UEMA (2021). E-mail: nayrajaaque@gmail.com

SOUSA, Katiara de Jesus Arruda: Graduanda de enfermagem pela Faculdade Uninassau, São Luís. E-mail: katiarasouaa@hotmail.com

SOUZA, Janice Maria Lopes de: Odontóloga pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Pedagoga pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). Administradora de Empresa pela Universidade Estadual do Maranhão. Bióloga pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). Mestra em Saúde da Família pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI -Teresina-PI (2017). Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto (1989).Especialista em Administração Hospitalar pelo



Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde (1982). Especialista em Estratégia Saúde da Família pela Faculdade Laboro (2007). Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Especialista em Saúde da Pessoa Idosa pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Cirurgia -Dentista da Estratégia Saúde da Família, pela SEMUS, no Centro de Saúde Jailson Alves Viana, na Cidade Olímpica III, São Luís (MA). Professora da Faculdade Uninassau de São Luís (MA), dos cursos de Odontologia, Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Farmácia. Coordenadora do Curso de Odontologia da Faculdade Uninassau. E-mail: janicemls@hotmail.com

SOUZA, Katicilene Canci de: Enfermeira na Fundação Beneficente Rio Doce – Linhares, ES. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1261685542290186>; ID Lattes: 1261685542290186. E-mail: katicilenecanci@hotmail.com

TRIGUEIRO, Débora Raquel Soares Guedes: Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família e Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança; <http://lattes.cnpq.br/5748067841496063>. ORCID: 0000-0001-5649-8256. E-mail: debora.trigueiro@facene.com.br

VIANA, Yasmin Santos Lopes: Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança; <http://lattes.cnpq.br/7264813067307754>. ORCID: h0000-0002-3148-5966. E-mail: yasminlopes.enf@gmail.com



ÍNDICE REMISSIVO

A

Afetividade, [99](#)

Assistência de enfermagem, [48](#)

Assistência de Enfermagem, [164](#)

Atrite Reumatoide, [61](#)

C

Células, [85](#)

Cuidados, [61](#)

Cuidados de enfermagem, [36](#)

Cuidados paliativos. Ferimentos e
lesões, [36](#)

D

Diagnóstico, [61](#)

Doenças autoimunes, [61](#)

Doenças do Recém-Nascido, [164](#)

E

Educação continuada em enfermagem,
[25](#)

Enfermagem, [61](#)

Enfermagem oncológica, [36](#)

Enfermagem Oncológica, [99](#)

Enteroendócrinas, [85](#)

Epidemiologia, [131](#)

G

Gestação, [152](#)

Gestantes, [131](#)

I

Incidência, [131](#)

L

Lesão por pressão, [25](#)

N

Neoplasias, [36](#), [85](#)

Núcleo Ampliado de Saúde da Família,
[11](#)

P

Práticas automatizadas, [11](#)

Processo de trabalho, [11](#)

Protagonismo, [152](#)

S

Saúde, [61](#)

Saúde da mulher, [48](#)

Sentimento, [99](#)

Serviço de Farmácia Hospitalar, [85](#)

Sífilis, [131](#)

Sífilis Congênita, [131](#)

T

Triagem Neonatal, [164](#)

U

Úlcera cutânea, [36](#)

Úlcera por pressão, [25](#)

V

Violência doméstica, [48](#)

Vulnerabilidade social, [152](#)



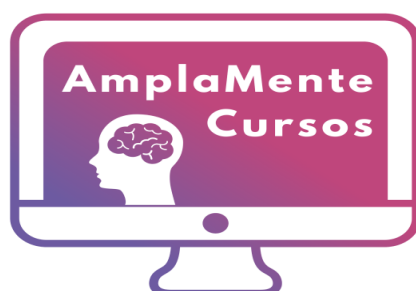
AMPLAMENTE: ESTUDOS EM SAÚDE

1ª ED VOL.1 ISBN: 978-65-89928-16-4 DOI: 10.47538/AC-2022.03

E-BOOK

AMPLAMENTE: ESTUDOS EM SAÚDE

1ª EDIÇÃO. VOLUME 01.



**EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA**

ORGANIZADORES

Eliana Campêlo Lago
Luiz Filipe Lago de Carvalho

DOI: 10.47538/AC-2022.03

ISBN: 978-65-89928-16-4

 (84) 99707 2900

 @editoraamplamentecursos

 amplamentecursos

 publicacoes@editoraamplamente.com.br



EDITORA DE LIVROS
FORMAÇÃO CONTINUADA

Ano 2022