

ORGANIZADORES

**Leonardo Santana Rocha
Cristiano Luiz Gomide Cabral
Mirella Gonçalves Lopes Pinto
Eliene da Silva Martins Viana
Flávia Xavier Valente
Marcelo Dias da Silva**



ENFERMAGEM NA VEIA

© Leonardo Santana Rocha [et al.], 2023.

Produção editorial e diagramação

Editora Efeito Sete Publicações
Rua Domingos Francisco Zardo, 26
CEP 85870597 - Foz do Iguaçu/PR
contato@efeitoseite.org
www.efeitoseite.org

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

ROCHA, Leonardo Santana [et al.]

ENFERMAGEM NA VEIA. [recurso eletrônico - PDF] /
Organizadores: Leonardo Santana Rocha, Cristiano Luiz
Gomide Cabral, Mirella Gonçalves Lopes Pinto, Eliene da
Silva Martins Viana, Flávia Xavier Valente e Marcelo Dias da
Silva – Viçosa - Minas Gerais: 2023.

P. 314

ISBN – 978-85-5962-046-7

1. Enfermagem. 2. Estudos e Pesquisa. 3. Saúde.
I. ROCHA, Leonardo Santana. II. CABRAL, Cristiano
Luiz Gomide. III. PINTO, Mirella Gonçalves Lopes. IV.
VIANA, Eliene da Silva Martins. V. VALENTE, Flávia Xavier.
VI. SILVA, Marcelo Dias da.

CDD-610
610.73

SUMÁRIO

- 06** CAPÍTULO 1 - AVANÇOS E ENTRAVES DO E-SUS AB EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Bruna Martins Sampaio Mafra
Elenice Claudete Dias
Leonardo Santana Rocha
Carla Alcon Tranin
Juliana da Rocha Reis
- 14** CAPÍTULO 2 - A AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES DIANTE DOS SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS APRESENTADOS PELOS PACIENTES COM ALZHEIMER
Júlia Pacheco Reis
Paola Teodora Fialho de Oliveira
Juliana da Rocha Reis
Jaqueline Carrara Folly Valente
Leonardo Santana Rocha
- 29** CAPÍTULO 3 - A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA
Tamiris do Espírito Santo Starlino
Alessandra Santos de Paula
Leonardo Santana Rocha
Eliângela Saraiva Oliveira Pinto
Juliana da Rocha Reis
Carla Alcon Tranin
- 44** CAPÍTULO 4 - ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO HUMANIZADO A GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE VIÇOSA-MG.
Tatiele da Silva Bitarães
Juliana da Rocha Reis
Jaqueline Carrara Folly Valente
Alessandra Santos de Paula
Carla Alcon Tranin
- 65** CAPÍTULO 5 - AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DA CADENETA DE SAÚDE DA CRIANÇA
Tainara Fernandes Lott
Juliana da Rocha Reis
Rogério Pinto
Eliângela Saraiva Oliveira Pinto

- 85** CAPÍTULO 6 - FATORES INCIDENTES NO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS ABRIGADOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIARGISLENE DA COSTA TEIXEIRA
Gislene da Costa Teixeira
Danielle Cordeiro Mendes
Jaqueline Carrara Folly Valente
Alessandra Santos de Paula
- 96** CAPÍTULO 7 - INFLUÊNCIA DO MÉTODO MÃE-CANGURU NO PROGNÓSTICO DE SAÚDE DO NEONATO PREMATURO E/OU BAIXO PESO
Amanda Elisia da Silveira Souza
Daniela Oliveira Rodrigues Flores
Juliana Rocha Reis
Jaqueline Carrara Folly Valente
- 112** CAPÍTULO 8 - INVESTIGAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E OS ÍNDICES DE DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS
Silvia Xavier Gomes
Leonardo Santana Rocha
Renata Siqueira Faria
Juliana da Rocha Reis
Alessandra Santos de Paula
- 132** CAPÍTULO 9 - O PAPEL DO ENFERMEIRO NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO HOSPITALAR
Rosângela Santana Damaceno
Alessandra Santos de Paula
Juliana da Rocha Reis
Elenice Claudete Dias
- 148** CAPÍTULO 10 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES
Alisson Roger Lourenço
Carla Alcon Tranin
Renata Siqueira Faria
Eliângela Saraina Oliveira Pinto
Juliana da Rocha Reis
- 166** CAPÍTULO 11 - POLÍTICAS PÚBLICA DA SAÚDE DA MULHER E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER MENOPAUSADA
Amanda Luíza da Silva Diniz
Leonardo Santana Rocha
Thaís do Rosário Nogueira Galão
Jaqueline Carrara Folly Valente
Carla Alcon Tranin

- 196** CAPÍTULO 12 - PRONTUÁRIO ELETRÔNICO E SUA IMPLANTAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA
Leticia da Silva Rezende
Elenice Clandete Dias
Leonardo Santana Rocha
Carla Alcon Tranin
- 206** CAPÍTULO 13 - PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO IMEDIATO
Rayane Aparecida Caetano Fortes Ferreira
Eliângela Saraiva Oliveira Pinto
Leonardo Santana Rocha
Alessandra Santos de Paula
- 225** CAPÍTULO 14 - ANÁLISE DO GRAU DE COMPROMETIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DOS IDOSOS ENTRE 70 A 80 ANOS EM UMA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE COIMBRA-MG
Alessandra Chaves de Souza
Matheus Lopes Cabral
Leonardo Santana Rocha
Renata Siqueira Faria
Jaqueline Carrara Folly Valente
Alessandra Santos de Paula
- 246** CAPÍTULO 15 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NO PARTO
Lorena da Silva Bartolomeu
Leonardo Santana Rocha
Renata Siqueira Faria
Jaqueline Carrara Folly Valente
- 267** CAPÍTULO 16 - SEGURANÇA DO PACIENTE: COMUNICAÇÃO EFETIVA ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
Lucas José Rodrigues
Wanessa da Silva Oliveira Romano
Elenice Clandete Dias
Leonardo Santana Rocha
Jaqueline Carrara Folly Valente
Alessandra Santos de Paula
- 291** CAPÍTULO 17 - SEGURANÇA DO PACIENTE: O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO
Thayrine Franklin Assis
Danielle Cordeiro Mendes
Renata Siqueira Faria
Jaqueline Carrara Folly Valente

CAPÍTULO 1

AVANÇOS E ENTRAVES DO E-SUS AB EM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Bruna Martins Sampaio Mafia
Elenice Claudete Dias
Leonardo Santana Rocha
Carla Alcon Tranin
Juliana da Rocha Reis

1. INTRODUÇÃO

A estratégia e-SUS AB trata-se de uma inovação do Ministério da Saúde brasileiro (MS), da Portaria nº 1412, de 10 de Junho de 2013, voltada para reestruturar as informações da Atenção Básica (AB) em todo o território nacional, representando possibilidades de avanços e qualificação no uso da informação (BRASIL, 2014).

Devido ao aumento expressivo na produção de dados e informações na área da saúde, observou-se a necessidade de avanços nas TIC (Tecnologias da Informação e Comunicação). O desenvolvimento tecnológico e científico deste setor proporciona maior empoderamento dos indivíduos e sociedade e conseqüentemente melhor controle social (BRASIL, 2016; SIRINTRAPUN; ARTZ, 2016).

A estratégia é composta por dois softwares: Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que favorecem a individualização dos dados dos usuários e atividades profissionais, na produção de informações qualificadas para apoiar a gestão e o cuidado, facilitando ao acesso rápido aos problemas de saúde (BRASIL, 2018).

Apesar das contribuições através da utilização do e-SUS AB, o desenvolvimento deste sistema, no Brasil, também é marcado por fragilidades. Dentre os obstáculos encontrados para a implantação e utilização do e-SUS AB pelos profissionais de saúde estão: o despreparo inicial dos profissionais para o preenchimento adequado das fichas, dificultando a atualização dos dados do sistema; computadores inadequados para uso e a impossibilidade de adição dos dados já cadastrados no e-SUS AB (OLIVEIRA et al., 2016). Há necessidade de melhorias na qualidade da informação

de saúde, desde o preenchimento dos dados até o cadastramento dos mesmos nas bases de dados (NAKAMURA et al., 2017).

Através de uma análise de dados feita pelo Ministério da Saúde no ano de 2013, 52,9% das UBS possuem computador, porém apenas 36,7% têm acesso à internet, o que coloca em destaque a necessidade de maiores investimentos em informática nas UBS (BRASIL, 2013).

Para a efetiva implantação da estratégia e-SUS AB é necessário identificarmos características tecnológicas disponíveis em cada UBS, como: conectividade à internet, quantidade de computadores, de impressoras, suporte a informatização das unidades, entre outros. É preciso também planejar os processos de capacitações das equipes de saúde e dos profissionais de suporte para tecnologia da informação (BRASIL, 2013). Além destes fatores a implantação de um e-SUS exige infraestrutura, alto custo de implantação e manutenção tecnológica constante (MONTENEGRO; BRITO; CAVALCANTE, 2013).

O objetivo deste capítulo é evidenciar as dificuldades e potencialidades sobre o e-SUS AB vivenciadas pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), o trabalho de implantação do e-SUS sendo desenvolvido de forma gradual, por ser uma ferramenta nova no SUS, e que encontra dificuldades, como extensão do território do país e disponibilidade de estrutura do serviço.

1.1. O Programa e-SUS e suas subdivisões

O programa e-SUS foi instituído em 2013 pelo Departamento da Atenção Básica, com a proposta de informatizar, qualificar,

unificar e viabilizar as informações coletadas nas próprias unidades de saúde, tendo como objetivo o processo de informatização qualificada em busca de um SUS eletrônico. A estratégia conta com dois softwares: Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) e o Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), a escolha do modelo a ser utilizado depende da especificidade e disponibilidade dos recursos de informática em cada local. O PEC permite que seja feito um banco de dados com as informações sobre o paciente, pessoais e clínica, que ficam armazenadas no sistema (BRASIL, 2013).

A estratégia e-SUS AB visa o aperfeiçoamento da gestão e coordenação do cuidado, a informatização das UBS, a integração de informações e a redução do trabalho na coleta de dados, registro das informações em saúde de forma individualizada, contribuindo com a organização do trabalho dos profissionais da Atenção Básica (AB) (CONASS, 2013).

O ponto inicial é o registro das informações de forma individualizada, o que facilitará a realizar futuro acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário (OLIVEIRA et al., 2016). Esta estratégia foi pensada para atender diversos cenários de informatização e conectividade nos serviços de saúde, mesmo as UBS que não possuem acesso à internet (PILZ, 2016).

1.2. Avanços e Entraves

As ferramentas do e-SUS AB auxilia na organização do fluxo do cidadão, possibilita o acompanhamento com informações completas do histórico do paciente, o que define o conceito de acolhimento á demanda espontânea; facilita no quesito de fácil e

rápido acesso ao prontuário o que aumenta a agilidade na tomada de decisão e cuidado, além do menor deslocamento dos profissionais dentro do ambiente de trabalho; exclui a utilização de papel, o que muitas das vezes se perdem dentro das unidades; integração dos sistemas de informação; tem como objetivo facilitar na assistência dos pacientes e diminuir o trabalho de toda equipe (BRASIL, 2018).

Atende a possibilidade de agendamento de consultas, exames e outros procedimentos; legibilidade das informações; atualização instantânea das informações registradas; maior possibilidade de codificação e sistematização das informações; conhecimento do fluxo do paciente entre os serviços disponíveis na instituição; eliminação de exames repetidos; possibilidade de uso de informações não suportadas no papel, como áudios, fotos, entre outras (PANITZ, 2014).

Existem alguns desafios na implantação desta estratégia, alguns destes seriam as qualificações deficientes dos profissionais para utilização da tecnologia; subfinanciamento do processo de implantação; a insuficiência dos recursos materiais nos municípios; número insuficiente de computadores; profissionais resistentes ao uso da tecnologia; baixa conectividade; necessidade de treinamento e atualização; heterogeneidade de conhecimentos de informática (OLIVEIRA et al., 2016).

Exige incremento do tempo de trabalho e no atendimento dos pacientes – especialmente nas etapas iniciais de implantação do sistema; soluções para lidar com contingenciamentos das informações do PEP por imprevistos de ordem técnica; dificuldade na coleta das informações essenciais; resistência dos profissionais em compartilhar suas condutas clínicas; resistências geradas por dúvida sobre a segurança do sistema; impacto da relação profissional paciente (PANITZ, 2014).

Com a disponibilização gratuita do PEC, parte integrante do e-SUS AB, o Brasil sinaliza a construção de um modelo de Registro Eletrônico em Saúde, possibilitando em um futuro a criação de uma base nacional de dados com todas as informações de saúde dos usuários do SUS.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia e-SUS AB tem potencial para melhorar o cuidado oferecido à população, auxilia no processo gestão/cuidado, na elaboração de políticas de prevenção e controle de doenças e na realização de estudos epidemiológicos, e compartilhar informações entre os profissionais de saúde, apesar das contribuições, identifica-se fragilidades e desafios a serem resolvidos. Dentre esses desafios podemos destacar a baixa conectividade, insuficiência de recursos financeiros, resistência dos profissionais ao uso da tecnologia e baixa qualificação dos mesmos.

A difusão da estratégia e-SUS AB como uma inovação tecnológica se constitui uma ferramenta importante dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF), porém, ainda existem aspectos que dificultam a incorporação e uso dessa tecnologia.

Torna-se importante destacar que os gestores atentem para as percepções e convicções dos profissionais das equipes em relação ao e-SUS AB, com o intuito de identificar as necessidades e avanços a serem realizados para assegurar a eficácia do sistema e-SUS AB, garantindo a fidedignidade dos dados coletados e informações que estão sendo produzidas, para melhor atender aos profissionais e população.

3. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia e-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica - SISAB. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes Nacionais de Implantação da Estratégia e-SUS Atenção básicas. [Internet] Brasília. **Ministério da Saúde**; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB**, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria no 1.415, de 10 de julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB). Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Oficina E-Sus Atenção Básica**. Julho, 2013B.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. E-SUS Atenção Básica: manual de implantação. Brasília. **Departamento de Atenção Básica**; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília, p.56, 2016.

CONASS. Nota Técnica 07/2013. Estratégia e-Sus Atenção Básica. **Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica – SISAB**. 2013 abr. Brasília, DF.

MONTENEGRO, L. C. M. et al. Sistema de informação como instrumento de gestão: perspectivas e desafios em um hospital filantrópico. **Rev. J. Health Inform**, v. 5, n. 2, p. 3-8, 2013.

NAKAMURA, H. Y. et al. PET saúde da família: avaliação da qualidade do preenchimento de cadastros na atenção básica. **Vita et Sanitas**, v. 7, n. 1, p. 99- 110, 2017.

OLIVEIRA, A.E. C. et al. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. **Saúde em Debate**,[s.l.], v. 40, n. 109, p.212218,jun.2016.

PANITZ, L. M. **Registro eletrônico de saúde e produção de informações da atenção à saúde no SUS**. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

PILZ, C. Desafios e propostas para a informatização da Atenção Primária no Brasil na perspectiva do prontuário eletrônico do e-SUSAB. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, 2016.

SIRINTRAPUN, S. J., ARTZ, D. R. Implementação da estratégia e-SUS Atenção Básica em municípios mineiros. *Health Information Systems*. **Clin Lab Med**, v. 36, n.1, p. 133-52, 2016.

CAPÍTULO 2

A AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES DIANTE DOS SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS APRESENTADOS PELOS PACIENTES COM ALZHEIMER

Júlia Pacheco Reis
Paola Teodora Fialho de Oliveira
Juliana da Rocha Reis
Jaqueline Carrara Folly Valente
Leonardo Santana Rocha

1. INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA) é considerada uma demência ou um transtorno neurodegenerativo que implica no comprometimento cognitivo progressivo adquirido, na qual acomete as atividades da vida diária, refletindo em processos de dependência, incapacidade e mortalidade. Estima-se que 44 milhões de pessoas sejam diagnosticadas com a Doença de Alzheimer em todo o mundo, podendo triplicar o número à medida que a população envelhece (SILVA, 2020).

A DA atinge pessoas com idade acima de 65 anos, provocando a perda da capacidade de raciocínio, memória e linguagem, além de mudanças no seu comportamento. Em geral o Alzheimer ocorre por consequências de estilos de vida, fatores ambientais e componentes genéticos (TEXEIRA, 2020; AHMAD, 2017).

A demência de Alzheimer não ocorre em todos os indivíduos da mesma forma, há muitos fatores de risco envolvidos no decorrer do surgimento dos sinais e sintomas que aparecem de forma lenta e progressiva, esses conjuntos de sinais e sintomas podem estar propensos a se desenvolverem mais em uns do que em outros, não apenas por um motivo, mas também por um padrão de evolução da doença (BITENCOURT et.al, 2018).

A DA implica em uma neuropatologia que acontece a partir da deterioração das células cerebrais, e que ao longo do tempo se intensifica progressivamente de forma irreversível e sorrateira, tendo como consequências diversos danos cognitivos, sendo assim, a doença de Alzheimer é conhecida basicamente por decorrer da perda de memória, comprometendo eventos recentes e distúrbios psíquicos que levam a alteração de personalidade relacionada ao

pensamento, julgamento e linguagem que afetam suas relações sociais, interpessoais e de trabalho (BITENCOURT et.al, 2018).

De acordo com Rodrigues (2012), sua fisiopatologia implica em uma principal lesão cerebral, acometida por presença de placas senis maciças com depósitos extracelulares de beta amiloide (APP) e emaranhados neuro fibrilares compostos por proteínas TAU. Essa condição pode levar a alterações que dificultam e auto infligem a busca por tratamentos eficazes.

Diante deste cenário, observa-se a necessidade de se ter um cuidador presente, sendo fundamental na assistência do paciente, provendo subsistência e ajudando na realização das atividades da vida diária, bem como também precisam

cuidar de si e dos outros membros da família, o que gera uma grande sobrecarga sendo uma condição de risco cotidianamente vivenciada por diversos familiares, que desempenham o papel de cuidador, tendo como consequência para o mesmo a má qualidade de vida, por esquecer de cuidar de si, gerando um maior desgaste físico e emocional (KUCMANSK et.al, 2016).

Segundo Silva et.al (2012), os cuidadores são pessoas que realizam os cuidados diretos e contínuos, podendo ser alguém da própria família ou não, na qual prestam cuidados para prevenir, promover e recuperar a saúde dessas pessoas diagnosticadas com Alzheimer. De acordo com Diniz et.al (2018), os cuidadores podem ser classificados em dois tipos: formal e informal. Os cuidadores formais são os profissionais preparados em uma instituição de ensino, diante das necessidades específicas do paciente, já os informais são membros da família, que prestam qualquer tipo de cuidado.

A escolha do tema se deu por meio de vivências de familiares

próximos, a qual possui o diagnóstico de Alzheimer. Ao observar que havia uma sobrecarga diante dos cuidadores nota-se como era difícil conciliar sua rotina de cuidados do paciente, com a sua vida pessoal, uma vez que sendo cuidador, o mesmo deve manter a sua integridade física e mental satisfatória, a ponto de exercer cuidados ao próximo. Baseado neste fato, foi desenvolvido um interesse, por ambas as partes, em avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores em relação a sua rotina de vida pessoal.

Portanto, este estudo tem como objetivos avaliar os impactos causados pelo Alzheimer na vida dos cuidadores, diante dos estágios e seus sintomas presentes, identificar o nível de sobrecarga durante o cuidado prestado no dia a dia, e analisar o comprometimento da qualidade de vida e o risco ergonômico do cuidador perante a situação vivenciada.

2. METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo descritivo, do tipo quantitativo, a qual foi realizada a partir do levantamento de dados de pessoas que tem um familiar portador de Alzheimer em uma unidade básica de saúde no município de Viçosa, MG. No entanto, a partir dos dados levantados utilizamos dos critérios de exclusão, a qual não poderiam ser o próprio paciente e não poderia ser cuidadores menores de 18 anos, para selecionar as famílias que se aderiram ao programa. De acordo com dados do último Censo do IBGE (2010) possui uma população total de 72.220, acrescido de população flutuante. Uma pesquisa descritiva conforme Gil (2002), caracteriza-se por descrever as características de uma população, realizando um levantamento de um determinado grupo: sexo, estado de saúde

física e mental, por idade determinada, procedência, entre outros.

No que tange em relação à pesquisa quantitativa, de acordo com Fonseca (2002), são aquelas que centram uma objetividade e que podem se quantificados, na qual só poderá ser entendida a partir de análises de dados brutos, coletado com o auxílio de instrumentos padronizados.

A pesquisa foi realizada através dos cuidadores informais que apresentavam familiar/paciente com o diagnóstico de Alzheimer e executada no período entre julho a agosto de 2022. A população estudada foi composta por 13 famílias que venham a ser consideradas como cuidadores informais de pacientes diagnosticados como portadores de Alzheimer, cadastradas na Unidade Básica de Saúde, quando relacionado a uma denominação profissional legal, ou seja, indivíduos leigos sem nenhum tipo de formação.

Em um primeiro momento foi realizado a divulgação da pesquisa junto à instituição sendo o convite impresso e anexado ao quadro de aviso da unidade de saúde. Já em um outro momento o ACS, ao realizar a visita domiciliar junto à família que tenha um portador de Alzheimer levou o convite informativo da pesquisa com o intuito de divulgar sobre e despertar o interesse do familiar cuidador em participar. Assim, o agendamento para a realização da pesquisa foi feito através dos agentes de saúde, uma vez que, é de conhecimento desse profissional o endereço da família que submeteu à pesquisa.

Para que o tema investigado seja analisado em sua complexidade e particularidade, os participantes da pesquisa foram selecionados obedecendo alguns princípios como critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão, estabelecemos: cuidadores informais, responsáveis pelo paciente coma doença de Alzheimer diagnosticada; cuidadores que concordaram em participar do

estudo; cuidadores que tinham entre a idade de 18 a 89 anos, independente do gênero. Como critério de exclusão, definimos: não deveria ser o próprio paciente com Alzheimer e não poderia ser cuidadores menores de 18 anos.

Desta forma, participaram da pesquisa 13 cuidadoras de pacientes com Alzheimer, com idades entre 18 a 89 anos, todas do sexo feminino. Os dados foram coletados e contabilizados a partir da escala de Zarit, que tem como objetivo avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos. Não podendo ser realizada a presença do idoso, e para cada afirmação o cuidador deverá declarar como se sentiu em relação ao que foi perguntado (nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre). Não havendo resposta certa ou errada, com isso, o nível de estresse do cuidador será indicado por uma pontuação alta. As informações foram coletadas no período de um mês.

O protocolo desenvolvido foi aplicado exclusivamente aos cuidadores. Após as devidas apresentações pessoais, foram explicados os objetivos e procedimentos da pesquisa, e não havendo dúvidas, as pesquisadoras apresentaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). As entrevistas foram realizadas individualmente em um local reservado, no domicílio da família que tenha o portador de Alzheimer, seguindo os protocolos da COVID-19, ocorrendo com o tempo médio para cada entrevista de 30 a 40 minutos.

No desenvolvimento da pesquisa foram consideradas e respeitadas as condutas éticas do Centro Universitário de Viçosa, atendendo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo submetido, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Viçosa, UNIVIÇOSA de Seres Humanos Sylvio Miguel, via Plataforma Brasil, sob número

de CAAE 59501322.0.0000.8090, tendo início após a aprovação deste Comitê.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 13 cuidadores informais entrevistados de idosos portadores de Alzheimer numa Estratégia de Saúde da Família, localizada no município de Viçosa, tendo participação total dos entrevistados que colaboraram com o estudo. Levando em conta a importância de conhecer os sujeitos envolvidos no cuidado de pessoas portadoras de DA, será apresentada uma descrição das principais características sociodemográficas dos familiares/cuidadores principais dos idosos (Tabela 1).

Mediante ao que foi pesquisado, identificou-se que a faixa etária de 50 a 59 anos de idade (30,76 %), exercia a função de cuidador em relação ao indivíduo portador de DA, por estar relacionado ao fato de que os adultos jovens dispõem de

maior vitalidade para exercer os cuidados, corroborando com dados de uma pesquisa que também relata a predominância nesta idade (MARTINS et.al, 2019).

Com base nos achados da pesquisa, identificou-se que o sexo feminino teve maior influência nos cuidados, em relação ao público masculino, isto se dá por consequência do sexo feminino se destacar na centralidade enquanto representante dos cuidados favorecendo os dados encontrados, indo ao encontro com o estudo feito no estado do Ceará, que também evidenciou maior abrangência no gênero supracitado(90%) (MUNIZ et.al,2016).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos cuidadores

Variável	N (13)	%
Faixa etária		
18 – 29 anos	2	15,38
30 – 39 anos	1	7,69
40 – 49 anos	0	0
50 – 59 anos	4	30,76
60 – 69 anos	2	15,38
70 – 79 anos	1	7,69
80 – 89 anos	3	23,07
Sexo		
Masculino	0	0
Feminino	13	100
Parentesco		
Filho (a)	4	30,76
Esposa	5	38,46
Neta	1	7,69
Cunhada	1	7,69
Nora	1	7,69
Sem vínculo	1	7,69
Escolaridade		
Analfabeto	2	15,38
Ensino fundamental completo	1	7,69
EF incompleto	6	46,15
Ensino médio incompleto	1	7,69
Superior completo	1	7,69
Superior incompleto	2	15,38
Vínculo empregatício		
Sim	1	7,69
Não	12	92,30

Nesta pesquisa observa-se a prevalência em relação ao grau de parentesco concentrado nas esposas (38,46%), contrapondo o dito, dado evidenciado em outro estudo, a qual relata que os filhos possuem maior grau de afetividade na função de cuidador (44,50%), devido às questões de morte ou impossibilidade do cônjuge, os filhos, passam a realizar os cuidados (CANDIDO et.al, 2020).

Neste estudo, verificou-se o predomínio no que se refere à escolaridade, relacionado ao ensino fundamental incompleto (46,15%), visto que o dado evidenciado em outro estudo a dominação no ensino médio completo (42,00%), que analisa a formação desses cuidadores, demonstrou-se que a escolaridade do cuidador é fundamental para a compreensão do processo de cuidar desse idoso, portador da doença de Alzheimer e seu tratamento e que quanto mais escolarizado o cuidador, melhor o cuidado prestado (SOUSA et.al, 2020).

Em relação ao que foi pesquisado, evidenciou-se um maior quantitativo em relação ao número de pessoas que não trabalham, mas que exercem a função de cuidador (92,30%), afirmando os achados, de acordo com Leite et.al (2016), ressalta que, devido à falta de opções, os cuidadores podem não conseguir exercer outras funções remuneradas, pois os idosos com demência necessitam de supervisão constante, o que agrava a jornada de trabalho.

Após a realização das entrevistas e a análise dos dados coletados, foi construído um sistema de tabelas em forma de perguntas retiradas da Escala de Zarit, para facilitar a quantificação de forma objetiva, avaliando o grau de sobrecarga apresentada pelo cuidador. Abaixo, seguem resultados obtidos pelos cuidadores relacionados às perguntas respondidas (Tabela 02).

Tabela 2. Avaliação das respostas diante a sobrecarga dos cuidadores

A cada afirmativa o cuidador deve indicar a frequência que se sente em relação ao que foi perguntado		
Respostas	Quantidade de respostas (n=91)	(%)
Nunca	10	10,98
Quase nunca	03	3,29
Às vezes	07	7,69
Frequente		
Mente Quase	25	27,47
Sempre	46	50,54

De acordo com os resultados encontrados nesta pesquisa, evidenciou-se que a maior parte das respostas contidas na Escala de Zarit estão relacionadas a quase sempre (50,54%), objetivando o resultado de que os cuidadores, em sua maioria, estão se sentindo sobrecarregados com as tarefas a serem exercidas na função do cuidar, corroborando com que Garcia et.al (2017) diz, onde os cuidadores familiares sentem-se sobrecarregados por diversos motivos, como desgaste emocional, físico e psicológico, cuidadores mais velhos, ou seja, com 60 anos ou mais, o que é determinante de maior desgaste e sobrecarga, outro fator, está relacionado à convivência com os idosos e seus cuidados, por serem dependentes de outra pessoa na maior parte do tempo.

No que concerne aos níveis de sobrecarga dos cuidadores, foi avaliado também por meio da Escala de Zarit, a associação com escores de classificação de do nível de sobrecarga dos cuidadores, considerando graus de leve a grave (Tabela 03).

Tabela 3. Avaliação dos níveis de sobrecarga dos cuidadores

Classificação do nível de sobrecarga	Cuidadores (n=13)	(%)
Leve Moderado Grave	1	7,69
	2	15,38
	10	76,92

Identificou-se que nível de sobrecarga grave sobressaiu em relação aos demais (76,92%), dando a entender que os cuidadores entrevistados estão com o nível de sobrecarga exacerbado, fato confirmado por Santos et.al (2017), que justifica o fato estar relacionado com uma série de questões físicas, psicológicas, emocionais, sociais e econômicas vivenciadas pelo indivíduo, pois geralmente ele é o responsável pela rede de cuidados requerida pela pessoa cuidada.

4. CONCLUSÃO

Constata-se que a faixa etária que possui uma maior sobrecarga de cuidados está associada entre 50 a 59 anos de idade, sendo do sexo feminino e as esposas compreendem a maioria dos

cuidados. Analisou-se que os indivíduos que exerciam a função zelar pela saúde dos pacientes, não possuíam o ensino fundamental completo e também não desempenhavam atividades remuneradas.

Baseado no que foi coletado na Escala de Zarit, observou-se uma predominância nas frequências das respostas correlacionadas ao item quase sempre, fator que resulta em um alto nível dos escores elencado ao estresse dos cuidadores.

Verificou-se também, quanto a classificação de sobrecarga, a mesma é apresentada de forma grave, fato que é procedido pelo quantitativo de respostas ligadas a esse escore, resultando em desgastes biopsicossociais dos indivíduos.

Fatos elencados nesta pesquisa, servem como parâmetro de estudo para outras teses que vierem a ser realizadas, uma vez que tantos os cuidadores quanto os pacientes portadores de patologias neurológicas, necessitam de cuidados, e sob a ótica de quem está exercendo a função do cuidar merece uma atenção direcionada, visto que esse indivíduo pode sofrer consequências e posteriormente, implicando nos cuidados com o paciente.

5. REFERÊNCIAS

AHMAD, K.; BAIG, M.H; MUSTHAQ, G; KAMAL, M. A; GREIG, N.H; CHOI, I. Commonalities in Biological Pathways, Genetics, and Cellular Mechanism between Alzheimer Disease and Other Neurodegenerative Diseases: An in Silico-Updated Overview. **Curr Alzheimer Res.** Republic of Korea: 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5878041/pdf/nihms902182.pdf>>. Acesso em: 26 de março de 2022.

BITENCOURT, E.M; KUERTEN, C.M.X; BUDNY, J; TUON, T. Doença de alzheimer: aspectos fisiopatológicos, qualidade de vida, estratégias terapêuticas da fisioterapia e biomedicina. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, vol. 8, n. 2, jul. 2018. Disponível em: < <https://periodicos.unesc.net/ojs/index.php/Inovasaude/article/view/3573/4550> >. Acesso em: 21 de abril de 2022.

CANDIDO, R.S; COSTA, A.B; SILVA, F.R.T; MELO, S.C.C.S; GERVÁSIO, V.L; CARREIRA, L. Sobrecarga do cuidador informal de idosos com alzheimer em um município do Paraná. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 444-462 jan./feb. 2020. Disponível em: < <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/6338/5619> >. Acesso em: 24 de setembro de 2022.

DINIZ, M.A.A; MELO, B.R.S; NERI, K.H; CASEMIRO, F.G; FIGUEIREDO, L.C; GALIOLI, C.C.L.O; GRATÃO, A.C.M. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016> >. Acesso em: 05 de maio de 2022.

GARCIA, R.C; CIPOLLI, G.C; SANTOS, J.P; FREITAS, L.P; BRAZ, M.C; FALCÃO, D.V.S. Cuidadores Familiares de Idosos com a Doença de Alzheimer. **Revista Kairós - Gerontologia**, v.20, n.1, 2017. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/2176-901X.2017v20i1p409-426/23093>>. Acesso em: 25 de setembro de 2022.

KUCMANSK, L.S; ZENEVICZ, I; GEREMIA, D.S; MADUREIRA, V.S. F; SILVA, T. G; SOUZA, S.S.. Doença de Alzheimer: desafios enfrentados pelo cuidador no cotidiano familiar. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2016; 19(6): 1022-1029. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/9rNYm9FRGdnJxgM5rf3cMWM/?lang=en>>. Acesso em: 04 de maio de 2022.

LEITE, B.S; CAMACHO, A.C.L.F; JACOUD, M.V.I.; SANTOS, M.S.A.B.S; ASSIS, C.R.C.A; JOAQUIM, F.L. Relação do perfil epidemiológico dos cuidadores de idosos com demência e a sobrecarga do cuidado. **Cogitare Enferm.** 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i4.50171>>. Acesso em: 24 de setembro de 2022.

MARTINS, G; CORRÊA, L; CAPARROL, A.N.J.S; SANTOS, P.A.; BRUGNERA, L. M; GRATÃO, A.C.M. Características sociodemográficas e de saúde de cuidadores formais e informais de idosos com Doença de Alzheimer. **Esc Anna Nery.** 2019. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ean/a/fxThxzXtjgr9C8PtWsp7mRN/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em: 23 de setembro de 2022.

MUNIZ, E. A.; FREITAS, C. A. S. L.; OLIVEIRA, E. N.; LACERDA, M. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Familiar. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 172-182, JUL- SET 2016. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611013> >. Acesso em: 24 de setembro de 2022.

RODRIGUES, J; FRANCO, M.L. **Case study: systematization of nursing care for an elder with mild dementia and his caregiver.** (Monography). [Brasília]: Universidade Católica de Brasília; 2012. 182 p.

SANTOS, C; BASTOS, C.G; OLIVEIRA, F.A; MOURA, D.J. M. Análise dos fatores associados à sobrecarga de cuidadores de pacientes portadores da doença de Alzheimer. **Revista de Atenção à Saúde.** São Caetano do Sul, v. 15, n. 54, p. 29-36, 2017. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/35665#:~:text=Resumo%3A,quanto%20o%20idoso%20com%20Alzheimer>>. Acesso em: 25 de setembro de 2022.

SILVA, I.L.C.; LIMA, G.S; STORTI, L.B; ANICETO, P; FORMIGHIEREI, P.F; MARQUES, S. Sintomas Neuropsiquiátricos De Idosos Com Demência: Repercussões Para O Cuidador Familiar. **Texto Contexto Enferm**, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tce/a/8MR9MGqdxzHhrY9Jfw9n9Pr/?format=pdf&lang> >. Acesso em: 02 de maio de 2022.

SILVA, P.D.M; CASTRO, J.M; MARTINS, R.E.C; GALINARI, P.C; AZEVEDO, M.A; OLIVEIRA, T.V.C; PROTTI, E.S; CANDIDO, A.; GUERRA, C.H.W; COSTA, W.J.T. O impacto da doença de Alzheimer na vida do cuidador. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/REAenf.e2353.2020> >. Acesso em: 26 de março de 2022.

SOUSA, S.M.L; FERREIRA, D.F; GONÇALVES, L.H.T; POLARRO, S.H.I; FERNANDES, D.S. Sobrecarga do cuidador familiar da pessoa idosa com Alzheimer. **Enfermagem Brasil**. p. 246-252. 2020. Disponível em: <<https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/3081/pdf>>. Acesso em: 24 de setembro de 2022.

TEIXEIRA, I. L. N; NUNES, S. S; ANVERSA, E. T. R; FLORES, G. C. Qualidade de vida do cuidador familiar de idoso com alzheimer: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.2, p. mar./apr.2021. Disponível em: < <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/26173/20771> >. Acesso em: 26 de março de 2022.

CAPÍTULO 3

A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Tamiris do Espírito Santo Starlino
Alessandra Santos de Paula
Leonardo Santana Rocha
Eliangela Saraiva Oliveira Pinto
Juliana da Rocha Reis
Carla Alcon Tranin

1. INTRODUÇÃO

Dominguez et al. (2021) pontua que majoritariamente nem sempre o enfermeiro está preparado para desenvolver as práticas terapêuticas as crianças oncológicas, sentem-se inseguros em comunicar más notícias aos pacientes e praticar a assistência esses pacientes frente ao processo de terminalidade de vida.

Para se compreender melhor sobre a temática proposta é necessário compreender os conceitos de câncer que é definido pela multiplicação desordenada das células ou devido a alguma alteração no DNA das células, as alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados proto-oncogenes, que a princípio são inativos em células normais, quando ativados, os proto-oncogenes tornam-se oncogenes, responsáveis por transformar as células normais em células cancerosas, das quais podem levar um tempo para se transformar em tumor, porém quando são expostas a agentes cancerígenos acelera esse processo como: estar exposto ou manipular pesticidas, agrotóxicos, derivados do petróleo ou viver em zonas radioativas. No processo de multiplicação desordenada essas células se tornam muito agressivas e assim formam os tumores, podendo espalhar para qualquer local do organismo e estender aos órgãos e tecidos próximos, pois conseguem se desenvolver em outras partes do corpo, é o que chamamos de metástase (INCA, 2022).

O câncer infanto-juvenil é diferente do câncer que acomete aos adultos pois o câncer infanto-juvenil geralmente afeta as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação, sendo as principais neoplasias que predomina na infância: as leucemias (que está relacionada aos glóbulos brancos), tumores do sistema

nervoso central e linfomas (relacionados aos sistema linfático), neuroblastomas (tumor relacionado as células do sistema nervoso periférico, frequente na parte abdominal), tumor de Wilms (é um tumor renal), retinoblastoma (tumor localizado na retina do olho), tumor germinativo (tumor das células que vão dar origem às gônadas), osteossarcoma (tumor ósseo), sarcomas (tumores de partes moles) (HOSPITAL DO CÂNCER ANTÔNIO CÂNDIDO DE CAMARGO CANCER CENTER, 2019).

Com relação aos dados epidemiológicos de acordo com BRASIL (2022), estima-se que ocorra 8.460 novos casos de câncer infanto-juvenil, sendo 4.310 para o sexo masculino e 4.150 para o sexo feminino, no período de análise durante o ano de 2020 a 2022. O Atlas da Mortalidade por Câncer, de 2019, registrou 2.554 números de mortes, sendo 1.423 para o sexo masculino e 1.131 para o sexo feminino, 70% dos pacientes diagnosticados precocemente tem altas taxas de sobrevida devido aos avanços terapêuticos em prevenção, diagnóstico e tratamento porém mediante a impossibilidade de cura se torna clara, estima-se que 30% dos casos evoluirão para óbito e que a causa da maioria dos cânceres infantis é desconhecida.

A ANCP- Academia de Cuidados Paliativos (2022) define esse cuidado como proteção, pois envolvendo toda a equipe multiprofissional no suporte físico (controle de sintomas), emocional, espiritual e social a qualquer indivíduo.

O câncer representa a primeira causa de morte por doença entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos, pois sua detecção é geralmente tardia, correspondendo a 8% do total (BRASIL, 2020), e mediante a esse diagnóstico como é realizada a comunicação a

esses pacientes sobre o seu estado clínico e sobre a assistência prestada a partir desse momento.

Com foco na comunicação exercida pela equipe de enfermagem aos pacientes oncopediátricos a proposta deste estudo, configura-se em descrever como é realizada a comunicação de profissionais da enfermagem a esses pacientes sobre seu estado clínico e más notícias.

1.1. Vínculo entre a enfermagem e pacientes oncológico pediátricos

Lima et al. (2019) argumenta que o profissional da enfermagem deverá valorizar e melhorar sua capacidade de empatia e possua uma escuta ativa com o paciente oncológico, fortalecendo o vínculo entre paciente, família e profissional, é importante que o enfermeiro estabeleça uma comunicação clara aos familiares, pois cada família tem seu modo de interpretar e lidar com a morte, em decorrência de suas crenças, contexto e histórico.

Nesse aspecto concordando com Lima et al. (2019), Vasconcelos et al. (2019), destacam em suas obras a importância do enfermeiro em sua assistência, mediante ao acolhimento, escuta e apoio, dada a vulnerabilidade que as crianças e adolescentes encontram-se, bem como os danos emocionais que os familiares presenciam por se tratar de um momento muito difícil e um sentimento de impotência frente ao sofrimento da criança ou adolescente.

Similar a esses argumentos, Anjos et al. (2021) retratam

que os profissionais da enfermagem se encontram presentes em distintos momentos complicados e cautelosos durante o processo de terminalidade dos pacientes, e acabam criando vínculos emocionais com pacientes. O profissional da enfermagem monitora o cotidiano do paciente, desde a descoberta do diagnóstico, bem como participando dos transtornos da criança e da família, tornando-as capazes de conhecer e ter uma ampla visão de todas as suas necessidades.

Silva e Rocha (2021) acrescentam a construção de um vínculo afetivo entre enfermeiro paciente e familiares é substancial, pois contribui para amenizar o processo de aceitação acerca da terminalidade, quando for o caso. O mesmo ocorre quando o tratamento é mediado por medicamentos, o enfermeiro irá acompanhar a evolução da doença e os cuidados paliativos que começam a ser implementados para contribuição do alívio das dores e desconforto ocasionados pelo câncer. Em geral, esse vínculo de assistência, apoio e cuidado dos enfermeiros ocorre tanto na assistência emocional, como nas questões físicas e biológicas.

Convergindo com Silva e Rocha (2021), Guimarães e Pereira (2018) respaldam que quando a criança foi diagnosticada com câncer grave, não significa que não tenha mais opções e tratamentos a serem realizados, deverá ocorrer uma série de implantações e condutas que aliviem o quadro clínico da criança. Assim como o médico paliativista exercem essas condutas para conforto físico do paciente amenização da dor, diminuir o mal-estar causado pela doença ou pelo seu tratamento cabe a toda a equipe da enfermagem executar todas as condutas estabelecidas visando a diminuição desses incômodos, melhoria na qualidade de vida do paciente e sua família nesse processo.

Sentimentos de medo, insegurança, tristeza, raiva, estresse, apreensão, angústia frente as dúvidas sobre cura ou morte, injustiça são os mais frequentes quando os adolescentes se deparam com a doença crônica. O pouco conhecimento dos jovens quanto a doença os deixa vulneráveis, preocupados e autoquestionáveis. Há todo um processo de construção na aceitação desses pacientes, seja em aspectos físicos ou emocionais. Somente quando começam a aceitar o diagnóstico é que demandam por serviços de saúde para auto esclarecimento de dúvidas recorrentese esclarecimento sobre seu diagnóstico. É mais complicado o processo de aceitação nessa faixa etária do que se fossem crianças (FIGUEIRA; GAMIEIRO, 2020).

Em face dessas dúvidas e questões que tantos as crianças e adolescentes vivenciam que o papel do enfermeiro é essencial. Por meio, da visão holística desenvolvida pelos profissionais e uma escuta de qualidade neste momento, consegue-se coletar informações sobre o que é importante para o paciente e sua família nesse processo de terminalidade e enfretamento da doença, demandando tempo do profissional e atenção aos mínimos cuidados (SANTOS et al., 2020).

Assim, a construção deste vínculo não é apenas um veículo de cura física, mas de ajuda psicológica tanto no processo de terapêutica, terminalidade e no luto, contribuindo para a execução dos cuidados paliativos com enfoque na promoção de ações que facilitem ao indivíduo exercer sua espiritualidade, protegendo a sua autonomia e vontade no momento em que estão vivendo (GUIMARÃES; PEREIRA, 2018).

Por outro lado, Monteiro et al. (2021) exclama que alguns

profissionais da enfermagem ainda possuem certo receio em trazer à tona a concepção da morte e o processo de terminalidade infantil, dado que durante sua experiência acadêmica a ideia central é atuar com ações curativas. É nesse sentido que o profissional, seguido de suas condutas e atribuições legais, procura interligar as práticas terapêuticas concomitante com sua assistência normativa.

Constantemente, o enfermeiro vivência todo processo da doença crônica das crianças, construindo um vínculo afetivo com esses pacientes por meio da sua família quando bem ativa nesse processo é o que determina o nível de sofrimento dos profissionais envolvidos nessa assistência, gerando sentimentos desestabilizadores. Ademais, além desse sofrimento psíquico, o enfermeiro ainda tem limitações no momento de transmitir as práticas terapêuticas, dada as condutas que são executadas durante todo o processo (MONTEIRO et al., 2021).

1.2. Brinquedoteca como método de comunicação

Os autores Mello et al., (2021) trazem em seu trabalho a importância da criança se reconhecer nesse ambiente lúdico, de ainda mediante a tratamentos que fogem muitas vezes do controle delas, elas possam resgatar sua autonomia e criar novos cenários da sua vida que vão além dos tratamentos e destaca o lugar da criança que é estar no meio das brincadeiras e nesse universo de fantasias, e cabe aos enfermeiros da unidade junto com os pais ou familiares incentivar as crianças a voltarem para esse lugar que são delas, adaptando as brincadeiras e respeitando suas limitações.

A brinquedoteca se torna um ambiente de descontração e também como meio de ensino muito eficaz e de maneira didática para, pois nesse momento o enfermeiro consegue através de uma dinâmica elaborada ensinar a criança sobre seu estado clínico por um meio simples e de linguagem facilitadora para que ela possa compreender o seu quadro de saúde, sobre sua doença, seu tratamento ou cuidados (TOLOCKA et al., 2018).

Corroborando com Talocka et al. (2018), Souza et al. (2021) argumenta que a brinquedoteca é um meio de distração e dentro dela, encontra-se o mundo lúdico. A brinquedoteca garante um direito de a criança brincar em um espaço digno de socialização de trocas de informações, brincadeiras, leituras, internet, risos e distrações. Este espaço é educativo onde se ensina/aprende.

A implementação de brinquedotecas no espaço hospitalar é relevante por ser um meio que desenvolve a imaginação das crianças perante à brincadeiras, auxiliando na compreensão e aceitação da condição anormal em que se encontram, contribuindo para que possam se sentir seguras e confiantes, uma vez que à medida que expressa seus sentimentos e emoções, aliviam suas tensões, medos e ansiedade. Além de propiciar momentos de descontração, diversão, lazer, socialização e interação com seus pares, tornando sua permanência no hospital menos traumática (OLIVEIRA; MATOS, 2019).

Em concordância com Oliveira e Matos, (2019) Andrade e Migoto, (2018) relata em sua obra concorda que o método da utilização do brinquedo terapêutico como uma forma eficaz do cuidado e promovendo um nível de interação com os pacientes e a equipe que está prestando assistência, aplicando como método

educativo para esclarecimento de procedimentos dolorosos, demonstrando como sendo o método preferido pelas crianças.

Guarisi et al. (2018) destacam que o enfermeiro, por estar constantemente interagindo com o binômio família criança, pode contribuir no esclarecimento dos pais visando o aperfeiçoamento na aquisição e escolha dos brinquedos para os filhos, na compreensão da função da brincadeira para melhorar sua qualidade de vida, o profissional da enfermagem cuidando na brinquedoteca diminui a ansiedade e as incertezas com o uso de brinquedos ou brincadeiras que preparem ou esclareçam as crianças a respeito da sua doença, o motivo da sua internação e os procedimentos que irão receber.

O Grupo de Apoio ao Adolescente e Criança com Câncer - GRAACC (2020) chama atenção no quesito da brinquedoteca ser também um ambiente que proporciona a troca de experiência entre as famílias dos pacientes que estão internados na instituição, com isso gera uma cadeia de informações e acolhimento.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se nesse estudo que o profissional da enfermagem no momento de comunicar e elaborar práticas terapêuticas às crianças e os familiares deverão estar atentos a comunicação, escuta e sanar suas dúvidas. Destacando a importância de uma comunicação bem esclarecedora entre profissionais/pacientes e familiares.

O profissional da enfermagem deve promover uma escuta ativa aos pacientes e familiares dada as vulnerabilidades que ambos

estão presenciando. Deverá exercer todas as condutas estabelecidas visando a diminuição desses incômodos, melhoria na qualidade de vida do paciente e sua família nesse processo. Além de, monitorar todo processo, do diagnóstico à fase terminal, o enfermeiro presencia emoções e angústias das crianças e jovens, e assim atua com cuidados que amenizem o sofrimento e melhore o bem-estar.

Apesar de toda essa cautela, o enfermeiro ainda possui uma ausência de informações no momento fazer essa comunicação, bem como experimentam momento dolorosos que sua saúde mental não estava preparada para atender pacientes oncopediátricos.

Contudo, uma ferramenta essencial para promover o bem-estar das crianças é brinquedoteca, que promove uma comunicação e interação entre o enfermeiro e os pacientes oncopediátricos. É um ambiente que instiga o lúdico e promove uma linguagem facilitadora acerca quadro clínico, bem como proporciona a troca de experiência entre as famílias dos pacientes que estão internados na instituição.

3. REFERÊNCIAS

A. C. CAMARGO CANCER CENTER. **Câncer infantil: diagnóstico precoce é fundamental para aumentar as chances de cura.** [São Paulo]: A. C Camargo Cancer Center, 2019. Disponível: < <https://www.accamargo.org.br/sobre-o-cancer/noticias/cancer-infantil-diagnostico-precoce-e-fundamental-para-aumentar-chances-de> >. Acesso em: 13 abr. 2022.

ANCP | ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **O que são cuidados paliativos?** Disponível em: <<https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/o-que-sao>>. Acesso em: 15 abr. 2022.

ANDRADE, L. G.; MIGOTO, M. T. **Tecnologias de cuidados neuropaliativos à criança e ao adolescente: perspectivas de profissionais da enfermagem.** Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1373165/856-2913-1_ed.pdf>. Acesso em: 15 outubro 2022.

ANJOS, C. DOS; SILVA, R. M. C. R. A.; PEREIRA, E. R.; SAMPAIO, C. E. P.; SILVA, M. A.; CARNEIROL, E. C. S. P. Familiares vivenciando cuidados paliativos de crianças com câncer hospitalizadas: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 29, n. 1, p. 51932, 2021. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/07/1224598/e51932-familiares-vivenciando-cuidado-diagramado-eng.pdf>>. Acesso em: 21 maio. 2022.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE– **Dia Internacional do Câncer na Infância.** Biblioteca Virtualem Saúde MS, 2020. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/15-02-dia-internacional-do-cancer-na-infancia/>>. Acesso em: 15 abr. 2022.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **O que é o câncer?** Disponível em:<Instituto Nacional de Câncer – INCA,2022 — Português (Brasil) (www.gov.br)>. Acesso em 16 de abril de 2022.

BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO. **Dia Internacional de Luta contra o Câncer na Infância – 15 de fevereiro de 2022**. Disponível em: <<https://www.gov.br/cnpq/pt-br/assuntos/noticias/destaque-em-cti/dia-internacional-de-luta-contra-o-cancer-na-infancia-2013-15-de-fevereiro>>. Acesso em: 21 maio. 2022.

DOMINGUEZ, R. G. S.; BARROS, E. P. T.; FREIRE, A. S. V.; SILVA, S. S.; & CARDOSO, L. S. Enfermagem oncológica: integração universidade-comunidade no processo de ensino-aprendizagem. **Revista de enfermagem** online, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/244374/37499>>. Acesso em: 03 de setembro 2022.

FIGUEIRA, S. M. M.; GAMEIRO, M. G. H. Vivências dos adolescentes com doença hemato-oncológica na fase diagnóstica: estudo de cariz fenomenológico. **Revista de Enfermagem** 2020, Série V, nº4: e20058. Disponível em: <https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832020000400013?script=sci_arttext&pid=S0874-02832020000400013>. Acesso em: 04 de setembro 2022.

GRAAC | GRUPO DE APOIO AO ADOLESCENTE E CRIANÇA COM CÂNCER. **Brinquedoteca A importância do brincar em um hospital oncológico pediátrico**, 2020. Disponível em: <<https://graacc.org.br/brinquedoteca/>>. Acesso em: 15 abr. 2022.

GUARIZI, Marcelle et al. A brinquedoteca e o cuidado de enfermagem. *Ciência Atual–Revista Científica Multidisciplinar do Centro Universitário São José*, v. 11, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://revista.saojose.br/index.php/cafsj/article/view/214>>. Acesso em: 27 set. 2022.

GUIMARÃES, F. C.; PEREIRA, C. L. A criança e a “morte anunciada”: considerações sobre a escuta analítica na oncologia pediátrica. *Estilos da Clínica*, v. 23, n. 2, p. 242–261, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282018000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 maio. 2022.

LIMA, K. M. DE A.; MAIA, A. H. N.; & NASCIMENTO, I. R. C. DO. Comunicação de más notícias em cuidados paliativos na oncopediatria. *Revista Bioética*. v.27 no.4 Brasília Out./Dez, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/YhCskTrnwMgP5QSzw4RSzFC/?lan>>. Acesso em: 04 de setembro 2022.

MELLO, A. DA S.; TRINDADE, L. H.; GALVÃO, E. R.; PIMENTEL, G. G. de A. O Brincar e a Criança em Tratamento Oncológico. LICERE - *Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer*, v. 24, n. 2, p. 97–119, 2021. Disponível em: < <https://periodicos.ufmg.br/index.php/licere/article/view/34867> >. Acesso em: 16 de abril de 2022.

MONTEIRO, D. T.; TRENTIN, L. S.; ROLIM, D. S.; SIQUEIRA, A. C. Limitação terapêutica em oncologia pediátrica. *Psicologia Argumento*, v.39, n.103, p.177-198. 2021. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-72354>>. Acesso em: 09 de setembro 2022.

OLIVEIRA, J. D. J. A. B.; MATOS, O. S. et al. Brinquedoteca hospitalar: importância para o brincar da criança hospitalizada com câncer. **Revista Bibliomar**, v. 18, n. 2 p. 35-49. Disponível em: <https://periodicos eletronicos.ufma.br/index.php/bibliomar/article/view/12679/7243>. Acesso: 27 set. 2022.

OMS | ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS: mais de 20 milhões precisam de cuidados paliativos todos os anos**. Disponível em < <https://news.un.org/pt/story/2014/01/1464101-oms-mais-de-20-milhoes-precisam-de-cuidados-paliativos-todos-os-anos>>. Acesso em: 17 maio. 2022.

SANTOS, G. de F. A. T. F dos; BATISTA, P. S. de S.; LIMA, D. R. A. de; OLIVEIRA, A. M. de M.; DIAS, K. C. C. de O.; COSTA, B. H. S. Cuidados paliativos em Oncologia: vivência de enfermeiros ao cuidar de crianças em fase final da vida. **Rev. Pesqui.** (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), p. 689–695, 2020. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1102735>>. Acesso em: 17 maio. 2022.

SILVA, W. C. DA; ROCHA, E. M. DA S. Atuação da equipe de saúde nos cuidados paliativos pediátricos. **Revista Bioética**, v. 29, n. 4, p. 697–705, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/fXGJMvt3zkMmXK56QBHm3NB/?lang=pt>>. Acesso em: 21 maio. 2022.

SOUSA, A. S. de.; OLIVEIRA, G. S. de.; ALVES, L. H. A pesquisa bibliográfica: princípios e fundamentos. **Cadernos da FUCAMP**, v. 20, n. 43, 2021. Disponível em <https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2336>>. Acesso em: 17 de mai. 2022.

SOUZA, L. et al. O Lúdico no Processo de Hospitalização das Crianças com Câncer. **LICERE-Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**, v. 25, n. 1, p. 171-199, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/licere/article/view/39075/30193>.

TOLOCKA, R. E.; CORRÊA, R. E.; LIMA, M. M. de; COLOMBO, C. E. M.; POLETTTO, J. E. **Brincar e Crianças com Câncer: Que Relação é Esta?** Universidade Metodista de Piracicaba, São Paulo, 2018. Disponível em <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/licere/article/view/12327/9883>>. Acesso em: 17 de mai. 2022.

Vasconcelos, A. J. C.; Silva, C. M.; Oliveira, P. R. S. de. A vivência do luto da equipe de saúde na oncologia pediátrica. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v.10 n2, p. 148-162. jul./dez. 2019. Disponível em:<http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/39806>. Acesso em: 17 de outubro.

CAPÍTULO 4

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO HUMANIZADO A GESTANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE VIÇOSA-MG.

Tatiele da Silva Bitarães
Juliana da Rocha Reis
Jaqueline Carrara Foly Valente
Alessandra Santos de Paula
Carla Alcon Tranin

1. INTRODUÇÃO

A enfermagem é a quintessência do trabalho do enfermeiro, está há muito tempo inserida na prática da atenção à saúde da mulher durante a gravidez e o parto, mas possui conotações diversas, desde métodos técnicos até pontos de vista mais humanos. Essa visão de cuidado foi influenciada pelo antigo plano materno- infantil, quando a saúde da mulher foi incorporada à política nacional de saúde nas primeiras décadas do século 20, e durante esse período foi limitada às necessidades relacionadas à gravidez e ao parto. Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorporou recomendações sobre descentralização, classificação e regionalização dos serviços e integridade e justiça da atenção em princípios e diretrizes. Paralelamente, no âmbito da campanha de saneamento, foi concebido um marco conceitual de apoio ao desenvolvimento do Sistema Único de Saneamento (BRASIL, 2007).

Posteriormente, o Ministério da Saúde, através da portaria de N° 569 de 01 de junho de 2000, instituiu o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) com o intuito de integrar e reconhecer as gestantes como sujeitas de direitos, e ao acesso da assistência com qualidade durante a sua gestação. Este veio para atender as necessidades básicas da gestante, entendida como prioridades, evitando assim, a mortalidade do feto e da mãe.

O motivo de trabalhar com gestantes na atenção primária surgiu devido à observação e participação no estágio supervisionado na unidade Estratégia Saúde da Família (ESF) do bairro Amoras no município de Viçosa MG. Dentre as atividades desenvolvidas, destacaram-se a triagem das gestantes, acolhimento, escuta

qualificada e encaminhamentos quando necessário. Nestas atividades, foi possível identificar o quanto o profissional enfermeiro é atuante frente a assistência direta à gestante e suas necessidades. Essas experiências me instigaram a trabalhar com esta temática, conduzindo a questionamentos sobre a atuação do enfermeiro no atendimento humanizado a gestante.

As gestantes ao realizarem o pré-natal na atenção primária, devem considerar receber um atendimento humanizado, bem como em todas as necessidades que as mulheres grávidas apresentam, estabelecendo vínculo para que as mesmas não sejam assistidas somente com solicitação de exames e consultas rotineiras. A relação entre o profissional de enfermagem e a gestante contribui para uma assistência de forma mais humanizada em todo o período gestacional, ou seja, vai além dos fragmentos das ações em saúde.

Granja e Zoboli (2012) pontuam que a humanização da atenção à saúde, vem se tornando uma oportunidade para modificar os atendimentos culturalmente exercidos anteriormente, ao adotar práticas humanizadas, ética, postura, acolhimento.

Neste sentido, até meados do século XX, a mulher gestante era assistida no ambiente familiar, os cuidados eram providos por parteiras, onde ocorria muitas das vezes a morte da mãe e filho. Posteriormente, o parto foi institucionalizado, ficando o médico responsável pelos cuidados em unidades hospitalares.

A partir da reflexão de Ferraz e Bordignon (2012) a humanização do parto é um assunto atual, com intuito de prestar assistência integral a parturiente em várias dimensões, espiritual, psicológica e biológica, diminuindo intervenção desnecessárias.

A assistência do enfermeiro a mulher no período gestacional,

está relacionada com a conduta e qualidade dos serviços prestados as mesmas, especificamente na unidade Estratégia Saúde da Família (ESF). Sendo assim, o Ministério da Saúde preconiza um atendimento com várias ações direcionadas à gestante por uma equipe multidisciplinar, que inclui o enfermeiro (BRASIL, 2005). Dentre as ações, pode-se destacar o acolhimento da gestante pelo profissional da enfermagem, na identificação de problemas relacionados às necessidades básicas, bem como situações socioeconômicas. Além disso, o diagnóstico das gestantes pode variar entre baixo e alto risco, exigindo da enfermagem condutas diversas.

Com base nessas considerações e priorizando as necessidades básicas das gestantes, algumas questões foram levantadas e utilizadas para a resolução dos dados, sendo elas: Quais as dificuldades encontradas pelo enfermeiro para a realização do atendimento e acompanhamento deste público? Quais estratégias podem ser utilizadas para a melhoria da atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal? A atuação do enfermeiro neste setor, se alinha aos princípios e diretrizes do SUS em relação às gestantes?

Neste contexto, embora o profissional de enfermagem da unidade Estratégia Saúde da Família (ESF) respalde-se em diretrizes do Ministério da Saúde com ênfase na humanização dos atendimentos à gestante, a enfermagem atua nos moldes da legislação vigente em prol da mulher grávida, com o objetivo de assegurar toda a sua demanda existente.

Portanto, o objetivo deste estudo foi compreender a concepção de enfermeiras sobre o pré-natal na atenção primária à saúde. O conhecimento das enfermeiras sobre o pré-natal promove a atenção obstétrica, que é uma importante ferramenta utilizada na atenção básica de saúde. Isso significará melhor qualidade da

assistência pré-natal, que terá impacto no ciclo gravídico e puerperal para que não se tenha complicações perinatais e que sejam tomadas as condutas necessárias para o atendimento das gestantes de alto risco.

2. METODOLOGIA

2.1. Desenho do estudo

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, segundo a qual Minayo (2010) explica que, busca compreender as relações de crenças, percepções, opiniões e interpretações dos homens em relação à sua forma de posicionar, pensar, sentir e viver. Além disso, o estudo teve um caráter descritivo e exploratório, conforme explicado por Gil (2012), uma vez que possibilitou explorar, desvendar determinadas situações no dia a dia e na prática, focalizando a realidade de forma contextualizada. Para a realização desse estudo foram realizadas pesquisas nas bases de dados Scielo e Lilacs, foram utilizados 15 artigos com publicações de 2002 a 2018, 4 livros, 7 manuais do Ministério da Saúde, 1 lei e 2 portarias do Ministério da Saúde.

2.2. População do estudo

O presente estudo envolveu seres humanos e manejo de informações. Assim, o projeto foi submetido para aprovação pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Viçosa, em conformidade com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa foi iniciada após aprovação deste comitê via Plataforma Brasil, assim também como autorização

do enfermeiro através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE , autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa e coordenação das Unidades de Saúde da Família .

O estudo foi realizado no município de Viçosa localizado na Zona da Mata de Minas Gerais, que possui uma população, de acordo com dados do IBGE (2015) de 80 mil habitantes, acrescido de população flutuante.

População do estudo		
Número de ESF	Profissionais ESF	Participantes do estudo
15 ESF	20 enfermeiros	7 enfermeiros

O município de Viçosa possui 15 ESF e 20 enfermeiros. Os sujeitos de pesquisa foram 7 enfermeiros maiores de 18 anos e que sejam atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) dentro do município referido sendo responsáveis pelo acompanhamento junto às gestantes no pré-natal e que aceitem participar da pesquisa.

2.3. Coleta de dados

A coleta de dados foi por meio de entrevista semiestruturada, e a escolha dos participantes foi realizada de por meio de questionário onde, foram, transcritas e interpretadas para análise dos dados. A entrevista foi realizada individualmente, em uma sala reservada, na própria Estratégia Saúde da Família em que os profissionais atuam, com agendamento prévio, devido à dificuldade de agenda de alguns enfermeiros alguns questionários foram enviados por e-mail. O tempo médio da entrevista foi de aproximadamente 30

a 45 minutos nas entrevistas presenciais, sendo tomados os devidos cuidados de higienização, uso de máscara e distanciamento devido as restrições sanitárias vivenciadas devido ao COVID 19.

Para manter o sigilo dos profissionais participantes da pesquisa, os profissionais entrevistados foram descritos utilizando a letra E – Enfermeiro e numerados (E1,E2,E3...) , respeitando sua autonomia, uma vez que a participação foi voluntária.

O TCLE foi apresentado ao sujeito de pesquisa e onde o mesmo foi convidado como voluntário a participar do estudo “Atuação do Enfermeiro no atendimento humanizado às gestantes na atenção primária no município de Viçosa - MG” que tem como objetivo analisar a atuação do enfermeiro na unidade Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Viçosa–MG, no que tange ao acompanhamento das mulheres no período gestacional. Acreditamos que o enfermeiro(a) seja uma figura importante em virtude que a assistência prestada propicia a gestante uma maior qualidade de vida, reduzindo a morbimortalidade materno-infantil. Fazendo-se necessário entender o conhecimento e os fatores que interferem no desempenho de sua assistência.

2.4. Análise de dados

Foi utilizado a análise de conteúdo proposta de Bardin (2011), um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2011, p. 47).

A análise e interpretação dos dados foi realizada por meio da

análise de Bardin. O instrumento de coleta de dados (Apêndice I) foi composto de questões sociodemográficas para a investigação a fim de caracterizar a amostra. Quanto tempo trabalha naquela ESF, idade, tempo de formação, especialização e sexo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram aplicados questionários semiestruturados com profissionais Enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Viçosa- MG.

Aceitaram participar da pesquisa 7 enfermeiros que atuam na ESF, ou seja dos 20 enfermeiros que atuam na ESF do município de Viçosa – MG, 35% dos enfermeiros aceitaram participar da pesquisa. Apresentaram a seguinte caracterização: a idade média dos participantes foi de 41 anos e 85,72% das participantes declaram ser do sexo feminino e 14,28% dos participantes declaram ser do sexo masculino.

Em relação ao tempo de formado, pode-se observar que 71% (n=5) dos Enfermeiros apresentaram entre 10 a 20 anos de formado, 14% até 2 anos de formação e 14% mais de 20 anos de formação, com média de formação de 13,68 anos. Todos os profissionais apresentam especialização, mas 71% dos Enfermeiros apresentam especialização em Saúde Pública/Saúde da Família ou Saúde Coletiva, 29% não apresentam especialização na área de Saúde da Família/Saúde Pública ou Coletiva, sendo que um dos profissionais está com uma pós graduação em andamento na área de Saúde da Família.

Quando perguntados quanto ao tempo de atuação na ESF 29% (n=2) dos Enfermeiros apresentaram até 1 ano de atuação,

29 % apresentaram de 1 a 5 anos de atuação, e 43% apresentaram mais de 5 anos de atuação na ESF, com média de atuação na ESF de 6,08 anos. Ao avaliar o tempo de atuação na ESF atual, pode-se perceber que 71% (n=5) dos profissionais apresenta até 1 anos de atuação na mesma ESF e 29% apresentam atuação de mais de 10 anos, apresentando média de 3,91 anos de atuação.

Ao serem questionados se receberam capacitação a respeito do pré natal 71% relataram que não receberam capacitação ou treinamento a respeito da Saúde da Mulher e da Gestante, 29% relataram que receberam capacitação.

Para analisar dos dados foram criadas as seguintes categorias:

a) Importância do Enfermeiro no Pré Natal:

Em relação à importância do pré natal e quanto as orientações a serem realizadas a essas mulheres durante o período gestacional pode-se observar que poucos profissionais sabem dessa importância e das orientações.

E1- “O enfermeiro exerce papel fundamental em todo o processo de planejamento familiar, gestação, parto e puerpério. Participa de ações de planejamento, implementação, instrução, e avaliações no cuidado de enfermagem.”

E2 - “Qualidade na assistência, mais trabalho em equipe.”

E3 - “Vejo que no pré natal já conseguimos dois vínculos, com a mulher e com a família.”

E4 - “Acho muito importante a primeira consulta de pré natal com o enfermeiro, pois passa as orientações para a mãe em relação a dor, perda de líquido e tira as dúvidas.”

E5- “ O enfermeiro é essencial no pré natal.”

E6- “Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do bebê e a saúde da gestante”

E7 - “Minha experiência é muito pequena pois estou iniciando as consultas esse mês.”

b) Orientações realizadas:

E1- “Orientações quanto as mudanças no corpo, possíveis complicações, cuidados em relação à alimentação, ganho de peso, atividade física.”

E2 - “ Importância da consulta pré natal, importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses.”

E3- “Importância do pré natal, vacinação, alimentação, cuidado com a mama.”

E4- “Importância do pré natal, se houver dor, perda de líquido, sangramento ir para o hospital, vacinação, amamentação, oriente cuidado com o corpo, a importância de tomar vitamina da forma correta”

E5- “Orientações em relação a ingestão de medicamentos, alimentação, sangramento, sinais de alerta.”

E6 - “Orientamos quanto a vacinação, alimentação, cuidado com quedas e dores.”

E7 - “Aleitamento materno, vacinas, exames, parto normal.”

O Ministério da Saúde (MS) preconiza que, durante as consultas de pré-natal, deve-se haver orientações a respeito da preparação para o parto, a orientação e o

incentivo ao parto normal, o incentivo ao protagonismo da mulher, os sinais e os sintomas do parto e os direitos da gestante também devem ser abordados, fazendo com que dessa maneira a mulher tenha segurança na equipe que a acompanha, criando vínculo e segurança no momento de parto e puerpério (BRASIL, 2012).

A enfermagem, através da consulta pré-natal, promove orientações gerais sobre os cuidados com a gestação, alterações fisiológicas e emocionais, parto, cuidados com o recém-nascido, amamentação, vacinação e planejamento familiar. O vínculo estabelecido, entre a paciente e o enfermeiro, nas consultas de pré-natal mostra a importância da qualidade da assistência prestada pela enfermagem durante as consultas (OLIVEIRA, 2018).

Em relação aos obstáculos apresentados em relação as consultas do pré natal pode-se observar que alguns profissionais relataram “dependência” de outro profissional para a realização do pré natal, falta de materiais, falta de protocolo municipal e burocracia.

c) Obstáculos apresentados:

Obstáculos apresentados	
Obstáculos relatados	Enfermeiros que relataram
Preferência atendimento pelo médico	2 profissionais
Falta de protocolo	2 profissionais
Burocracia	1 profissional
Falta de estrutura e materiais	1 profissional

E1- “Os pacientes preferem ser atendidos pelos médicos.”

E3- “ O obstáculo é a falta de protocolo do município para respaldar o pré natal pelo enfermeiro.”

E4 - “Tem gestante que recusa o atendimento com o enfermeiro, só aceita ser atendida pelo médico.”

E5 - “Burocracia que o enfermeiro acumula durante o dia.”

E6 - Falta de uma estrutura adequada e materiais.”

E7- “A prefeitura de Viçosa não aceita exames solicitados por enfermeiros dificultando a consulta de enfermagem, gerando dependência do médico.”

A partir desses relatos pode-se observar que a ausência de protocolos municipais, possivelmente ausência de conhecimento da população a respeito das consultas de pré natal com o profissional Enfermeiro, a dependência em relação ao profissional médico para a atuação do enfermeiro no pré natal, a falta de estrutura/ materiais e o gerenciamento/gestão da unidade de saúde influencia na qualidade da assistência prestada a essas mulheres e gestantes pelos profissionais.

Em relação a atuação do enfermeiro frente às consultas de enfermagem, podemos destacar as ações de assistência integral à saúde da mulher, dentre elas o pré natal de baixo risco. O enfermeiro em sua formação acadêmica está habilitado para realizar a consulta de enfermagem e a assistência ao pré-natal de baixo risco, sendo realizadas consultas intercaladas com o médico da equipe (MATOS, 2013).

Esse procedimento é respaldado em lei, como a Lei do exercício profissional 7499/86 e o Decreto 94.406.187, que confere ao enfermeiro a habilitação necessária para o exercício desta função, com objetivo de monitorar, prevenir e identificar intercorrências maternas e fetais e, ainda, realizar atividades educativas em relação à gravidez, parto e puerpério (MUNIZ, 2018).

Em relação aos protocolos municipais eles são construídos para organizar os serviços e qualificar a assistência. Além de respaldarem a equipe na sua prática cotidiana, a partir de critérios e normas na Atenção à Saúde.

Para a melhor realização da consulta de pré-natal pelo enfermeiro, deve-se realizar a implantação dos protocolos, para isso é importante que os serviços de assistência à saúde realizem um levantamento dos aspectos gerais de sua organização e do papel desempenhado pela equipe multiprofissional no acompanhamento dessas gestantes (COELHO; PORTO, 2009).

A partir dessa avaliação é possível a criação ou a adoção de protocolos já existentes de acordo com cada serviço. Essa construção deve-se partir não apenas da gestão municipal, mas também dos profissionais Enfermeiros que em conjunto vão elaborar o protocolo de atendimento de Pré Natal pelo profissional Enfermeiro, qualificando dessa forma a assistência à esse período na vida da mulher.

Em relação aos encaminhamentos realizados nas consultas de pré natal pode-se observar que a maioria dos profissionais responderam sobre o serviço de atenção secundária e/ou sobre os serviços da equipe multidisciplinar, um profissional não respondeu.

d) Encaminhamentos:

Encaminhamentos	
Encaminhamentos relatados	Enfermeiros que relataram
Atenção secundária / CEAE ou UAES	4 profissionais
Atenção terciária	1 profissionais
Equipe multidisciplinar	2 profissionais

E1- “Acompanhamentos para a atenção secundária e terciária quando necessário.”

E3 - “Gestante de alto risco são encaminhados para o CEAE.”

E4 - “Encaminhamento ao dentista, nutricionista se baixo ou acima do peso, para a maternidade se não tiver médico, para a psicóloga.”

E5- “Pré natal de alto risco realizado no CEAE.”

E6- “Encaminhamento para ginecologista obstetra, sala de vacina e nutricionista.”

E7 - “Gestantes de alto risco pode ser encaminhada ao CEAE ou UAES - realizados somente pelo médico.”

Segundo Brasil, 2013 visando reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso, é necessário que nas consultas de pré-natal sejam realizadas a classificação, avaliação e identificação dos fatores de risco gestacionais, para que se tenha agilidade no atendimento a essa gestante, que dependendo do fator de risco será

encaminhada para a realização do pré natal na atenção secundária.

Cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias (Diabetes mellitus, hipotireoidismo, hipertireoidismo), doenças hematológicas (anemia falciforme), hipertensão arterial crônica ou PA maior que 140x90 mmHg antes das 20 semanas de idade gestacional/ distúrbios hipertensivos gestacionais, doenças autoimunes, doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis), hanseníase, tuberculose são fatores de risco que podem indicar o encaminhamento da gestante para o pré natal (BRASIL, 2013).

e) Assistência Humanizada

Em relação assistência humanizada foi indagado aos profissionais qual a posição deles em relação assistência humanizada e a sua posição sobre a abordagem à gestante pode-se observar:

E1- “As gestantes devem ser orientadas quanto aos seus direitos dentro das instruções de saúde, durante todo o seu pré natal, sobre o

direito que exercem do seu corpo, da escolha de um acompanhante, da escolha de como e onde ter seu filho.”

E2 - “Trabalho de equipe multiprofissional, dedicação exclusiva no atendimento.”

E3 - “No pré natal eu vejo uma assistência humanizada, pois ela tem toda assistência na APS, desde consultas, exames, orientações e equipe multidisciplinar caso necessite.”

E4- “Recebe-la bem, explicando a importância da gravidez, que não é doença, e esclarecer todas as dúvidas.”

E6- “Muito importante para que sempre possa tirar todas as dúvidas delas e de seus parceiros quanto à gestação e após ganhar o bebê.”

E7 - “ Não apenas com gestantes, mas todos os pacientes atendidos na unidade, vejo a humanização como princípio básico.”

A maioria dos profissionais relataram sobre a importância da humanização para a assistência, apenas um profissional abordou sobre qual a posição sobre a abordagem à gestante, e que a gestante possui direitos.

Segundo BRASIL (2006) é dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização.

E1- “As gestantes devem ser orientadas quanto aos seus direitos dentro das instruções de saúde, durante todo o seu pré natal, sobre o direito que exercem do seu corpo, da escolha de um acompanhante, da escolha de como e onde ter seu filho.”

O Ministério da Saúde preconiza que uma assistência humanizada e qualificada se realiza por meio de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, uma vez que o serviço de saúde deve ser de fácil acesso e promover a assistência à saúde da gestante, puérpera e do recém-nascido, desde a Atenção Primária que é porta de entrada do sistema de saúde até o atendimento hospitalar de alto risco (BRASIL, 2006).

Segundo a Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017, a Atenção Básica de Saúde, além de ser porta de entrada dos usuários, tem como característica considerar a pessoa em sua singularidade e em seu espaço sociocultural, proporcionando dessa forma a atenção de forma integral em todas as fases de vida do indivíduo. Visando a melhoria da saúde individual e coletiva, a promoção da saúde, proteção de agravos, diagnóstico e tratamento, reabilitação e redução de danos e a manutenção da saúde, tendo como base os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2017).

Para que se tenha a melhoria da rede de atenção e a assistência humanizada, a ESF depende da provisão de recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos benéficos para evitar intervenção desnecessária, garantindo a essa mulher e a sua família privacidade e autonomia de decisões sobre condutas adotadas durante o atendimento (BRASIL, 2006).

4. CONCLUSÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) o enfermeiro tem papel primordial para a promoção e prevenção da saúde da mulher, gestante e criança em todos os seus ciclos de vida. O Pré Natal realizado de forma humanizada e com qualidade contribui para a promover uma gestação saudável e livre de riscos para a mãe e o bebê.

Percebeu-se nesta pesquisa que os enfermeiros reconheceram a importância da humanização no atendimento pré natal realizado pelo profissional enfermeiro e que a assistência de qualidade se baseia nas avaliações, orientações e encaminhamentos para que dessa maneira se tenha um atendimento gravídico puerperal

qualificado e resolutivo que atenda os princípios e diretrizes do SUS.

Contudo, esta pesquisa fez um diagnóstico rápido da situação do atendimento a gestante no município e que seus resultados podem ser utilizados para a melhorias no serviço e na educação permanente em saúde. Colaborando assim para que ocorra a atualização desses profissionais em relação aos cuidados na gestação, orientações a respeito do período gestacional, direitos da gestante e ao atendimento humanizado a fim de melhorar a qualidade da assistência do enfermeiro no Pré Natal e dessa maneira o aumento do vínculo com as gestantes assistidas objetivando o bem estar da mãe, bebê e família.

5. REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 229 p. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007**.

BRASIL. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017**.

Brasília. Diário oficial da República Federativa do Brasil, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em 28 de setembro de 2021.

BRASIL. **Portaria Nº 569 de 2000**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html> Acesso em 01 de abril de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2006.

BRASIL. **Lei Nº 7.498 de 1986**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm> Acesso em 04 de abril de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS – Política Nacional de Humanização**. Brasília. Ministério da Saúde, 16 p, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Básica e a Saúde da Família: **Equipe de saúde**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BOTELHO. FS. **Assistência ao Pré-natal e sua importância**. Pedra Azul- MG 2010. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Minas Gerais.

COELHO. S; PORTO. Y. F. **Saúde da mulher**. Belo Horizonte. Nescon/UFMG. Coopmed. 2009. 115 p.

DUARTE, S. J. H; ANDRADE, S. M. O; O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, Junho 2008. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041290200800020001_3&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 22 Out. 2013.

FERRAZ L; BORDIGNON, M. **Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar**. Rev Baiana Saúde Pública. 2012; 36:527-38. 2.

FREITAS F; et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5ºed.Porto Alegre: Artmed, 680p,2007.

GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P. **Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local**. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 36, n.3, pp. 494-501, 2012.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo Brasileiro 2015.Minas Gerais. IBGE, 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**.4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUERREIRO, E. M.; RODRIGUES, D. P.; DA SILVEIRA, M. A. M.; DE LUCENA, N.B. F. Cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev. Min. Enferm.**; v16 n3, p. 315-323, jul./set., 2012.

MATOS, D.S.; RODRIGUES, M.S.; RODRIGUES, T.S. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. **Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 18-33, 2013.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, M. A.; DE CARVALHO L.L.; Ribeiro, P. S. Percepção de gestantes sobre a atuação da enfermeira na assistência pré-natal: estudo analítico. **Arq. Ciênc. Saúde**. V 23, n1, p. 78-82, jan-mar, 2016.

MUNIZ, F.F.S et al. Assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na atenção primária. **Journal of Management & Primary Health Care** | ISSN 2179-6750, v. 9, 2018

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina; SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2010.

OLIVEIRA, A.A. de et al. **A enfermagem na assistência pré-natal de baixo risco**. Trabalho de Conclusão de Curso. 2018.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. supl, p. 158-164, set. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.> Acesso em: 11 abr. 2021.

REGIS, C.G.; BATISTA, N.A. O enfermeiro na área da saúde coletiva: concepções e competências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 5, p. 830-6, 2015.

SANTOS, et al . **Enfermagem em Ginecologia e Obstetrícia – IMIP**. Ed. Med Boock, 1º Ed. Cap 4; p. 41-47 , Rio de Janeiro - 2010.

ZAMPIERI, M.F; ERDMANN, A.L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.10, n.3, p.359- 367. jul/set. 2010.

CAPÍTULO 5

AVALIAÇÃO DO PREENCHIMENTO DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Tainara Fernandes Lott
Juliana da Rocha Reis
Rogério Pinto
Eliangela Saraiva Oliveira Pinto

1. INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que tem como objetivo a promoção e proteção a saúde da criança, por meio da atenção e dos cuidados integrais, e para garantir essa qualidade e continuidade dos cuidados, umas das ações usadas pelo Ministério da Saúde é utilizar a Caderneta da Criança como um instrumento de vigilância a saúde, sendo então entregue a família ainda no âmbito hospitalar e deverá ser apresentada em todos os serviços de saúde, pois servirá como um guia para a continuidade da assistência e monitorização da saúde da criança na atenção primária (ABUD; GAÍVA, 2014; VIEIRA et al., 2009; BRASIL, 2018).

A caderneta foi implantada no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS) em 2005, substituindo o Cartão da Criança até então vigente como forma de monitorização da saúde infantil e ampliado à faixa etária de acompanhamento para até 10 anos de idade (BRASIL, 2005; ALVES et al., 2009).

A caderneta da criança é um instrumento gratuito, importante para o acompanhamento da saúde infantil e essencial para a vigilância à saúde, já que é um documento que pertence à família e onde são registrados os dados e eventos mais significativos para a saúde da criança (LINHARES et al., 2012; ROSELEM et al., 2019).

O Cartão da Criança desde que foi implementado abordava apenas o gráfico de crescimento e a situação vacinal das crianças de zero a cinco anos, com implementação da caderneta da criança e suas atualizações, foram acrescentadas informações e orientações como, gravidez, parto, puerpério, gráfico de perímetro cefálico,

alimentação saudável, observações sobre saúde bucal e auditiva, prevenção de acidentes e profilaxia da carência de vitaminas A e ferro, amamentação, direitos dos pais e da criança, desmame, gráficos de peso x idade e de altura x idade, informação sobre registro civil de nascimento, os primeiros dias de vida do recém-nascido, acrescentou-se posteriormente o guia básico para o acompanhamento de crianças com diagnóstico de Síndrome de Down e autismo, cuidados com a pressão arterial e tabelas do Índice de Massa Corporal (IMC), (SILVA; GAÍVA; MELLO, 2015).

A caderneta passou a ser especificado por sexo e apresenta-se em duas partes, sendo uma parte destinada a família, onde a mãe ou responsável fará suas anotações e outra parte onde será preenchida pelos profissionais de saúde em todas suas consultas. A CC deve ser apoderada pelas famílias, possibilitando que ela transite pelos diversos serviços de atenção à saúde e contribua para a coordenação do cuidado da criança,

garantindo um cuidado integral e os seus direitos como cidadã, e para que isso ocorra, é fundamental o preenchimento correto dos campos da caderneta pelos profissionais da saúde (BRASIL, 2005; ROSOLEM et al. 2019).

Com a equipe multiprofissional da atenção primária, a criança e sua família recebe uma linha de cuidados e ações que acompanham seu crescimento, desenvolvimento, imunização, incentivo ao aleitamento materno, dicas de uma alimentação mais saudável, saúde bucal e mental, o preenchimento correto destas informações torna-se importante e configura-se como o instrumento de comunicação, vigilância e promoção a saúde infantil, fortalecendo então o acompanhamento dessa criança (ALVES et al., 2009).

Diante dessa questão fica evidente a importância do preenchimento correto da caderneta, para um melhor monitoramento, vigilância, promoção e assistência à saúde da criança. Assim, este trabalho objetiva avaliar o preenchimento da caderneta de saúde da criança.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, analítico, cuja finalidade foi avaliar o preenchimento da caderneta da criança e para isso, foi utilizado como eixo norteador as crianças com idade entre zero a cinco anos de idade, que possuíam a Caderneta da Criança nas versões distribuídas a partir da 7ª edição de 2009.

Esta pesquisa foi desenvolvida em Unidades de Serviço das Estratégias de Saúde da Família (ESF) pertencentes à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Viçosa, Minas Gerais. Esse cenário foi escolhido para o estudo em função de possuir maior demanda de assistência à saúde da criança, seja em atividade referente à imunização ou à outras ações preventivas, como a puericultura.

A amostra foi aleatória simples entre crianças acompanhadas no Sistema Único de Saúde (SUS) do Município de Viçosa. Foram incluídas crianças nascidas vivas no município e que atendiam o período de referência da caderneta indicada na pesquisa e que o responsável aceitasse participar.

Para participarem da pesquisa, as crianças deveriam estar acompanhadas pela mãe, pai ou responsável no dia de vacina, ou consulta de puericultura, bem como consulta de controle de saúde nos serviços do SUS do município, bem como nas unidades de

saúde da família participantes da pesquisa. Vale ressaltar que as crianças que não possuíam sua caderneta não foram incluídas no estudo.

Os dados foram coletados por meio de entrevista com um dos pais ou responsável da criança, sendo utilizado um instrumento de pesquisa composto por questões fechadas, das quais abordaram características demográficas da mãe, condições básicas de saúde da criança e assistência recebida por ela, e as demais questões foram preenchidas mediante a verificação direta das cadernetas das crianças, sendo, por isso, indispensável que a criança estivesse portando sua caderneta de saúde da criança para fosse incluída no estudo.

Foram avaliadas durante a verificação da caderneta as seguintes variáveis: nome da criança; data de nascimento; nome da mãe; peso ao nascer; comprimento ao nascer; perímetro cefálico ao nascer; *Apgar* no 5º minuto; tipo de parto; trimestre de início do pré-natal; número de consultas de pré-natal; idade gestacional da criança; tipo de alimentação da criança na alta da maternidade; perímetro cefálico ao nascer marcado no gráfico; idade em que o último ponto do perímetro cefálico foi marcado no gráfico; peso ao nascer marcado no gráfico; idade em que o último ponto de peso foi marcado no gráfico; anotação sobre o desenvolvimento neuropsicomotor; registro do uso de ferruginoso; registro das vacinas, cronograma de erupção e odontograma.

Para avaliação do preenchimento da caderneta foi tomado como referência as orientações do Manual para Utilização da Caderneta de Saúde da Criança. O item foi considerado preenchido corretamente quando estava de acordo com as orientações do Ministério da Saúde. Quando não houve normalização sobre o assunto, foi considerado apenas preenchido ou não preenchido.

Os itens preenchidos/preenchidos corretamente receberam escore um e, os não preenchidos, escore zero, totalizando um resultado final de 0 a 21 pontos, e quanto maior o escore, maior o número de itens preenchidos. As cadernetas com 60% ou menos dos itens preenchidos (≤ 12 itens) foram consideradas com qualidade de preenchimento insatisfatório, e aqueles com mais de 60%, satisfatório (≥ 13).

Os resultados obtidos foram cadastrados e tabulados por meio do software Excel[®] e calculadas as frequências absolutas e relativas para os parâmetros coletados.

Cabe ressaltar que durante todo o desenvolvimento da pesquisa foi considerada e respeitada as condutas éticas estabelecidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que envolve pesquisa com seres humanos. Sendo a pesquisa avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Univiçosa, conforme o número do CAAE 25616719.6.0000.8090.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram observadas 99 CC, sendo que os participantes abordados na pesquisa em sua maioria classificavam-se como mães, igual à 97, destas 63% tinham idade entre 26 e 40 anos, 98% sabiam ler ou escrever e 78% delas tinham 9 ou mais anos de escolaridade. Na maior parte dos registros, verificou-se que as crianças nasceram com 2500 g ou mais (89,2%), com idade gestacional de 37 ou mais semanas (86,9%) e que pouco mais da metade eram primíparas (60,2%) e 39,8% múltíparas (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das crianças segundo características sociodemográficas e condições de sua gestação/nascimento para a amostra total e para os grupos com qualidade do preenchimento da CC satisfatório ou insatisfatório (n = 99)

			Qualidade do preenchimento (n=99)	
Variáveis			Satisfatório	Insatisfatório
	N	%	%	%

Caracterização sociodemográficas da mãe da criança

Idade da mãe (n=97)			97,97	3,03
Até 25 anos	29	29,89		
De 26 a 40	62	63,91		
41 ou mais	6	6,18		
Sabe ler ou escrever (n=98)			98,98	2,02
Sim	97	98,97		
Não Escolaridade da mãe(n=92)	1	1,02		
Ensino fundamental	20	21,73	92,92	8,08
Ensino médio	34	36,95		
Superior incompleto	7	7,60		
Superior completo	30	32,60		
Sem escolaridade Trabalha (n=94)	1	1,08		
			94,94	5,05
Sim	39	41,48		
Não	55	58,51		
Condições da gestação/nascimento da criança				
Peso ao nascer (n=93)				
< 2500	10	10,75		
> 2500	83	89,24		
Paridade (n=93) Primípara	56	60,21		
Múltipara	37	39,78		
Idade gestacional (n=69)				
< 37 semanas	9	13,04		
> 37 semanas	60	86,95		

O estudo realizado por Rosolem et al. (2019) corroboram a achados referente à alta escolaridade materna e pode ser frequentemente associada ao preenchimento dos dados da criança. Em contrapartida, algumas mães de baixa escolaridade não conseguem interpretar ou preencher os campos de registros presentes na caderneta, muitas delas nunca leram a caderneta.

Do mesmo modo, Vieira et al. (2009), em um estudo realizado em Feira de Santana, Bahia, constatou que mães com escolaridade igual ou superior ao ensino médio e a idade das crianças tiveram mais chances de leitura da caderneta e as mães com mais de 35 anos apresentaram maior prevalência nos registros de comprimento e peso. No mesmo estudo, foi observado também que crianças com seis meses ou mais apresentaram uma maior frequência no preenchimento das curvas de crescimento.

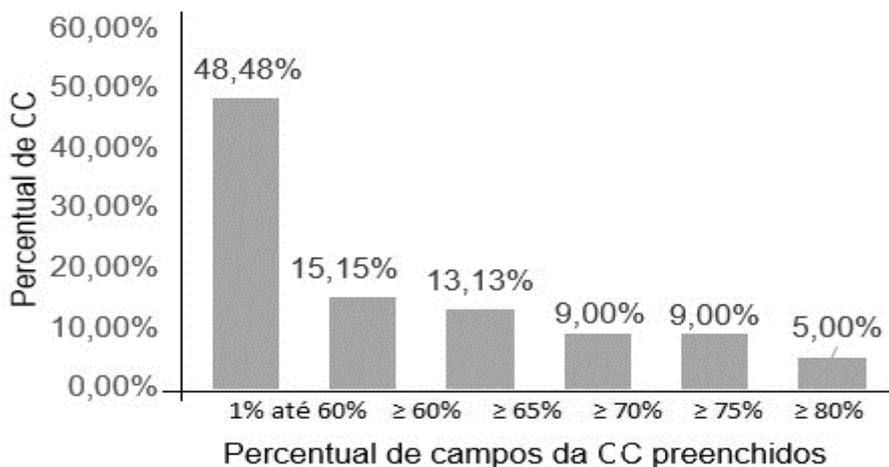
Amorim et al. (2018), mostraram que a qualidade de preenchimento da caderneta estava significativamente associada ao peso ao nascer e idade gestacional da criança, as cadernetas de crianças prematuras apresentaram frequência maior de preenchimento insatisfatório. Esse resultado aponta falhas na integralidade da atenção à saúde da criança e da mãe. A prematuridade pode ser uma novidade para família, que envolve muitos cuidados, atenção com a criança e preocupações, podendo o instrumento assumir um lugar menos importante que o cuidado com a criança.

O percentual de preenchimento dos itens variou de 0,0% (registro do odontograma) e 98% (nome da mãe), conforme Tabela 2. Já os campos da caderneta que tiveram maior frequência de preenchimento satisfatório foram os seguintes itens: nome da criança, nome da mãe e data de nascimento da criança. Dentre as cadernetas classificadas com qualidade de preenchimento satisfatório, o nome da mãe estava preenchido em 98,9%, a data de nascimento

da criança em 96% e o nome da criança em 92,9% (Tabela 2).

Quanto à classificação do preenchimento, observou-se que as 99 cadernetas analisadas, somente 51% (n=99) apresentaram preenchimento satisfatório, ou seja, continham ≥ 13 itens preenchidos e 48% com preenchimento insatisfatório e nenhuma delas apresentou preenchimento de 100% dos itens (Figura 1)), resultado superior ao estudo realizado por Amorim et al. (2018), que obteve um percentual de preenchimento satisfatório de 44,5% das cadernetas avaliadas. Com este resultado, podemos inferir que a caderneta não tem sido bem aderida pelos profissionais de saúde, uma vez que são baixos os índices de CC com qualidade de preenchimento satisfatório.

Figura1. Frequência de Cadernetas da Criança segundo o percentual de preenchimento, considerando-se os 21 campos observados



Entre os campos preenchidos na maternidade, os itens peso ao nascer, comprimento ao nascer, perímetro cefálico ao nascer, apgar no 5º minuto e idade gestacional da criança tiveram um maior preenchimento, com os dados estando presentes em > 70% das cadernetas. Todos esses itens estão diretamente ligados à adaptação do recém-nascido, seu estado nutricional e sua vitalidade (Tabela 2).

Dos campos para registro na maternidade, o maior percentual de preenchimento foi de peso ao nascer, registro presente em 89% das cadernetas (Tabela 2). Esse dado é consistente àqueles apresentados por Amorim et al. (2018) com 64% de preenchimento do item, Rosolem et al. (2019), apresentaram no seu estudo 71% de preenchimento e Freitas et al. (2019), com 72% de preenchimento de registro. Tal item pode ser um dos de maior frequência de preenchimento por ser uma das informações mais requeridas após o parto, constituindo um importante indicador de saúde do recém-nascido.

Já sobre o preenchimento do Apgar no 5º minuto, a taxa de incidência foi de 76%, superior ao observado nos mesmos estudos de Freitas et al. (2019), e por Rosolem et al. (2019), ambos estudos com índices de 64%. Este é também um relevante indicador de saúde que tem como objetivo avaliar o estado geral e vitalidade da criança após o nascimento, e pode estar associado à mortalidade infantil. Portanto, diante da sua importância, a frequência de preenchimento do campo de registro está diretamente ligada à qualidade da assistência prestada à criança ainda na sala de parto.

Cadernetas que apresentam baixa frequência de preenchimento do Apgar 5º inuto e outros itens a serem preenchidos na maternidade sugerem uma baixa qualidade da atenção ao parto e ao recém-nascido (AMORIM et al., 2018).

Os itens perímetro cefálico ao nascer e comprimento ao nascer também foram preenchidos de forma satisfatória nas cadernetas, apresentando porcentagem maior que 85%, conforme tabela 2.

Enquanto no estudo realizado por Amorim et al. (2018), cuja a porcentagem de preenchimento foi inferior (56%) para perímetro cefálico ao nascer e 63% para comprimento ao nascer, o estudo realizado por Mariza e Talita em 2013, a porcentagem do preenchimento do campo perímetro cefálico foi de 56%, e 68% comprimento ao nascer.

Ambos os itens também são importantes indicadores de saúde, visto que a medida do perímetro cefálico ao nascer é essencial para a identificação de determinadas patologias no sistema nervoso central, como microcefalia ou macrocefalia. Assim sendo, o não preenchimento desse item na caderneta pode causar uma imperceptibilidade de sinais patológicos, acarretando em prejuízo à saúde da criança e em tratamento tardio (FREITAS et al., 2019).

No campo de idade gestacional, outro indicador de saúde essencial, o preenchimento das cadernetas ficou em 70% (Tabela 2).

Visto que crianças nascidas com menos de 37 semanas são consideradas prematuras e demandam maiores cuidados e assistência dos profissionais de saúde, é através desse registro que será possível ofertar à mãe e ao recém-nascido um cuidado individualizado e integralizado para prevenção de agravos e para promoção a saúde de ambos. Se os profissionais da maternidade não realizam o registro desse item, os demais serviços de saúde, como Atenção primária a Saúde, muitas vezes não conseguem dar a assistência necessária ao binômio. Assim, ressalta-se a relevância desse e dos demais registros para munir os profissionais de saúde de informações quantitativas e qualitativas para seguir com atendimentos satisfatórios (AMORIM, et al. 2018).

Tabela 2. Frequência de preenchimento dos itens das cadernetas classificados com qualidade de preenchimento satisfatório

Itens da CC	Frequência e Percentual de preenchimento da amostra total (n = 99)		Percentual da Qualidade do preenchimento	
	Satisfatório		Insatisfatório	
Nome da criança	92	92,92	92,92	7,07
Data de nascimento da criança	96	96,96	96,96	2,02
Nome da mãe	98	98,98	98,98	1,01
Peso ao nascer	89	89,89	89,89	10,10
Comprimento ao nascer	86	86,86	86,86	13,13
Perímetro cefálico ao nascer	85	85,85	85,85	14,14
<i>Apgar</i> no 5 ^o minuto	76	76,76	76,76	23,23
Tipo de parto	57	57,57	57,57	42,42
Trimestre de início do pré-natal	37	37,37	37,37	62,62
Número de consultas de pré-natal	29	29,29	29,29	70,70
Idade gestacional da criança	70	70,70	70,70	29,29
Tipo de alimentação na alta da	54	54,54	54,54	45,45
Maternidade				
Perímetro cefálico ao nascer (gráfico)	44	44,44	44,44	55,55
Idade último perímetro cefálico no	65	65,65	65,65	34,34
Gráfico				
Peso ao nascer (gráfico)	49	49,49	49,49	50,50
Idade do último peso registrado no	69	69,69	69,69	30,30
Gráfico				
Desenvolvimento neuropsicomotor	7	7,07	7,07	92,92
Registro do uso de ferruginoso	3	3,03	3,03	96,96
Registro das vacinas	96	96,96	96,96	3,03
Registro do cronograma de erupção	0	0,00	0,00	100
Registro do odontograma	0	0,00	0,00	100

Os demais itens, como tipo de parto, trimestre de início do pré-natal, número de consultas pré-natal e tipo de alimentação na alta da maternidade, tiveram uma baixa frequência de preenchimento, sendo menor que 57% das cadernetas continham esses dados preenchidos satisfatoriamente. O tipo de alimentação na alta da maternidade apresentou baixa frequência de preenchimento (54%) (Tabela 2).

Apesar de maior do que nos estudos realizados por Pedreza (2019), com percentual de preenchimento do item em 31% e por Rosol em et al. 2019, com 6,3%. Já o tipo de parto foi preenchido em 57% das cadernetas neste estudo, percentual semelhante ao estudo de Amorim et al. (2018), com 56%.

De acordo com o Ministério da Saúde, o aleitamento materno exclusivo deve ser iniciado, se possível, nas primeiras horas de vida do recém-nascido e continuar sendo ofertado no mínimo até os seis meses de idade, sendo recomendado até dois anos ou mais. Esse registro na caderneta contribui para a identificação de fatores que prejudicam o aleitamento materno, possibilitando uma intervenção da APS e prevenindo assim o desmame precoce, cujo risco é maior em crianças que não conseguiram iniciar a amamentação na maternidade (Amorim et al. 2018).

O trimestre de início do pré-natal (37%) e o número de consultas pré-natal (29%) foram os campos menos preenchidos (Tabela 2).

Resultados semelhantes foram observados na pesquisa realizada na capital mineira por Amorim et al. (2018), com índices de 38% e 35%, respectivamente e 17% e 15% no estudo realizado por Pedraza, 2019, em Campina Grande, Paraíba.

O número de consultas pré-natais recomendado pelo Minis-

tério da Saúde é de no mínimo seis, sendo uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro, e é através delas que a gestante será acompanhada, orientada, acolhida, diagnosticada e tratada (se necessário). A falha de preenchimento neste registro sugere uma baixa qualidade na atenção à gestante, visto que é um importante indicador de saúde materno infantil (PEDRAZA, 2019). Por outro lado, a baixa frequência de preenchimento desse item na caderneta pode estar relacionada ao fato de que é disponibilizado pelo Ministério da Saúde o Cartão da Gestante, instrumento utilizado assim que se inicia o pré-natal, sendo suas informações anotadas inicialmente nele (AMORIM et al., 2018).

Os itens de preenchimento no gráfico por parte das APS, preenchidos nas consultas de puericultura, também tiveram baixa frequência no registro. Apenas os itens idade do último perímetro cefálico no gráfico e idade do último peso registrado no gráfico tiveram um preenchimento maior, de 65% e 69%, respectivamente, conforme tabela 02.

Índices superiores aos coletados por Pedraza (2019), que apresentou 8% e 2%, respectivamente, o estudo realizado por Almeida et al. (2017), mostrou que os índices de preenchimento do perímetro cefálico no gráfico, comprimento e peso no gráfico apresentaram um importante decréscimo no preenchimento aos 12 meses, sendo preenchido em < 39% das cadernetas anasalidas de crianças com 1 ano de idade. Isso nos sugere que há uma perda do acompanhamento no processo de desenvolvimento dessas crianças.

Já os demais itens a serem preenchidos na consulta de puericultura pela APS, como peso ao nascer no gráfico, perímetro cefálico ao nascer no gráfico e desenvolvimento neuropsicomotor, tiveram um preenchimento abaixo de 49%, de acordo com a tabela 02.

Resultado inferior ao demonstrado no estudo de Amorim et al. (2018).

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de puericultura no primeiro ano de vida, considerando-se que nelas serão avaliados o crescimento e desenvolvimento da criança, identificação de patologia, atrasos no desenvolvimento, problemas neurológicos e motores, além de uma assistência integrada ao acolher a mãe e a criança, passar orientações e informações relevantes a saúde do binômio e estimular aleitamento materno, dentre muitas outras ações importantes que podem ser realizadas na consulta de puericultura. (BRASIL, 2005; AMORIM et al., 2018).

Esses resultados permitem inferir que há uma baixa adesão dos profissionais de saúde ao preenchimento dos campos da puericultura na caderneta, ou, uma baixa adesão dos profissionais às consultas de puericultura, pois se de fato acontecem, tem que haver um motivo para não serem registradas.

Outros campos de registro preenchidos pela Atenção Primária à Saúde (APS) também apresentaram baixa frequência no preenchimento, com destaque para o registro de odontograma e registro de cronograma de erupção, que tiveram alta porcentagem de não preenchimento: 100% das cadernetas não continham esses campos preenchidos. Por outro lado, o registro mais preenchido por parte da APS foi o de vacinas, sendo preenchido em 96% dos casos analisados (Tabela 2).

A maior proporção de preenchimento deste item e daqueles referentes à identificação da criança e da mãe pode ser explicado pelo fato de ainda muitos profissionais de saúde e familiares enxergarem a caderneta como o cartão da criança que continha apenas esses aspectos de identificação e o gráfico de crescimento. (FREITAS et al.2019).

A tendência ao maior preenchimento destes tópicos também foi observada em outros estudos citados, apresentado por Amorim et al. (2018) e Freitas et al. (2019) , com 99% de preenchimento deste item e Mariza e Talita, (2013) 100% de preenchimento.

O registro de vacina foi um dos itens mais bem preenchidos por parte da APS em todos os estudos aqui referenciados, o que pode estar relacionado ao excelente Programa Nacional de Imunização. Também possa estar relacionado à utilização da caderneta apenas como o antigo Cartão da Criança, o que traz como consequência um bom preenchimento dos itens de identificação e registro de vacinas, e nos demais, uma menor qualidade de preenchimento. (FRITAS et al, 2019; AMORIM et al, 2018).

Quanto à atenção em saúde recebida pela criança, a maioria é feita no serviço público, com as crianças sendo acompanhadas mais frequentemente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) do bairro onde residem. Apesar disso, os itens a serem

registrados pelos pais ou preenchidos na maternidade apresentaram maior percentual de preenchimento quando comparados aos campos registrados na APS, onde apenas 3 dos 9 campos preenchidos foram incluídos de forma satisfatória.

Considerando o que foi exposto, a análise dos resultados, sugere que as cadernetas não são efetivamente preenchidas, somente 51% (n=99) apresentaram qualidade de preenchimento satisfatório.

Portanto, tal resultado evidencia que mesmo o Ministério da Saúde ofertando um instrumento crucial para a vigilância em saúde e redução da morbimortalidade infantil, ele ainda não foi completamente aderido pelos profissionais de saúde, uma vez que os itens preenchidos pelas APS apresentaram menor frequência

do preenchimento quando comparado aos itens de preenchimento na maternidade.

4. CONCLUSÃO

Verificou-se que nas cadernetas analisadas há um preenchimento satisfatório para itens de identificação, como nome, data de nascimento e nome da mãe.

Os itens preenchidos na maternidade, os mais preenchidos foram, o peso ao nascer, comprimento ao nascer, perímetro cefálico ao nascer e idade gestacional da criança.

Quanto os itens preenchidos pela APS, o registro de vacina apresentou maior frequência. E para puericultura, somente último perímetro cefálico no gráfico e idade do último peso registrado no gráfico obtiveram preenchimento satisfatório.

Conclui-se que, apesar de alguns dos itens analisados apresentarem maior frequência de preenchimento, as cadernetas não apresentam prevalência de preenchimento satisfatório, resultado que indica utilização pelos profissionais de saúde tem sido insatisfatória, principalmente pela APS.

5. REFERÊNCIAS

ABUD, S. M.; GAÍVA, M. A. M. Análise do preenchimento dos dados de imunização da caderneta de saúde da criança. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 16, n. 1, p. 61–7, 2014. DOI: 10.5216/ree.v16i1.24254. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/24254>. Acesso em: 30 set. 2021.

ALVES, C. R. L. et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 25, n. 3, p.583- 595, mar. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009000300013>.

ALMEIDA, A. P et al. O registro do crescimento e desenvolvimento da criança na caderneta de saúde. **Rev enfermagem UERJ**, agosto/ 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.16895>

AMORIM, L. P. et al. Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.585-597, fev. 2018. Fap UNIFESP SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.06962016>.

AMORIM, L. P. et al. Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 27 (1): e201701116, 2018 . Disponível em : <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100016> .

BRASIL, Departamento de ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção a Saúde, **Ministério da Saúde**. Manual para utilização da caderneta de saúde de criança, v.1, 2005.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral á Saúde da Criança; orientações para sua implementação. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf>.

FIGUEROA PEDRAZA, D. Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e antropometria de crianças. **Journal of Management & Primary Health Care** | ISSN 2179-6750, [S. l.], v. 10, 2019. DOI: 10.14295/jmphc.v10i0.957. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/957>. Acesso em: 30 set. 2021.

FREITAS, J. L. G. et al. Preenchimento da caderneta de saúde da criança na primeira infância. **Rev. Bras Promoção a saúde**, jan 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.8407>

LINHARES, A.O. et al. Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta de saúde da criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. **Rev. da AMRIGS**, Porto Alegre, 56 (3): 245-250, jul.-set. 2012.

FARIA, M.; Nogueira T. A. Avaliação do uso da caderneta de saúde da criança nas unidades básicas de saúde em um município de Minas Gerais. **Rev Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 11, n 38, out/dez 2013. Disponível em : <https://doi.org/10.13037/rbcs.vol11n38.1944>

ROSOLEM, L.H. et al. Caderneta de Saúde da Criança: Coordenação do Cuidado e Acesso à Saúde. **Cogitare enferm.** [online].2019, vol.24, e61496. 13-Dez-2019. ISSN 2176-9133. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61496>.

SILVA, F.B.; GAÍVA, M.A.M.; MELLO, D.F. Uso do registro de saúde infantil pelas famílias; percepções dos profissionais. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.407-414, jun. 2015. Fap UNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000212014>.

VIEIRA, G.O. et al. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 5, n. 2, p.177-184, jun. 2005.

UNIFESP SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292005000200006>.

VIEIRA, G.O. et al. Fatores associados ao uso da Caderneta de Saúde da Criança em uma cidade de grande porte do nordeste brasileiro, 2009. **Ciência e saúde coletiva**, 2009. UEFS. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292005000200006>.

CAPÍTULO 6

FATORES INCIDENTES NO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS ABRIGADOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

Gislene da Costa Teixeira
Danielle Cordeiro Mendes
Jaqueline Carrara Folly Valente
Alessandra Santos de Paula

1. INTRODUÇÃO

O mundo está no centro de uma transição do processo demográfico única e irreversível que irá resultar em aumento da população de idosos em todos os locais, conforme envelhecemos começamos a ter uma pequena perda das funções motoras, e como consequência isso pode ocasionar quedas que levam a uma série de fatores diretos e indiretos no bem-estar de um idoso. Devido a recuperação de uma pessoa idosa ser mais lenta, os gastos econômicos e principalmente o sofrimento, em decorrência de queda pode causar um estilo de vida com grandes incapacidades, com limitações, desgastes da pessoa idosa e também do familiar e cuidador.

De acordo com o relatório Envelhecimento da População no Mundo, Organizações das Nações Unidas (ONU), (2009) o número global de pessoas idosas – com 60 ou mais anos de idade – está projetado para aumentar de 962 milhões em 2017 para 1,4 bilhão em 2030 e 2,1 bilhões em 2050, quando todas as regiões do mundo, exceto a África, terão quase um quarto ou mais de suas populações com 60 anos de idade ou mais. Em 2100, o número de pessoas idosas pode alcançar 3,1 bilhões.

A população com 60 anos ou mais está crescendo a uma taxa de cerca de 3% por ano (TABATA, 2005). Mundialmente, a população com 60 anos ou mais está crescendo mais rápido que todos os grupos etários mais jovens. Atualmente, a Europa tem a maior porcentagem de população com 60 anos ou mais (25%) (SZETO et al., 2017).

Outro dado importante é que o número de pessoas com 80 anos ou mais deverá triplicar em 2050, de 137 milhões em 2017

para 425 milhões em 2050. Até 2100, deverá aumentar para 909 milhões, quase sete vezes seu valor em relação ao ano 2017.

Independentemente da idade, todas as pessoas correm o risco de cair. Mas, para a pessoa idosa, uma queda pode representar grande risco, levando inclusive a limitações funcionais e motoras que antes não existiam podendo gerar um grande custo financeiro (BRASIL, 2017).

Devido a esse aumento na população idosa, COSTA et al. (2019), ressaltam que há de se considerar no atendimento à saúde da pessoa idosa a avaliação do risco para quedas, entretanto, a atenção a este risco deve ocorrer também no seu domicílio. Neste sentido, quando este idoso se encontra abrigado em uma instituição de cuidado de longa permanência para idosos a avaliação do risco de queda torna-se necessário a segurança na assistência.

De acordo com Lopes e Cardoso (2014), as fraturas geradas por quedas em idosos levam um tempo maior de recuperação, e nem sempre ocorre a recuperação total da capacidade funcional, podendo deixar de realizar diversos movimentos.

Com base na vivência de nove anos de atuação na área de técnico em enfermagem numa instituição de longa permanência, onde vivencio situações diversas relacionadas a quedas de idosos, seja ela no leito, ao deambular ou da cadeira de rodas, pude notar a importância do estudo, o impacto econômico e social, seja para as instituições quanto para os idosos e seus familiares.

Sendo assim, considerando a vulnerabilidade física em decorrência do processo de envelhecimento, o risco de complicações da imobilidade para o idoso diante de uma fratura após queda, que nas instituições de longa permanência para idosos a estrutura física, os mobiliários e a assistência devem reduzir o risco de queda dos

seus hóspedes, a avaliação do risco de queda é a ação inicial para o planejamento da assistência e implementação de intervenções que possibilite diminuir a incidência de quedas nessa população.

Neste sentido, esta pesquisa teve como objetivos identificar os fatores incidentes na avaliação do risco de quedas em idosos abrigados em instituições de longa permanência e verificar as intervenções de enfermagem para a redução dos riscos de quedas dos idosos assistidos.

1.1. Risco de quedas em idosos abrigados em instituições de longa permanência (ILPIs)

Embora não haja um consenso sobre o termo ILPI no Brasil, pode-se dizer que sua origem está inicialmente ligada a instituições filantrópicas voltadas ao atendimento de pessoas carentes e sem abrigo, como asilos. Essas instituições, antes pertencentes majoritariamente à rede de assistência social, com o envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida de pessoas com redução de capacidades físicas e cognitivas, hoje integram também a rede de assistência à saúde. Sendo assim, essas instituições passam agora a oferecer não apenas assistência social, mas também serviços de cuidado com a saúde. Por este motivo, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sugere a adoção do termo: “Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). ILPIs são comumente associadas à estabelecimentos voltados à clínica ou à terapêutica, embora os residentes recebam além de condições de moradia, serviços médicos e medicamentos (CAMARANO; KANSO, 2010).

A institucionalização de idosos em ILPI pode contribuir como um fator que aumenta o risco de quedas, devido à mudança do ambiente família para a instituição. A mudança de ambiente pode levar a alterações psicológicas, cognitivas e funcionais que geralmente estão associadas ao isolamento e falta de atividades físicas (DIAS, 2018).

Devido à alta incidência, às complicações e altos custos assistências, a queda de idosos é considerada uma importante causa de morbimortalidade nesta faixa etária da população, sendo um dos principais problemas clínicos e de saúde pública. Além disso, pesquisas mostram que as quedas são mais frequentes em mulheres idosas, que apresentam disfunções nutricionais, quatro ou mais comorbidades e depressão (NETO et al. 2017).

A queda no idoso pode trazer complicações que colocam em risco sua vida, com longo período de recuperação e reabilitação. A existência de fatores intrínsecos (alterações fisiológicas) e extrínsecos (relacionados ao ambiente em que o idoso está inserido) pode aumentar o risco de quedas.

No Brasil, há um crescente aumento na população de idoso, as instituições nem sempre estão adaptadas a receber esse idoso, é onde que as quedas mais acometem essa população, e de acordo com pesquisa a maior ocorrência de quedas são em pessoas do sexo feminino, e com idade de 80 anos ou mais.

Podemos perceber que com a temática em questão, trabalham na perspectiva de traçar o perfil dos idosos residentes em ILP (Instituição de Longa Permanência) e de investigar quais os fatores estão associados aos possíveis comprometimentos na condição de saúde desses indivíduos. Todavia o risco de queda foi citado em todos os estudos como uma das principais causas de incapacidade funcional.

O estudo de Reis (2015), desenvolvido em uma instituição de longa permanência do Distrito Federal, evidenciou alta vulnerabilidade da população idosa do local. Após seis meses de avaliação, identificaram que 41% dos 271 idosos avaliados, sofreram queda. Dos idosos que sofreram queda, a grande maioria tinha algum tipo de comorbidade, como: presença de acidente vascular encefálico, problemas nos pés, marcha e doenças crônicas. Sendo assim, a queda de idosos tem forte relação com problemas relacionados a atividades de vida diária (53%), principalmente mobilidade física prejudicada (81,2%) e comprometimento da cognição (87,2%). Portanto, essas condições portanto, ratificam vários estudos onde o idoso, caracterizado pela dependência funcional, insuficiência familiar, incontinência, polifarmácia, declínio cognitivo, de humor e nutricional, mostrando que essas condições são prevalentes nas instituições de longa permanência.

Os comprometimentos visuais quando associados a pouca iluminação ambiental e a inadequada infraestrutura das instituições asilares, podem predispor a escorregões e derrapadas em áreas com desníveis. Outros fatores que podem justificar esta diferença são a maior perda de massa óssea por causa da redução do estrógeno a partir dos 40 anos de idade, contribuindo para deteriorar o estado funcional e as doenças crônicas. (BAIXINHO; DIXE, 2014).

O que se pode notar é que as quedas em idosos tem relação com vários fatores intrínsecos e extrínsecos, e que as instituições muitas vezes não têm estrutura capaz de abrigar esse idoso, ou até mesmo por descuido dos colaboradores da instituição, tanto está relacionado a fragilidade do mesmo como Fhon et al. (2013) disse em seu artigo. Mais da metade (55,9%) referiu apresentar alteração do equilíbrio como fator de risco intrínseco causador das quedas. Quanto aos fatores extrínsecos, 57,6% referiram como principais os pisos irregulares, escorregadios e os desníveis.

Para Fernandes et al. (2019), a marcha e o equilíbrio prejudicados, a baixa acuidade visual, o uso de múltiplas medicações, a presença de múltiplas comorbidades, além de fatores externos de inadequação de infraestrutura, como leitos altos, sem grades de proteção, ambiente sem iluminação adequada, calçados inapropriados e pisos escorregadios, contribuem para o índice aumentado de quedas. Soma-se, ainda, que os idosos institucionalizados, devido à perda das relações familiares e ao desenvolvimento de níveis de dependência, perpetuam e agravam o ciclo envelhecimento, com menor capacidade funcional e maior sedentarismo, pela inatividade e o isolamento social. Informam-se que todos esses fatores associados acrescentam, ao idoso, maior propensão de queda com agravo pela fratura do quadril.

Concernente à frequência da ocorrência de quedas, o resultado divergiu de outros estudos nacionais em que prevaleceram idosos que caíram apenas uma vez. É importante destacar que as quedas recorrentes expressam, principalmente, a presença de fatores de risco intrínsecos, que são aqueles relacionados ao próprio indivíduo, às alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, ao aparecimento de doenças e aos efeitos colaterais dos medicamentos. Estas circunstâncias reforçam os achados desta pesquisa em relação aos fatores associados às quedas (NASCIMENTO et al. 2016).

Alguns fatores intrínsecos observados na pesquisa foram eles: Marcha e equilíbrio prejudicado, baixa acuidade visual, uso de múltiplas medicações, problemas nos pés, presença de múltiplas comorbidades, fraqueza muscular, perda de massa óssea, dificuldade para caminhar, alteração no equilíbrio; já nos fatores extrínsecos encontramos: inadequação de infraestrutura, leitos altos e sem grade de proteção, iluminação inadequada, calçados inapropriados, pisos escorregadios, e irregulares, tapetes soltos, objetos no chão, e cadeiras altas, foram os fatores que mais apareceram na pesquisa.

As intervenções para diminuir os riscos de quedas em idosos, são a avaliação multidisciplinar da equipe de enfermagem, melhorar a estrutura física do ambiente, com a colocação de barras de segurança nos corredores, nos banheiros, ter rampas de acesso, e evitar algum desnível no piso, melhoria na iluminação, camas mais baixas, e com grades para aqueles idosos que necessita de maiores cuidados, camas e cadeiras adaptadas individualmente para cada idoso, sapatos adequados aos pés, e aos funcionários evitar deixar o piso molhado, ou algum objeto que possa interferir na passagem do idoso, melhorar a forma de registro sobre os episódios de quedas, para que consiga uma melhor avaliação do problema, realizar exercícios de fortalecimento muscular e se necessário auxiliar a locomoção do idoso, e se necessário usar um auxiliar para a marcha (um andador, uma bengala ou muleta).

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial e que nesta população o risco de sofrer quedas é maior. Devido a isso, ações que objetivem reduzir este risco precisam ser adotadas na assistência à saúde e melhoria na qualidade de vida desta população.

Dentre os fatores intrínsecos mais evidentes nas pesquisas foram: marcha e equilíbrio prejudicado, baixa acuidade visual, polifarmácia, presença de múltiplas comorbidades, efeitos colaterais das medicações, fraqueza muscular, dificuldade para caminhar, perda de massa óssea, problemas nos pés, já os fatores extrínsecos são eles: estrutura física inadequada, iluminação insuficiente, leitos altos e sem grade de proteção, calçados inapropriados, pisos escorregadios e irregulares, tapetes soltos, objetos no chão e cadeiras altas.

Quanto as intervenções que pode ser desenvolvido nas instituições vão de melhorias na estrutura física como também na assistência da enfermagem. Destacam nestas intervenções a colocação de grades de proteção nas camas, barras de apoio nos corredores e banheiros, a iluminação adequada ao local, evitar pisos com desníveis e escorregadios, já na assistência auxiliar o idoso que necessite de um andador ou bengala, realizar avaliação de risco, sobre os fatores envolvidos a queda de idosos, avaliar a capacidade funcional para as atividades diárias, identificar suas dificuldades, melhorar a forma de registro sobre os episódios de queda, para uma melhor avaliação do problema, realizar avaliação da marcha do idoso, proporcionar o uso calçados confortáveis e adaptáveis aos problemas de cada idoso.

Contudo considera-se a diminuição do risco de quedas para o idoso institucionalizado requer ações relacionadas a assistência individualizada e melhorias na estrutura física de acordo com legislação de estrutura física vigente.

3. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde (2017). **Quedas de idosos**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/dicas-em-saude/2108-quebras-de-idosos> Acesso: 02 de jun. de 2020.

BAIXINHO, C.L.; DOS ANJOS DIXE, MARIA. Monitoramento de episódios de quedas em Instituição para Idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, 2014.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista brasileira de estudos de população**, v. 27, n. 1, p. 232-235, 2010.

DIAS, M. J. M. C. O papel das instituições de longa permanência para idosos. **Rev. Carioca Geriatria**. Disponível em: <https://www.grupoacasa.com.br/ilpi/>. Acesso em: 03 de nov 2020.

FERNANDES, B.K.C.; SOARES, A.G.; MELO, B.C.; LIMA, W.C.; BORGES, C.L.; LOPES, V.M.; FREITAS, M.C. Diagnósticos de enfermagem para idosos frágeis institucionalizados. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 13, n. 4, 2019.

FHON, J. R. S.; ROSSET, I.; FREITAS, C. P.; SILVA, A. O.; SANTOS, J.L.F.; RODRIGUES, R.A.P. Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 266-273, 2013.

LOPES, M. M. C. O.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Avaliação do desenvolvimento neuromotor da criança por meio do Harris Infant Neuromotor Test. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 4, p. 586-593, 2014.

NASCIMENTO, J.S.; TAVARES, D.M.S. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2016.

ARAÚJO NETO, A. H. D.; PATRÍCIO, A. C. F. D. A.; FERREIRA, M. A. M.; RODRIGUES, B. F. L.; SANTOS, T. D. D. B.; SILVA, R. A. R. D. Quedas em idosos institucionalizados: riscos, consequências e antecedentes. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 719-725, 2017.

OMS - Organização Mundial da Saúde. 1946. **Constituição**. Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en. Acesso em: 10 jun. 2020.

REIS, J. **Coorte de idosos institucionalizados: fatores de risco para queda a partir do diagnóstico de enfermagem.**

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692015000601130&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 23 de out. de 2020.

SILVA, A. C. A. P. Conhecimento, cidadania e direito do idoso: relatos pós-Lei n.10.741/2003. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 11, n. 1, p. 45-55, 2008.

SILVA, M. Manual Quedas. Disponível em: https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31804/1/2015_escala%20de%20quedas%20de%20morse_manual.pdf Acesso: 03 de jun. de 2020.

SILVA, N.; BORGES, M. Perfil epidemiológico das mulheres idosas que apresentaram quedas na área de abrangência de uma superintendência regional de saúde. **Revista enfermagem integrada**, v. 7, n.1, p.1220-1230, 2014.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SZETO, W.Y.; LINCHUAN-YUANG, R.C.P.; WONG, Y.C.; LI, S.C. Spatio-temporal travel characteristics of the elderly in an ageing society. **Travel Behaviour and Society**, v. 9, p. 10-20, 2017.

TABATA, K. Population aging, the costs of health care for the elderly and growth. **Journal of Macroeconomics**, v. 27, n. 3, p. 472-493, 2005.

TAVARES, A.S. **Acessibilidade em instituição para idosos—a ergonomia do ambiente construído sob a luz do método do espectro de acessibilidade.** 2014. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

CAPÍTULO 7

INFLUÊNCIA DO MÉTODO MÃE-CANGURU NO PROGNÓSTICO DE SAÚDE DO NEONATO PREMATURO E/OU BAIXO PESO

Amanda Elisia da Silveira Souza
Daniela Oliveira Rodrigues Flores
Juliana Rocha Reis
Jaqueline Carrara Folly Valente

1. INTRODUÇÃO

Segundo dados encontrados pelo UNICEF (Fundo das Nações Unidas para Infância) no ano de 2016, acerca do índice de recém-nascidos pré-termo foi detectado que este vem crescendo ao longo dos anos, onde no referido ano, foi evidenciado que, aproximadamente 15 milhões de recém-nascidos foram prematuros, nesse mesmo ano, no Brasil a incidência de óbitos infantis ocorridos no período neonatal foram 70%, e com isso foi avaliada como a segunda causa de mortalidade. Com o objetivo de humanizar e qualificar os cuidados neonatais, no Brasil, foi implantado desde o ano de 1999 o Método Mãe-Canguru (MMC), sendo este, considerado uma política pública de saúde (LOPES; SANTOS; CARVALHO, 2019).

Ferreira et al. (2019) relataram que o MMC foi desenvolvido em 1979, pelos pediatras Reys Sanabria e Hector Martinez, na cidade de Bogotá, Colômbia, devido à falta de um local para o atendimento dos neonatos. Trata-se de um método que proporciona assistência neonatal, por meio do contato pele a pele entre a mãe e o filho pré-termo de baixo peso, ou seja, com menos de 37 semanas gestacionais e menos de 2,500gr, possibilitando, dessa forma, maior interação dos familiares nos cuidados ao seu filho durante o período de internação e após a alta hospitalar.

Reichert et al. (2021) completam a fala de Ferreira et al.; (2019) elucidando que essa prática é realizada em três fases, sendo que a primeira tem início no pré-natal, em que a gestante passa pelo parto, e se prolonga até a internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); na segunda fase, é

caracterizada pela mãe acompanhando o filho na UTIN; a terceira fase compõe-se na alta hospitalar da criança, dando prosseguimento do método no ambiente domiciliar e na Unidade Básica de Saúde (UBS), conservando uma conexão com o hospital de nascimento até que o peso ideal para a faixa etária seja atingido.

Ainda segundo os autores e Nunes et al. (2017), o MMMC permite alcançar benefícios, tais como: menor risco de mortalidade, estabilidade fisiológica, psicoafetiva e neurocomportamental, ganho de peso adequado, o desenvolvimento motor e cognitivo, fortalecimento da interação da díade mãe-filho, melhora nos estados de humor materno e aumento da manutenção do aleitamento materno; a redução dos níveis de infecção e de reinternações.

Um bom prognóstico do neonato de baixo peso é uma evolução almejada pelos profissionais de uma UTIN, sendo assim uma intervenção que proporciona o alcance dessa melhora é o MMC. Pois de acordo Aires et al., (2020), esse método tem como objetivo, além da humanização da assistência, diminuir o risco de infecção grave e o índice de mortalidade na alta, além disso, ele modifica padrão na atenção perinatal, compreendendo cuidados com o ambiente para a proteção e desenvolvimento do cérebro prematuro.

Portanto, o MMC tem sua relevância significativa devido aos seus benefícios, e o cuidado da mãe e da família mostra-se extremamente necessário ao crescimento e desenvolvimento do neonato prematuro. Diante do exposto, a temática proposta almeja elucidar a influência do Método Mãe-Canguru, desenvolvido na UTIN, como fator influenciador em um melhor prognóstico de saúde para os recém-nascidos com baixo peso.

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um local composto por equipamentos tecnológicos que admite neonatos em situações de saúde instáveis e críticas e que necessitam de cuidados especializados pela equipe de saúde (SANTOS et al.; 2019).

Corroborando com Santos et al. (2019), Pontes et al.(2020) enfatizam que a unidade supracitada tem como intuito atender e cuidar de recém-nascidos que se encontram em risco iminente de vida; e com o passar dos anos as tecnologias vão se avançando e tornando-se mais potentes, e assim, tem conseguido salvar e prolongar a vida desses pacientes, apesar de tais avanços, a equipe multidisciplinar é imprescindível nesse ambiente para a efetuação dos cuidados. O resultado do cuidado depende de cada um em particular, além de que esses resultados vêm com o tempo.

Além de excelentes tecnologias, a unidade conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos intensivistas neonatais, que são responsáveis pela assistência médica durante e a permanência do paciente na UTI, as enfermeiras são responsáveis pela avaliação e elaboração de um plano de cuidados, além disso tem os técnicos de enfermagem, auxiliar de higiene, fisioterapeutas e nutricionistas (BEZERRA; CANDENGUES; INDI, 2018).

Nas UTIN os pacientes são submetidos a diversas técnicas e processos dolorosos, que engloba altos ruídos, excesso de luz, manipulação corriqueira, além da recorrência de procedimentos indispensáveis, resultando na desordem fisiológica, em que a energia desses neonatos que seriam utilizadas para o crescimento e desenvolvimento passam a ser usadas para estabiliza-los

cl clinicamente e hemodinamicamente (BARROS; LUIZ; MATHIAS, 2019).

Apesar de toda terapia invasiva, a unidade tem seu lado humanizado de atendimento, e surge estando relacionada a maneiras de dar atenção, respeitando as distinções de cada um, e sobretudo propiciando uma assistência integral ao bebê e família. O MMC, é um exemplo de humanização nesse ambiente, pois é uma terapia de cuidado e atenção que tem a prioridade de proporcionar o contato prolongado pele a pele entre a mãe e seu bebê (SILVA, GARCIA; GUARIGLIA, 2013).

1.1. Prematuridade e baixo peso

Victora et al.(2020) relatam que as etiologias para a ocorrência do nascimento prematuro englobam uma gama de fatores como: à idade da mãe, gravidez na adolescência ou acima dos 35 anos, gestações múltiplas, cesarianas eletivas, indução do parto, doenças crônicas gestacionais, infecções e condições socioeconômicas e nutricionais; e ao feto, como doenças genéticas.

Assim sendo, Sousa et al.(2017) classificam a prematuridade em três divisões: leve, quando o bebê nasce na 32^a e 36^a semanas de gestação, moderada quando é na 28^a e 31^a semanas de gestação e severa quando há o nascimento antes da 28^a semana gestacional. Quanto mais severa a prematuridade, mais altas são as taxas de mortalidade e morbidade, dessa maneira maior são as chances dessa criança pré-termo manifestar implicações que poderão ao decorrer de seu desenvolvimento apresentar-se como a imaturidade dos sistemas vitais e dos órgãos dessas crianças, o que os tornam frágeis, desprotegidos e mais susceptíveis ao surgimento de

complicações na sua saúde. No ano de 2010, as sequelas advindas da prematuridade foram responsáveis por 14% da mortalidade de menores de cinco anos.

Belfort et al. (2018) esclarecem que a definição de baixo peso ao nascer, é apresentada como todo recém-nascido vivo com peso inferior a 2,500 gramas, sendo esta uma das causas de mortalidade e morbidade fetal e neonatal, além de fator para o déficit no desenvolvimento cognitivo. Os neonatos de muito baixo peso ao nascer são bebês com peso abaixo de 1.500 gramas ao nascimento, são bebês que compõem um grupo de alto índice de morbimortalidade (VICTORA et al; 2020).

1.2. Prognóstico dos recém nascidos pré-termos de baixo peso

Hoje em dia, no Brasil, os neonatos com baixo peso no nascimento perfazem mais da metade dos óbitos neonatais, principalmente os que apresentam extremo baixo peso. Apesar das evidências científicas, esta indica uma elevada prevalência dos óbitos em bebês de baixo peso, ou com extremo baixo peso, há uma possível tendência de diminuir essa realidade nos últimos tempos, devido a melhoria da qualidade no cuidado associado ao uso de corticoides e surfactante nas unidades neonatais e melhoria na qualidade de vida (GAÍVA et al; 2020).

Sacramento et al. (2019) enfatizam que o tempo de permanência na unidade está relacionada ao risco dos recém-nascidos de baixo peso em manifestar complicações, pois são submetidos a procedimentos invasivos e um tempo prolongado de internação no local até adquirir peso e condição de saúde necessária para receberem alta. É sabido que aproximadamente 25% dos

neonatos de baixo peso evoluem com sepse até o terceiro dia de vida, a pele desses recém nascidos é a porta de entrada para essa complicação. Em alguns países, a sepse acontece em 30% a 60% dos nascidos pré-termo, e o percentual de óbito varia de 40% a 70%, sendo a septicemia como etiologia principal no mundo.

Para uma melhora do prognóstico desses recém nascidos, tem sido implementado o método canguru nas unidades, visto que a posição utilizada fornece a organização neurofisiológica, contribuindo para desenvolvimento e estímulos sensoriais e motores. Com isso, o neonato receberá estimulações táteis correspondentes à sua idade, isso resultará em maturação cerebral, e assim esse recém-nascido vai evoluir com comportamentos de alerta, e assim passará a interagir melhor com o local e com as pessoas, respondendo bem a estímulos sonoros e visuais (SANTOS et al; 2019).

1.3. Benefícios do Método Mãe-Canguru

O Método Mãe-Canguru é uma terapia auxiliar que desenvolveu-se inicialmente na Colômbia, no ano de 1979, como sugestão de progresso da condição de vida e redução da mortalidade dos bebês prematuros. A falta de recursos materiais apropriados para a técnica, os pediatras orientavam a posicionarem os neonatos sobre o tórax da mãe, movidos no método das fêmeas de marsupiais que carregam os filhotes junto ao corpo até seu amadurecimento fisiológico (LOPES; SANTOS; CARVALHO, 2019).

O MMC foi inserido no Brasil nos anos 90, com o intuito de reduzir a mortalidade neonatal, proporcionando benefícios para o recém-nascido e os pais (SILVA; GARCIA; GUARIGLIA, 2013).

O método destaca-se por proporcionar cuidado humanizado que resulta em uma série de atos de amparo aos recém-nascidos, sem comprometer a saúde e seu desenvolvimento; este tem proporcionado benefícios apreciáveis quando aplicada em bebês prematuros (SOUZA et al, 2018).

Essa terapia promove maior vínculo afetivo e estabilidade térmica, colabora para diminuir o risco de infecção hospitalar, reduz o estresse e a dor do bebê, eleva os percentuais de aleitamento materno e evolui com melhora o desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo, fornecendo um relacionamento melhor da família com a equipe da unidade, diminui as reinternações e coopera para a otimização dos leitos e dos cuidados (FERREIRA et al. 2019).

De acordo com Tenório et al. (2010), existem componentes fisiológicos do corpo que funcionam como isolante térmico para as partes internos do corpo, a gordura é principalmente essencial nesse quesito por administrar o calor com maior

velocidade, com isso, sabemos que o prematuro de baixo peso tem uma enorme desvantagem neste aspecto. Contudo, essa intervenção proporciona o contato pele a pele entre mãe e filho, o que evita a perda de calor corporal, a mãe faz o papel de isolante térmico ao seu recém-nascido, permitindo assim a homeostasia, que é acertada pelo balanço entre a termogênese, processo metabólico durante o qual o corpo queima calorias para produzir calor, e a termólise, além de conservação ou acréscimo de calor durante essa prática. Os efeitos no corpo e na regulação térmica ocasionada pela posição canguru, levam a normalização da temperatura e aumento da saturação de oxigênio.

O que corrobora com os achados de Olmedo et al. (2012) para as autoras, o Método Mãe-Canguru pode ter proporcionado maior estabilização aos dados vitais e fisiologia de recém-nascidos

prematturos devido contato pele a pele com a mãe e maior vínculo materno, já em relação a variável saturação de oxigênio, as autoras não observaram uma diferença significativa no período de avaliação de seu estudo, porém, quando avaliado os valores da saturação de oxigênio nos momentos antes e após a realização do método, os resultados foram estatisticamente significativos.

Já a frequência cardíaca não apresentou resultados expressivos no estudo de Tenório et al., (2010) enquanto a pressão arterial média foi observado uma diminuição importante, que se manteve dentro dos padrões de normalidade de acordo com a idade gestacional. No estudo de Olmedo et al. (2012) a frequência cardíaca houve uma diminuição quando comparado o antes e após a aplicação do método.

Devido à instabilidade dos prematturos, que chegaram antes do tempo certo, apresentando sistemas do corpo imaturos, o sentimento materno é de medo e de ansiedade para um bom prognóstico do seu filho, isso designa um quadro muito comum entre as mães de neonatos pré-termo, que é a depressão.

A depressão e/ou ansiedade, poderiam sujeitar os recém-nascidos a maior risco para alteração na resposta à dor e ao estresse. Segundo Castral et al. (2012), a posição Canguru pode ter minimizado a implicação negativa da depressão e ansiedade na resposta e regulação do neonato, diminuindo o quadro algico. O índice representativo de depressão pós-parto em mães que realizaram o Método Mãe Canguru durante o período de internação do recém-nascido, caiu significativamente do momento da admissão, para o momento da alta hospitalar. Olmedo et al. (2012) citam o Método Mãe-Canguru como uma intervenção de escolha no tratamento da dor de neonatos prematturos, por ser um método de baixo custo e não medicamentoso.

Visto que a UTIN é um ambiente hospitalar que remete aos neonatos muitos procedimentos invasivos e dolorosos, muitos profissionais do ambiente têm tentado trazer condutas acolhedoras, além disso tem se preocupado em aproximar a família do paciente, promovendo assim um cuidado de caráter humano com esses bebês.

Segundo Abreu; Duarte e Dittz (2020) realizar o posicionamento Canguru propicia-se um vínculo entre mãe e filho, que teve início no ventre materno e foi descontinuada pelo parto prematuro. Além disso, o método exerce sua função quanto à humanização do cuidado e beneficia a aproximação entre mãe e filho. Nesse ínterim, Souza et al. (2014) destacam que as mães consideram que o método representa uma oportunidade de adquirir conhecimento em relação ao cuidado com seu filho e que o vínculo afetivo é relevante e proporciona a recuperação do bebê.

De acordo com Farias et al. (2017) a incitação ao comparecimento materno na unidade proporciona mais chances para a posição Canguru, assim como todos os melhoramentos advindos deste contato, como o vínculo e a introdução do aleitamento materno, desde que a equipe multiprofissional responsável apoie a realização do método. Em seu estudo o posicionamento Canguru foi conexo ao maior oferecimento de leite em livre demanda na amostra de recém-nascidos pré-termo, mas não houve agregação com o aleitamento materno exclusivo.

Já no estudo de Almeida et al. (2010) verificou-se, maior frequência de aleitamento materno exclusivo nos neonatos em que as mães participaram do Método Mãe-Canguru, o autor explica que a preconização da presença da mãe junto ao bebê, e o contato pele a pele, mostrou ser fundamental para esse desfecho.

Para que o comparecimento materno aconteça, e assim os

benefícios dessa aproximação ocorra, é preciso que a equipe de enfermagem se mobilize a intervir para a execução do método com a presença da mãe seguindo as orientações necessárias, com isso, será realizado da melhor maneira possível.

Souza et al. (2014) relatam acerca da importância desses profissionais de enfermagem para o sucesso do Método Mãe-Canguru, do cuidado humanizado e da evolução dos neonatos participantes da intervenção. É necessário que a enfermagem tenha atitude profissional de cuidador e acolhedor, trazendo e incluindo os familiares ao método, sendo preciso ter conhecimento, compreensão e saber proporcionar a assistência precisa, facilitando a participação dos familiares.

Sales et al. (2018) salientam que a conscientização das mães por meio de orientações dos profissionais é de grande valor, uma vez que amplia-se a compreensão a respeito do método. Souza et al., (2019) destacam que o reconhecimento do profissional sobre a melhora e a evolução do quadro clínico do recém-nascido colocado na posição Canguru contribui para que a prática do método continue sendo adotada na unidade, além de garantir que o trabalho humanizado seja realizado.

Com isso, é extremamente importante que os profissionais se mobilizem a ajudar e contribuir durante a prática, para que assim tenha a introdução e amparo da intervenção MMC nas UTIN.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos revisados apresentaram uma variabilidade metodológica, porém todos enfatizam a eficácia do Método Mãe-Canguru e a importância em sua execução para o sucesso e obtenção

de seus benefícios aos neonatos prematuros de baixo peso. Resultando em redução de estresse e dor, regulação de temperatura que é um dado vital muito importante para evitar mortalidade desses recém-nascidos, além de proporcionar o aleitamento materno e a aproximação entre mãe e filho, visto que, é um importante aspecto para uma boa evolução e sendo assim, um bom prognóstico desses prematuros durante a intervenção do Método Mãe-Canguru.

O presente estudo evidenciou também, o quão relevante e importante é o conhecimento e o reconhecimento dos profissionais multiprofissionais acerca do Método, sendo preciso ter conhecimento, compreensão e saber proporcionar a assistência precisa, isso é necessário para que haja implantação e adoção da intervenção posicionamento Canguru nas Unidades de Terapia Intensiva, fora que esses profissionais são essenciais para a inserção dos familiares e aproximação mãe e filho.

Pode-se concluir, também, que o Método Mãe-Canguru cumpre sua função em proporcionar um atendimento humanizado aos recém-nascidos em uma unidade, o que é um fator de extrema importância, pois esses neonatos são remetidos a tantos procedimentos invasivos e dolorosos que um pouco de humanização é de extrema relevância.

O Método Mãe-Canguru é uma intervenção capaz de alcançar benefícios, levando a um bom prognóstico do neonato de baixo peso. Proporcionando a esses recém-nascidos uma aproximação materna e psicoafetiva, diminuição da dor, estabilidade da temperatura corporal, melhora na frequência respiratória além da saturação de oxigênio, melhoria nos estados de humor materno e aumento da manutenção do aleitamento materno, conforme demonstrado nos resultados desta revisão.

Espera-se com este estudo o reconhecimento de que o

método é muito importante para a melhora do quadro clínico dos recém-nascidos submetidos ao método, além de ser importante para aproximação mãe e filho.

3. REFERÊNCIAS

ABREU, MQS; DUARTE, ED; DITZ, ES. Construção do apego entre o binômio mãe e bebê pré-termo mediado pelo posicionamento canguru. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 2020.

AIRES, LCP; KOCH, C; DOS SANTOS, EKA; COSTA, R; MENDES, JS; DE MEDEIROS, GMS. Método canguru: estudo documental de teses e dissertações da enfermagem brasileira (2000-2017). *Rev. Bras. Enferm, Brasília*, v. 73, n. 2, 2020.

ALMEIDA, H; VENANCIO, SI; SANCHES MTC; ONUKI D. Impacto do método canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. **Jornal de Pediatria**, v. 86, p. 250-253, 2010.

BARROS, MMA; LUIZ, BVS; MATHIAS, CV; A dor como quinto sinal vital: práticas e desafios do enfermeiro em uma unidade de terapia. *BrJP, São Paulo*, v. 2, n. 3, p. 232-236, Sept. 2019 .

BELFORT, GP; SANTOS, MMAS; PESSOA, LS; DIAS, JR; HEIDELMANN; SP; SAUNDERS, C; Determinantes do baixo peso ao nascer em filhos de adolescentes: uma análise hierarquizada. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 8, 2018.

BEZERRA, RM; CANDENGUES, DJB; INDI, MCS; Internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão da literatura. *Repositório Institucional AEE*. Anapólis, Jun-2018.

CASTRAL, T. C; WARNOCK, F. F; RIBEIRO, L. M; VASCONCELOS, M. G. L. D; LEITE, A. M; SCOCHI, C. G. S; Fatores maternos influenciam a resposta à dor e ao estresse do neonato em posição canguru. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, p. 435-443, 2012.

DE OLIVEIRA MENEZES, DD; DOS SANTOS, DV; MORAIS, AC. Vivência dos pais nas etapas hospitalares do método canguru: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 55, p. e 3731-e3731, 2020.

FARIAS, SR, DIAS, FDSB, DA SILVA, JB, CELLERE, ALDLR, BERALDO, L, CARMONA, EV. Posição canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso: estudo descritivo. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 2017.

FERREIRA, D. O; SILVA, M. P. C; GALON, T; GOULART, B. F; AMARAL, J. B; CONTIM, D. Método canguru: percepções sobre o conhecimento, potencialidades e barreiras entre enfermeiras. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, e20190100, 2019.

GAÍVA, M. A. M; LOPES, F. S. P; MUFATO, F. L; FERREIRA, S. M. B; Fatores associados à mortalidade neonatal em recém-nascidos de baixo peso ao nascer. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 11, p. e4831, 27 nov. 2020.

LOPES, T. R. G; SANTOS, V. E. P; CARVALHO, J. B. L. A presença do pai no método canguru. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, e20180370, 2019.

UNES, CRN; CAMPOS, LG; LUCENA, AM; PEREIRA, JM; DA COSTA, PR; DE LIMA, FAF; AZEVEDO, VMGO. RELAÇÃO DA DURAÇÃO DA POSIÇÃO CANGURU E INTERAÇÃO MÃE-FILHO PRÉ-TERMO NA ALTA HOSPITALAR. **Rev. Paul. Pediatr.** São Paulo, v. 35, n. 2, p. 136-143, June 2017.

PONTES, KAES; OLIVEIRA, SS; GOMES, L; ROTENBERG, L; O olhar da equipe de enfermagem sobre o trabalho em uma unidade neonatal: uma intervenção com foco na atividade. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo , v. 45, e12, 2020 .

OLMEDO, M. D; GABAS, G. S; MEREY, L. S. F; SOUZA, L. S; MULLER, K. T. C; SANTOS, M. L. M; MARQUES, C. F. Respostas fisiológicas de recém-nascidos pré-termo submetidos ao Método Mãe-Canguru e a posição prona. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 19, p. 115-121, 2012.

REICHERT, A. P. S; SOARES, A. R; BEZERRA, I. C. S; GUEDES, A. T. A; PEDROSA, R. K. B; VIEIRA, D. S. Terceira etapa do método canguru: experiência de mães e profissionais da atenção primária. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, e20200077, 2021.

SANTOS, A. S; RODRIGUES, L. N; SANTOS, M. S. N; SOUSA, G. J. B; VIANA, M. C. A; CHAVES, E. M. C; Papel materno durante a hospitalização do filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 28, e20180394, 2019 .

SALES, I. M. M, SANTOS, J. D. M, ROCHA, S. S. D, GOUVEIA, M. T. D. O, CARVALHO, N. A. R. D. Contribuições da equipe enfermagem na segunda etapa do método canguru: implicações para a alta hospitalar do recém-nascido. **Escola Anna Nery**, v. 22, 2018.

SILVA, A. R. E; GARCIA, P. N; GUARIGLIA, D. A; Método canguru e os benefícios para o recém-nascido. **Revista Hórus**, v. 8, n. 2, p. 1-10, 2013.

SOUZA, D. S; SOUZA JÚNIOR, A. S; SANTOS, A. D. R; MELO, E. V; LIMA, S. O; SANTOS, M. A. A; REIS, F. P; Morbidade em recém-nascidos prematuros de extremo baixo peso em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife; v. 17, n. 1, p. 139-147, Mar. 2017 .

SOUZA, A. K.C. M; TAVARES, A.C. M; CARVALHO, D.G.L; DE ARAUJO, V. C. Ganho de peso em recém-nascidos submetidos ao contato pele a pele. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 53-60, Feb. 2018 .

SOUZA, J. R. D; RIBEIRO, L. M; VIEIRA, G. B; GUARDA, L. E. D. A; LEON, C. G. R. M. P. D; SCHARDOSIM, J. M. Método canguru na perspectiva dos profissionais de saúde de uma unidade de neonatologia. **Enferm. foco** (Brasília), p. 30-35, 2019.

SOUZA, L. P; DE SOUZA, E. V; GOMES, G. C. S; SOUTO, D. F; PEREIRA, L. B; PINHEIRO, M. Â. M; DE CÁSSIA, V. C. Método mãe-canguru: percepção da equipe de enfermagem na promoção à saúde do neonato. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 3, p. 374-380, 2014.

TENÓRIO, E. A. M; MOTA, G. C; GUTIERRES, S. B; FERREIRA, E. G. S; MEDEIROS, A. A; TAVARES, C. A. E; MEREY, S. L. F; PALHARES, D. B. Avaliação dos parâmetros fisiológicos em recém-nascidos pré-termos de baixo peso antes e após a aplicação do método mãe-canguru. **Fisioterapia Brasil**, v. 11, n. 1, p. 44-48, 2010.

VICTORA, J. D; SILVEIRA, M. F; TONIAL, C. T; VICTORA, C. G; BARROS, F. C; HORTA, B. L; SANTOS, I. S; BASSANI, D. G; GARCIA, P. C. R; SCHEEREN, M; FIORI, H. H; MATIJASEVICH, A; BARROS, A. J. D; BERTOLDI, A. D; WEHRMEISTER, F. C; GONÇALVES, H; MURRAY, J; RODRIGUES, L. T; ASSUMPCÃO, M. C; DOMINGUES, M. R; HALLAL, P. R. C; Prevalência, mortalidade e fatores de risco associados ao prematuro de muito baixo peso ao nascer: uma análise de 33 anos; **J. Pediatr. (R.J.)** , v. 96, n. 3, p. 327-332, 2020 .

CAPÍTULO 8

INVESTIGAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E OS ÍNDICES DE DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Silvia Xavier Gomes
Leonardo Santana Rocha
Renata Siqueira Faria
Juliana da Rocha Reis
Alessandra Santos de Paula

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a lei nº 10.741 de outubro de 2003 do estatuto do idoso, é considerada idosa, a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (BRASIL, 2013).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), descreve o envelhecimento sendo: [...] “Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A população idosa tende a crescer no Brasil nas próximas décadas, como aponta a Projeção da População, do IBGE, atualizada em 2018. Segundo a pesquisa, em 2043, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos, enquanto a proporção de jovens até 14 anos será de apenas 16,3% (IBGE, 2019).

As profundas mudanças demográficas que vem ocorrendo no Brasil, relacionadas com a redução do ritmo de crescimento da população, produto da acentuada queda da fecundidade e do aumento da longevidade, vem originando significativas alterações na estrutura etária da população (FLORES, 2015).

Para Semedo et al (2016), mudanças importantes na estrutura etária das populações levam a alterações de padrões de doença, caracterizando as transições demográficas e epidemiológicas, em contrapartida observa-se que as doenças próprias do envelhecimento (crônicas e múltiplas) ganham maior expressão.

Para Amaral et al. (2018), o envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural do ser humano que passa

por mudanças fisiológicas, afetando, na maioria dos casos, negativamente as capacidades físicas do corpo. Durante esse processo, há a possibilidade do surgimento de doenças crônicas, de início gradual e longa duração.

A população idosa apresenta maior vulnerabilidade para problemas de saúde e os transtornos do humor são frequentes entre estes indivíduos, com destaque para a depressão e os sintomas depressivos clinicamente significativos (PINHO; CUSTODIO; MAKDISSE, 2009).

A depressão é um transtorno de humor crônico, de natureza multifatorial, tendo como principais sintomas o sentimento de tristeza, perda de interesse em realizar atividade e desesperança, exercendo um forte impacto em qualquer faixa etária (FREIRE, et al, 2018).

Para Silva et al (2014), a depressão em idosos, apresenta características particulares e de ocorrência frequente. Por isso é mais que um período de tristeza, de pessimismo, de baixa autoestima ou abatimento por uma perda ou uma mudança drástica na vida, que aparecem com frequência e podem combinar-se entre si.

Diversas vezes, os sintomas de depressão são confundidos com o processo de envelhecimento natural. Sendo assim, a falta de preparo dos profissionais de saúde em identificar esses sintomas contribui para que a doença seja negligenciada, principalmente por ter seu diagnóstico de forma clínica (SOARES; SILVA; SANTOS; SILVA; 2017).

Paralelamente ao aumento da população idosa e da expectativa de vida, uma maior demanda de idosos sem abrigo tem sido observada e, como consequência, a demanda por instituições coletivas voltadas para o atendimento da população acima de 60 anos cresce proporcionalmente (REIS, et al, 2005).

Diante de algumas complicações, tais como a presença de doenças crônicas e limitações para atividades de vida diária, surge a necessidade de acompanhamento profissional, inclusive com encaminhamento para instituições de longa permanência para idosos (ILPI) (MICHEL et al 2012).

As ILPIs têm como objetivo garantir a atenção integral às pessoas com mais de 60 anos, defendendo a sua dignidade os seus direitos. São instituições que buscam prevenir a redução dos riscos aos quais ficam expostos os idosos que não contam com uma moradia (BORN, 2008).

A situação de institucionalização do idoso favorece as perdas em diversas perspectivas, tornando-os mais propensos a desenvolver um transtorno depressivo. Além disso, pode potencializar sintomas depressivos pré-existentes por fatores como a diminuição do contato e apoio familiar desencadeando situações de solidão, tristeza e isolamento (GUIMARÃES, 2019).

A longevidade é um fato dos tempos atuais que traz consigo a necessidade de adaptação frente às perdas que ocorrem ao longo da vida. O indivíduo é compelido a conviver com o desconhecido após longa trajetória de vida com aqueles com quem mantinha laços de amizade e consanguinidade (BENTES, et al, 2012).

Para Lima (2017), o cuidado de enfermagem ofertado ao paciente com depressão deve ser realizado de forma que o mesmo passe a conhecer o indivíduo em sua totalidade e assim, passe a oferecer cuidados de qualidade de maneira a conhecer e dar a devida importância aos seus anseios, buscando ouvir e entender a posição de cada paciente.

Nesse contexto, torna-se relevante o estudo sobre a qualidade de vida dos idosos institucionalizados e a sua relação com o aparecimento de sintomas depressivos, a fim de oferecer oportunidades para a melhoria do planejamento de uma assistência de qualidade em um tempo mais próximo da sua ocorrência.

Este trabalho tem como objetivo avaliar a qualidade de vida dos idosos moradores de Instituição de Longa Permanência e verificar os índices de depressão existentes.

2. METODOLOGIA

Este trabalho caracterizou-se como uma pesquisa de revisão integrativa, e foi desenvolvida por meio de pesquisa bibliográfica em bibliotecas eletrônicas, artigos científicos, dissertações de mestrado e teses de doutorado, buscando na literatura, o perfil dos idosos institucionalizados em casas de longa permanência, a prevalência de fatores associados aos sintomas depressivos e a qualidade de vida dos idosos com depressão.

Segundo Souza et al. (2010), a revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado.

Foram realizadas buscas nos principais sites para coleta de dados, como: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no Scientific Eletronic Library Online (*SciELO*),

National Library of Medicine (Medline), do Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME).

Para o levantamento teórico foram utilizados os seguintes descritores: depressão em idosos, instituições de longa permanência, perfil dos idosos institucionalizados. A busca foi realizada para o período compreendido entre todas as publicações de 2009 até o ano de 2020, cruzando-se o descritor, depressão com os outros citados e selecionando-se artigos publicados em língua portuguesa.

Foram encontrados um total de 54.987 artigos científicos, Ao finalizar as pesquisas em cada base, as referências duplicadas foram excluídas. Foi realizado a detecção de todas as publicações dentro do período de busca estabelecido, além da busca ativa entre as citações bibliográficas para identificar os de relevância e após a leitura dos resumos e análise das informações relacionadas à temática, criou-se uma planilha de dados constando 47 artigos, dos quais 07 que mais destacaram foram utilizados para confecção deste trabalho, sendo devidamente referenciados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de facilitar a interpretação dos dados, as publicações foram agrupadas em 03 categorias, são elas:

<p>1) O processo de envelhecimento e a depressão.</p>	<p>DEL DUCA, Giovâni Firpo; SILVA, Marcelo Cozzensa; HALLAL, Pedro Curi. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. Rev. Saúde Pública. v. 43, n. 5, p. 796-805. 2009.</p> <p>VERAS, Renato Peixoto, OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Ciências e Saúde Coletiva. v. 23, n. 6, 2018.</p>
<p>2) Depressão em idosos.</p>	<p>LIMA, Ana Maraysa Peixoto; RAMOS, José Lucas Souza; BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; ROCHA, Regina Petrola Bastos; BATISTA, Hermes Melo Teixeira; PINHEIRO, Woneska Rodrigues. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. Revista de Epidemiologia e Controle Infecções, Santa Cruz do Sul, v.6, n.2, p. 97-103. 2016.</p> <p>SEMEDO, Deisa Cabral; VENTURA, Jeferson; PAULA, Saul Ferraz de; SILVA, Mara Regina Santos da; PELZER, Marlene Teda. Fatores associados a depressão e os cuidados de enfermagem no idoso. Revista de Enfermagem FW. v. 12, n. 12, p. 101-113. 2016.</p>
<p>3) Perfil dos idosos institucionalizados e índices de depressão.</p>	<p>ALENCAR, Mariana Asmar; BRUCK, Natália Nascimento Salomão; PEREIRA, Brígida Cibelle; CÂMARA, Tânia Márcia Magalhães; ALMEIDA, Roberto Di Spirito. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia. v. 15, n. 4, p. 785-796. 2012.</p> <p>GUIMARÃES, Lara de Andrade; BRITO, Thaís Alves; PITHON, Karla Rocha; JESUS, Cleber Souza; SOUTO, Caroline Sampaio; NASCIMENTO, Samara Jesus; SANTOS, Thassyane Silva dos. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p.3275-3282, 2019.</p> <p>VERÇOSA, Vanessa Souza Lima; CAVALCANTI, Sandra Lopes; FREITAS, Daniel Antunes. Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados. Rev. enferm. EFPE. v. 10, n. 5, p. 4264-4270. 2016.</p>

3.1. O processo de envelhecimento e a depressão

A categoria “O processo de envelhecimento e a depressão” ressaltam a importância de uma reorganização no processo de cuidado com o idoso, focando sem suas particularidades para o melhorar a assistência oferecida.

Nas últimas décadas têm-se presenciado maior preocupação em estudar e compreender, de forma mais intensa, o processo de envelhecimento e suas implicações, sejam individuais e/ ou sociopolíticas. Tal fato justifica-se, pois, no Brasil, bem como em todo o mundo, o envelhecimento populacional ocorre de maneira abrupta e rápida (DEL DUCA, et al. 2009).

O processo de envelhecimento, na maioria dos casos, vem acompanhado do aparecimento de doenças, dado esse confirmado pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, na qual os idosos mantiveram-se como a faixa de idade com maiores índices de doença crônica não transmissível (IBGE, 2014).

A autora Hartmann (2008), afirma que é nessa fase da vida, que a sintomatologia depressiva é permeada por elementos que dizem respeito não apenas à doença, mas às oscilações sentimentais próprias do envelhecimento e ao contexto social marcado pelo culto aos valores da juventude.

Neste contexto, o estudo de Veras e Oliveira (2018), abordou o desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde do idoso, buscando colaborar com a discussão sobre o envelhecimento populacional trazida pela nova realidade epidemiológica e demográfica. O artigo apresenta uma proposta de linha do cuidado tendo como foco a promoção e a prevenção da saúde, de modo a evitar a sobrecarga do sistema de saúde. Quanto mais o profissional

conhecer o histórico do seu paciente, melhores serão os resultados; um modelo de cuidado de maior qualidade, mais resolutivo e com melhor relação custo-efetividade é a preocupação deste texto.

O estudo transversal de Del Duca et al. (2009), realizado com 598 com idade igual ou superior a 60 anos, teve como objetivo estimar a prevalência e os fatores associados à incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. Os autores concluíram que a associação entre incapacidade funcional em atividades básicas e instrumentais com o aumento da idade é um importante indicador para que os serviços de saúde planejem ações visando prevenir ou postergar a incapacidade funcional, garantindo independência e maior qualidade de vida ao idoso.

3.2. Depressão em idosos

Os artigos enquadrados na categoria “Depressão em idosos” destacam as peculiaridades do processo de envelhecimento, das mudanças físicas, biológicas e mentais e da dificuldade de diferenciar os sintomas do envelhecimento dos sintomas depressivos.

Na população idosa, essa é uma doença comum, recorrente e frequentemente subdiagnosticada e subtratada, principalmente em nível de cuidados de saúde primários (MEDEIROS, 2010).

Para Santos et al (2012), idosos com depressão tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional, afetando sua qualidade de vida, cursando em redução ou perda da independência funcional.

Para os autores Veras e Oliveira (2018), os idosos possuem

particularidades bem conhecidas: mais doenças crônicas e fragilidades, mais custos, menos recursos sociais e financeiros.

Lima, et. al, (2016) consideram a depressão como uma condição clínica de grande relevância em idosos, por aumentar a morbimortalidade, e impactar negativamente na capacidade funcional e na qualidade de vida destes indivíduos.

Para Carreira et al. (2011), a depressão pode ser entendida como um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional envolvendo inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social. Entre os principais sintomas estão o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades, e, em idosos, ela se apresenta de forma heterogênea, tanto em relação à sua etiologia quanto aos aspectos relacionados à sua apresentação e ao seu tratamento.

A revisão sistemática da literatura de Lima, et al. (2016), mostrou que os profissionais de saúde que lidam com o público idoso devem estar atentos aos sinais e sintomas da depressão, além de estarem constantemente capacitando-se para atender as demandas por meio de uma assistência eficaz e de qualidade, estimulando também métodos não farmacológicos de alívio dos sintomas, além de identificar o perfil destes idosos os quais as comorbidades associadas a depressão são mais comuns.

O autor Vaz (2009), afirma que as manifestações dos sinais e sintomas da depressão incluem: tristeza, diminuição do humor, pessimismo sobre o futuro, sentimento de culpa e crítica em relação a si mesmo, agitação, lentidão de raciocínio, dificuldade de concentração e alteração do sono e apetite.

Para a o Ministério da Saúde (2018), pessoas com depressão sofrem com sintomas como ansiedade, distúrbios do sono e de

apetite e podem ter sentimento de culpa ou baixa autoestima, falta de concentração e até mesmo aqueles que são clinicamente inexplicáveis.

Ainda para o Ministério da Saúde (2018), outros sintomas podem surgir, tais como humor depressivo ou irritabilidade, ansiedade e angústia; desânimo, cansaço, necessidade de maior esforço para fazer as coisas; diminuição ou incapacidade de sentir alegria e prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis; desinteresse, falta de motivação e apatia; falta de vontade e indecisão; sentimentos de medo, insegurança, desesperança, desespero, desamparo e vazio; pessimismo, ideias frequentes e desproporcionais de culpa, baixa autoestima, sensação de falta de sentido na vida, inutilidade, ruína, fracasso, doença ou morte; dificuldade de concentração, raciocínio mais lento e esquecimento; diminuição do desempenho sexual e da libido; perda ou aumento do apetite e do peso; insônia, despertar matinal precoce, aumento do sono; dores e outros sintomas físicos não justificados por problemas médicos.

O estudo de Semedo, et al. (2016), identificou vários fatores associados à depressão no idoso como: fatores demográficos (ruralidade, sexo, idade, estado civil, institucionalização, escolaridade, profissão e status socioeconômico), psicossociais (acontecimentos de vida, luto, falta de confidente/relação íntima, isolamento socioafetivo, apoio sociofamiliar, solidão, dificuldade em satisfazer as AVD (Atividades da Vida Diária), dificuldades cognitivas e história prévia de depressão) e de saúde (doença física, número de doenças, doenças crônicas, incapacidades e deficiências, doença psíquica e ingestão de medicamentos depressores).

Segundo Lima (2017) a depressão se destaca principalmente no que diz respeito à autoestima, convívio familiar e social, trazendo

consequências também na vida profissional, levando a pessoa com depressão a um quadro de tristeza profunda, além da sensação constante de impotência e descrença de si própria.

No idoso, a autopercepção de saúde é influenciada pelas condições de suporte familiar, estado conjugal, oportunidades de educação e emprego, renda, capacidade funcional, condições crônicas de saúde, estilo de vida, dentre outros (HARTMANN, 2008).

O diagnóstico dos transtornos depressivos deve ser feito de acordo com os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, além do tempo da sua manifestação. Este diagnóstico, por sua vez, deve ser feito através da análise e acompanhamento com profissionais qualificados (TENG; CEZAR, 2010).

Os profissionais da saúde que lidam com este grupo etário, para Paradela (2011), devem ficar atentos aos sintomas depressivos mascarados, como dores inespecíficas, insônia, perda de peso sem causa óbvia e queixas subjetivas de perda da memória, evitando imputar estas queixas ao envelhecimento fisiológico sem doenças associadas.

3.3. Perfil dos idosos institucionalizados e índices de depressão

Já a categoria “Perfil dos idosos institucionalizados e índices de depressão” revelam os dados sobre a qualidade de vida dos idosos que residem em instituições de longa permanência.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2003), define a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILAPI)

como estabelecimento para atendimento integral institucional, cujo público-alvo é pessoas de 60 anos ou mais, dependentes ou independentes nas atividades de vida diária, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio.

As ILPI têm como função cuidar dos idosos quando eles deixam de ter ligação com sua coletividade, prestando assistência social e de saúde através do suporte às suas necessidades, proporcionando qualidade de vida e cuidados paliativos (NUNES, MENEZES, ALCHIERI, 2010).

Porém, muitas ILPI enfrentam problemas relacionados a recursos humanos, físicos e financeiros tais como insuficiência de profissionais de saúde e cuidadores, falta de qualificação profissional e de atividades físicas, recreativas ou ocupacionais que podem refletir em baixa interação, motivação e pouco estímulo ao idoso no espaço institucional (OLIVEIRA, et al. 2013).

Para Carreira et al. (2011) o processo de institucionalização favorece a vivência de perdas em vários aspectos da vida, aumentando a vulnerabilidade a quadros depressivos e contribuindo para uma pior percepção do estado de saúde.

A pesquisa de Guimarães et al, 2019, realizada com 42 idosos verificou-se que 54,8% dos idosos apresentaram sintomas depressivos, além da alta prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados associando-se à presença de incontinência urinária, autopercepção negativa de saúde, qualidade de sono ruim e estar aposentado.

Essa alta prevalência corrobora com outros estudos realizados tanto na mesma região do país, como o estudo de Alencar et al. 2012, realizado em Belo Horizonte, com 47 idosos, dos quais 59,6% obtiveram valores que sugerem quadro depressivo a maioria

dos idosos pesquisados referiram ter pelo menos uma doença crônica (57,4%) e fazer uso de medicamentos (91,5%).

Nesse contexto, o estudo de Verçosa et al. 2016, realizado com 52 idosos em uma capital do Nordeste com prevalência de 58%, entre os idosos, 75% relataram possuir doenças crônicas havendo predomínio da Hipertensão Arterial (37,9%), seguida pela Diabetes Mellitus (27,3%).

Segundo Alencar et al. (2012), o aumento da longevidade tem sido acompanhado de um declínio do estado de saúde físico e mental, com a presença de múltiplas doenças crônicas, perda de independência e autonomia, limitações socioeconômicas e ambientais, que são fatores associados à limitação da capacidade funcional dos idosos.

Diante de algumas complicações, tais como a presença de doenças crônicas e limitações para atividades de vida diária, surge a necessidade de acompanhamento profissional, inclusive com encaminhamento para instituições de longa permanência para idosos (MICHEL et al, 2012).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização desta revisão bibliográfica foi possível obter um conhecimento teórico e conceitual sobre a temática qualidade de vida e os índices de depressão em idosos institucionalizados, e os resultados apontam que o envelhecimento populacional tem sido acompanhado por mudanças no âmbito

familiar, financeiro e saúde.

O Brasil apresenta um considerável percentual de idosos e que tornará crescente nos próximos anos, na medida em que a população envelhece ocorre o aumento pela demanda dos serviços públicos especializados. Sem estrutura familiar capaz de dar suporte a esses idosos e sem estruturas de apoio para essa população, o destino dos mesmos será a institucionalização.

As ILPIs ocupam um espaço necessário e relevante na assistência à pessoa idosa. Vale inferir, que na maioria das vezes essas instituições não possuem recursos materiais, financeiros e pessoal suficientes para promover o cuidado necessário. Contudo, há de considerar que as condições de vida e saúde desses idosos estão relacionadas a independência, dependência parcial ou total para realizar as atividades da vida diária.

Com isso, cabe aos profissionais dessas instituições manter o ambiente agradável, e, sobretudo, atender as necessidades biopsicossocioespirituais, garantindo uma atenção integral, reconhecendo suas características e limitações, compreendendo-o frente à sua própria institucionalização, a suas novas adaptações, protegendo e cuidando.

Diante disso vale ressaltar a importância do acolhimento a esses pacientes, frente a promoção e adoção de estratégias efetivas na identificação das necessidades assistenciais, bem como o planejamento das intervenções que os profissionais da saúde devem promover durante a assistência necessária para que os transtornos depressivos geriátricos possam ser identificados e tratados.

5. REFERÊNCIAS

ALENCAR, Mariana Asmar; BRUCK, Natália Nascimento Salomão; PEREIRA, Brígida Cibelle; CÂMARA, Tânia Márcia Magalhães; ALMEIDA, Roberto Di Spirito. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**. v. 15, n. 4, p. 785-796. 2012.

AMARAL, Thatiana Lameira Maciel; AMARAL, Cledir de Araújo; LIMA, Nathália Silva de; HERCULANO, Patrícia Vasconcelos; PRADO, Patrícia Rezende do; REZENDE, Gina Torres Rego. Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guiomard, Acre, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23 p.3077-3084, 2018.

BENTES, Ana Cláudia de Oliveira; PEDROSO, Janari da Silva; MACIEL, Carlos Alberto Batista. O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica. **Aletheia**. n.38-39, p. 196-205. 2012.

BORN, Tomiko. O cuidador familiar da pessoa idosa. In T. Born (Ed.), **Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do cuidador da pessoa idosa** (pp. 59-63). Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: **Caderno de atenção básica nº19**; 2006.

BRASIL. **Estatuto do idoso**. Ministério da Saúde. 3. ed., 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção.** Website. 2018.

CARREIRA, L. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 268-273, 2011.

DEL DUCA, Giovâni Firpo; SILVA, Marcelo Cozzensa; HALLAL, Pedro Curi. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista Saúde Pública**.v. 43, n. 5, p. 796-805. 2009.

FREIRE, Hyanara Sâmea de Souza; OLIVEIRA, Ana Kelly da Silva; NASCIMENTO, Maria Railisse Freitas do; CONCEIÇÃO, Marielly Silva da; NASCIMENTO, Cidiane Emanuely do; ARAÚJO, Priscila França de; LIMA, Thalita de Moraes. Aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em instituições de longa permanência. **Revista Nursing**, v. 21, p. 2030-2035, 2018.

FLORES, Luis Patrício Ortiz. O Envelhecimento da população brasileira. **Redeca**, v.2, n. 1, p. 86-100. 2015.

GUIMARÃES, Lara de Andrade; BRITO, Thaís Alves; PITHON, Karla Rocha; JESUS, Cleber Souza; SOUTO, Caroline Sampaio; NASCIMENTO, Samara Jesus; SANTOS, Thassyane Silva dos. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p.3275-3282, 2019.

HARTMANN, Ana Cristina Vaz Costa. **Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre.** 2008. 73 f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. **Brasil**, grandes regiões e unidades da federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Idosos indicam caminhos para uma melhor idade. Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE. 2019.

LIMA, Ana Maraysa Peixoto; RAMOS, José Lucas Souza; BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; ROCHA, Regina Petrola Bastos; BATISTA, Hermes Melo Teixeira; PINHEIRO, Woneska Rodrigues. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle Infecções**, Santa Cruz do Sul, v.6, n.2, p. 97-103. 2016.

LIMA, Vilne Jean Santos. Cuidados de enfermagem à pessoa com depressão atendida na atenção primária de saúde. **Revista Científica da FASETE**. V3. P. 327- 335. 2017.

MICHEL, Tatiane; LENARDT, Maria Helena; BETIOLLI, Susanne Elero; NEU, Dâmarys Kohlbeck de Melo. Significado atribuído pelos idosos à vivência em uma instituição de longa permanência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 21, n.3, p:495-504. 2012.

NUNES, Viviane Medeiros de Araújo; MENEZES, Rejane Maria Paiva; ALCHIERI, João Carlos. Avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de Natal, estado do Rio Grande do Norte. **Acta Scientiarum Health Sciences**. v. 32, n. 3, p. 119-126. 2010.

OLIVEIRA, Patrícia Peres; AMARAL, Juliana Gimenez; VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; RODRIGUES, Andrea Bezerra. Percepção dos profissionais que atuam uma instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. *Ciências e Saúde Coletiva*. v. 18, n. 9, p. 2635-2644. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Saúde Mental**. Website. Atualização em 2018.

PARADELA, Emylucy. Depressão em Idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**.v. 10, n. 2. 2011.

PINHO, Miriam Ximenes; CUSTODIO, Osvaldir; MAKDISSE, Márcia. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**. v.12, n.1, p.123-140. 2009.

REIS, Sandra Cristina Guimarães Bahia; HIGINO, Maria Abadia Salge Prata; MELO, Hugo Montalvão Dias de; FREIRE, Maria do Carmo Matias. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, 2003. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 8, n. 1, p :67-73. 2005.

SEMEDO, Deisa Cabral; VENTURA, Jeferson; PAULA, Saul Ferraz de; SILVA, Mara Regina Santos da; PELZER, Marlene Teda. Fatores associados a depressão e os cuidados de enfermagem no idoso. **Revista de Enfermagem FW**. v. 12, n. 12, p. 101-113. 2016.

SILVA, Georgina Élide Matias da; PEREIRA, Silvana Maria; GUIMARÃES, Fernanda Jorge; PERRELLI, Jaqueline Galdino Albuquerque; SANTOS, Zailde Carvalho dos. Depressão: conhecimento de idosos atendidos em Unidades de Saúde da Família no Município de Limoeiro – PE. **Revista Mineira de Enfermagem**. V. 18, n.1, p.82- 87. 2017.

SOARES, Sônia Maria; SILVA, Patrícia Aparecida Barbosa; SANTOS, Joseph Fabiano Guimarães; SILVA, Líliam Barbosa. Associação entre depressão e qualidade de vida em idosos: atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, v.25, Rio de Janeiro, 2017.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Manual de funcionamento para Instituição de Longa Permanência para Idosos**. São Paulo; 2003.

SOUZA, Marcela Tavares; SILVA, Michelly Dias; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, p.102-106, 2010.

TENG, CChaiTung; CEZAR, Luiz Teixeira Sperry. Como Diagnosticar e Tratar Depressão. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 67, n. 12, 2010.

VAZ, Sergio Felipe Alves. **A depressão no Idoso Institucionalizado: Estudo em Idosos Residentes nos Lares do Distrito de Bragança**. Dissertação (Obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de especialização em Psicologia do Idoso) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, p 181, 2009.

VERAS, Renato Peixoto, OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciências e Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, 2018.

VERÇOSA, Vanessa Souza Lima; CAVALCANTI, Sandra Lopes; FREITAS, Daniel Antunes. Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados. **Revista de Enfermagem EFPE**. v. 10, n. 5, p. 4264-4270. 2016.

CAPÍTULO 9

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO HOSPITALAR

Rosangela Santana Damaceno

Alessandra Santos de Paula

Juliana da Rocha Reis

Elenice Claudete Dias

1. INTRODUÇÃO

A Central de Material e Esterilização Hospitalar é a unidade funcional destinada ao processamento de produtos para assistência. Esta unidade é responsável pela limpeza, empacotamento, preparo, esterilização, armazenamento e distribuição para todas as unidades que prestam cuidados aos pacientes, sendo sua principal unidade consumidora, o Centro Cirúrgico (RDC15, 2012).

O processo de trabalho na Central de Material e Esterilização hospitalar é complexo e de grande responsabilidade. O profissional de enfermagem revela competências para assumir as responsabilidades inerentes da CME e assumir sua administração com maior segurança. Destaca-se também que o enfermeiro conhece a dinâmica de trabalho dos setores fornecedores /clientes da CME facilitando a interação entre eles (MARTINS, et al. 2015).

O interesse pelo tema: O papel do enfermeiro na central de material e esterilização hospitalar surgiu devido CME estar interligado ao bloco cirúrgico local onde trabalho como instrumentador cirúrgico há 12 anos, durante minha jornada de trabalho, observo que vários procedimentos de enfermagem e médicos, desde os de menor até os de maior complexidade no setor de centro cirúrgico e em outras unidades, dependem do bom funcionamento dos materiais processados na CME, onde o papel da enfermagem é fundamental para garantir a qualidade destes materiais. Sendo este setor considerado o coração do hospital que necessita de uma vigilância contínua, não só pelo desempenho dos profissionais, mas também pela manutenção das máquinas ali existentes, zelando sempre pela qualidade. O enfermeiro atua de

forma que os materiais atinjam o nível máximo de esterilização, para eficiência do processo de recuperação do cliente a fim de evitar Infecção.

O objetivo desse artigo foi descrever o papel do enfermeiro nas atividades relativas ao trabalho da Central de Material e Esterilização hospitalar como gerente e promotor da educação permanente. Dentro do processo de trabalho do enfermeiro, esse profissional atua-se em diferentes dimensões práticas, que envolvem cuidar, educar, gerenciar e pesquisar. No trabalho da CME todas estas dimensões são atingidas, segundo Taube; Méier (2017).

De acordo com Souza; Soares (2016) a enfermagem é uma profissão que tem evoluído consideravelmente nos últimos anos, em função do desenvolvimento técnico- científico e de sua prática profissional.

Na CME, a função do enfermeiro tem início na fase de planejamento da unidade, cabendo-lhe a escolha adequada tanto de recursos materiais quanto humanos, bem como a seleção e o treinamento de pessoal, levando em conta o perfil do setor, de acordo com Silva; Aguiar (2018).

Como gerenciar uma atividade voltada para o paciente sem estar diretamente com o mesmo, com tão grande impacto sobre sua saúde e como enfrentar a desvalorização dos outros profissionais que acham que apenas embalar gaze, lavar instrumentais e observar o funcionamento de uma máquina de esterilização podem contribuir para a saúde do cliente são perguntas a serem respondidas (MARTINS, et al. 2015).

“A educação permanente em saúde é uma proposta essencial

para mudança nos processos de trabalho e suas relações no setor, oferecendo melhorias na assistência de enfermagem, buscando o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos profissionais” citando Ourique; Machado (2015).

Justifica-se este trabalho pela necessidade de descrever o papel do enfermeiro na central de material e esterilização hospitalar com vistas a subsidiar discussões sobre a prestação deste cuidado no processo assistencial, como gerente e promotor da educação permanente. Dessa maneira, o trabalho oferecerá sua contribuição para o avanço do conhecimento na Enfermagem, pois disponibilizará algumas reflexões sobre atuação do enfermeiro contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente. O trabalho teve como objetivo descrever o papel do Enfermeiro na Central de Material e Esterilização como gerente e promotor da educação permanente.

1.1. A história da central de material e esterilização (CME) hospitalar e a enfermagem nesse contexto.

A CME Hospitalar surgiu devido a necessidade de utilização de instrumentos apropriando para as realizações de cirurgias, assim essa pesquisa antes de tudo precisa iniciar com os primeiros profissionais que utilizavam os instrumentos, sendo esses os médicos cirurgiões (OURIQUES; MACHADO, 2015).

No século XVIII os médicos eram divididos conforme o tempo de formação e com isso sua valorização, sendo assim a diferencia no tempo exigido para o médico e o cirurgião: para o

primeiro, inicialmente, era necessário estudar seis anos, e para o segundo três anos. Havia sempre a possibilidade, para o cirurgião, de completar seus estudos, e também se tornar médico (DELGADO, 2000).

Os cirurgiões eram vistos com pouco prestígio pela sociedade devido o alto número de morte sendo um profissional para os casos extremos, com pouca margem de sucesso, mas também porque seu trabalho era manual e as realizações de procedimentos derramavam sangue, feridas abertas e os procedimentos que causava muito dor devido à falta de anestesia (COSTA et al, 2009).

Os avanços no emprego dos anestésicos da época ajudaram muito para os procedimentos cirúrgicos, mas os cirurgiões encontravam muitas dificuldades para obtenção do sucesso da cirurgia devido à falta de assepsia, por total desconhecimento dos microrganismos, as mortes em decorrência de supuração das feridas operatórias encontravam-se na casa dos 80% a 90%. Mesmo que o ato cirúrgico transcorresse conforme o previsto, a recuperação defrontava-se com as infecções e supurações pós-cirúrgicas, decorrentes da total falta de cuidados com o instrumental e higienização do processo intervencionista (GIL et al, 2013).

Somente com as grandes guerras que os médicos cirurgião começaram a ganhar seu prestígio com um crescente número de soldados que necessitavam de amputações de membros e até mesmo de contenção de hemorragias para garantir sua sobrevivência a cirurgia começava a ser uma real demanda na evolução da Medicina, e os profissionais viam-se forçados a criar novas técnicas cirúrgicas para eliminar infecções e instrumentos que lhes permitissem acessar as diversas estruturas do corpo humano (COSTA et al, 2009).

Com essa atitude foram inventados vários tipos de instrumentos que eram utilizados nas cirurgias, mas esses instrumentais não recebiam uma limpeza adequada, pois naquela época não se conhecia o causador das infecções e não se possuíam as tecnologias que temos nos tempos atuais, sendo assim causando altos índices de infecções nos pacientes submetidos em cirurgias. Pensando nesses problemas viram a necessidade de criar um local adequado para receber e preparar os materiais para as possíveis cirurgias surgindo assim a central de esterilização (GIL et al, 2013).

A descoberta dos microrganismos em 1864 pelo cientista Louis Pasteur foi um avanço para a humanidade. Pasteur comprovou a existência dos microrganismos no nosso meio e que muitas doenças eram causadas pela contaminação por microrganismos ele mostrou também que aquecendo o microrganismo a 60°C eliminava esses agentes patológicos, com essa descoberta de microrganismo patogênico fez surgir a necessidade de realizar medidas de proteção como: assepsia nos procedimentos cirúrgicos, lavagem das mãos, separação dos feridos limpos e dos infectados, cuidados com as roupas e dos artigos de uso direto dos pacientes, esses cuidados foram realizado pela Florence Nightingales durante a guerra da Crimeia no ano de 1862, sendo assim Louis Pasteur enfatizou a necessidade de melhorias nas práticas hospitalares, como a esterilização de equipamentos (QUELHAS, 2015).

Outro nome que contribuiu para diminuir os números de óbitos em cirurgias usando técnica de assepsia e agente químico (ácido carbólico) mais conhecido que fenol foi o médico Josep Lister em 1857, ele esterilizou o catagute (fio feito de intestino de animais e usado em suturas desde os anos antes de Cristo). Até então,

as cirurgias eram praticadas sem qualquer condição de higiene (COSTA et al, 2009).

As primeiras CME's, construídas nos hospitais eram bem simples e não tinham funcionamentos centralizados, cada unidade do hospital preparava seus próprios materiais, ou seja, existiam muitas CME's na instituição. E com os desenvolvimentos das técnicas cirúrgicas e principalmente com a revolução tecnológicas nas décadas de 60 e 70 mudanças significativas aconteceram na organização da CME, no que diz respeito aos métodos de esterilização e aos seus gerenciamentos (SILVA; RODRIGUES; CESARETTI, 1997).

Diante desse cenário de aumento de complexidade tecnológicas o processo de preparo dos materiais precisou sofrer mudanças, tais como: de limpeza, preparo, esterilização e armazenamentos dos produtos, para atender as demandas e foram preciso especializar os profissionais de enfermagem para se adequar à complexidade do processo de trabalho (COSTA et al, 2009).

Neste contexto surge então, o CME centralizado, dirigido por um enfermeiro e subordinados ao serviço de enfermagem, visando sempre a prevenção de infecções, mesmo indiretamente, articulando ciências, segurança e qualidade por meio do serviço (OURIQUES; MACHADO, 2015).

Dentre as atividades desenvolvidas no CME, conforme RDC 15/2012, que descreve as atividades realizadas pelo CME, podemos destacar: Recepção e limpeza do material preparo e esterilização, desinfecção química, quando aplicável, monitoramento do processo de esterilização, armazenamento e distribuição de materiais esterilizados.

Embora na resolução não esteja exposto outras atividades administrativas como, coordenação da equipe, orientação, supervisão, realização de treinamentos, confecção de escala mensal, provisão de materiais, recursos humanos entre outros, vale salientar que estas atividades fazem parte da rotina do enfermeiro.

O serviço realizado no CME exige da equipe atuante a presença do enfermeiro, que de acordo com o artigo número 11 da Lei número 7.498, de 25 de Junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem – o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem e suas funções privativas incluem: direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada; a chefia do serviço de e da unidade de enfermagem; a organização e a direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços de assistência de enfermagem.

Como integrante da equipe de saúde, cabe ao enfermeiro participar do planejamento, da execução e da avaliação da programação de saúde; Tomar parte da elaboração, da execução e da avaliação dos planos assistenciais de saúde; Prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral; Prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem. Ressalto agora algumas atividades e responsabilidades do profissional enfermeiro na CME Hospitalar.

2. GERENCIAR NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO HOSPITALAR

Uma das grandes atividades do enfermeiro é o exercício da liderança em suas atividades. Liderar e administrar são condições muito necessárias para que o trabalho seja eficiente. E esta atividade de liderar é um desafio para todos os profissionais enfermeiros (MARTINS, et al. 2015).

O trabalho do enfermeiro na central de material e esterilização, abraça diversas funções, e entre as mais relevantes estão:

Administração de recursos e materiais: Resolver problemas com equipamentos, controlar documentação, nota fiscal, reposição das caixas de material.

Planejamento e organização do processo de sistematização de esterilização: Controlar, conferir e preparar o material consignado, checar o material que é encaminhado, supervisionar a organização do arsenal.

Administração de recursos humanos: Gerenciar a falta de funcionários, educação permanente, escala de serviço e distribuição dos funcionários.

A enfermagem, por constituir um conjunto de ciências, humanas e sociais, busca, na administração a utilização de método científico, capaz de tornar o trabalho operacionalmente racional (SOUZA; SOARES, 2015).

De acordo com Souza e Ceribelli (2015), os valores da profissão fundamentam a ação gerencial do enfermeiro que, no exercício de suas atividades, deve ser atualizado em seus

conhecimentos e assim conduzir sua equipe e sua prática em uma assistência de qualidade ao ser humano.

É necessário que o enfermeiro conheça antes de tudo o processo de trabalho de sua unidade, apesar de muitas vezes não ser visto, de acordo com Gil e Laus (2015) por outros setores, visto que não são realizados cuidados diretos com o cliente, o conhecimento de processo facilita e otimiza as ações de gerenciamento e educação permanente na unidade e no contexto geral da assistência voltada para o cliente.

Como os estudos da administração retratam o papel clássico e histórico do administrador o de alguém responsável pelo trabalho dos outros, o ato de administrar consiste em orientar, dirigir e controlar o esforço de um grupo de indivíduos, para o objetivo comum segundo Souza e Soares (2016) e este objetivo comum é o paciente. O paciente recebe, sem saber, esforços de todas as áreas para que seu restabelecimento seja alcançado. A CME não é diferente no direcionamento dos seus esforços e o enfermeiro é o responsável pelo andamento de todo processo dos materiais.

A CME é uma área que exige do enfermeiro “uma gama de conhecimentos empíricos, científicos e tecnológicos para a coordenação do trabalho desenvolvido” de acordo com Taube; Méier (2017).

Com o avanço da tecnologia faz-se necessário conhecer de perto o funcionamento dos equipamentos para que possa realmente acompanhar as atividades do CME e gerenciar também o seu funcionamento, realizando agendamento de manutenções, solicitando qualificações de instalação, qualificação e de desempenho, para os equipamentos utilizados na limpeza automatizada e na

esterilização de produtos para saúde, com periodicidade mínima anual, conforme RDC 15/2012.

3. EDUCAÇÃO PERMANENTE NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO HOSPITALAR

Outra atividade realizada pelo enfermeiro da CME é a de educação permanente ou continuada. De acordo com Souza e Ceribelli (2015), o treinamento é considerado como um processo educacional, de curto prazo, que envolve transmissão de conhecimentos específicos relacionados ao trabalho, atitudes diante de aspectos organizacionais, de tarefas e do ambiente, bem como o desenvolvimento de habilidades.

As atividades realizadas na CME são muitas vezes complexas, exigem que o colaborador que ali atua conheça as várias atividades realizadas fora de seu setor de trabalho, para que possa compreender a complexidade e a responsabilidade de suas ações. A sensibilização profissional através da educação permanente faz com que o colaborador se sinta valorizado e também faz com que o mesmo valorize suas atividades. O funcionário motivado desenvolve melhor as suas atividades (SOUZA; CERIBELLI, 2015).

O enfermeiro supervisor é quem responde legalmente por qualquer dano causado ao trabalhador, resultante da falta de aptidão ou capacidade técnica, de acordo Tipple et al. (2015). Portanto faz-se necessário mais do que nunca um programa de treinamento, acompanhamento dos profissionais envolvidos no trabalho da CME, o que certamente refletirá em maior benefício a todos os envolvidos, trabalhador e paciente.

Tipple et al., 2015 nos afirma que o treinamento é um processo educacional, aplicado de maneira sistemática e organizado, por meio do qual, as pessoas adquirem novos conhecimentos, atitudes e habilidades em função dos objetivos institucionais. Ouriques; Machado, (2015) vem nos mostrar também que a educação permanente em saúde é uma estratégia que tem se mostrado favorável e efetiva na formação dos profissionais de saúde, possibilitando transformações do trabalho e de suas relações no setor.

O treinamento também pode ser entendido como momento de interação com a equipe da CME e enfermeiro, com os novos integrantes da equipe e equipe em atuação, e porque não dizer de um momento em que algumas falhas no processo podem ser ajustadas.

Podemos também ressaltar que a educação permanente ou continuada se faça apenas voltada para o reprocessamento direto dos artigos, mas vale ressaltar uma questão de prevenção de infecção relacionada a assistência à saúde.

De acordo com Tipple et al. (2015) ter pessoas qualificadas significa diminuição dos índices de infecção hospitalar, do tempo de internação e conseqüentemente, redução dos gastos. Muitas vezes por não tratar com pacientes diretamente, muitos profissionais são admitidos e colocados a executar seus trabalhos na CME, o que também exige do enfermeiro um esforço maior no sentido de educar quanto a todas as interfaces do trabalho.

Garantir o reprocessamento de artigos com qualidade é considerado uma das principais medidas de proteção anti-infecciosa. De nada adiantará a CME adquirir produtos e equipamentos que

prometam milagres, se esses não forem utilizados por uma equipe treinada a respeito da ciência do reprocessamento de artigos. (TIPPLE et al., 2015).

Hoje a CME é considerado um setor essencial, de grande importância ele não lida com o paciente diretamente, mas está diretamente ligado no seu tratamento e na sua recuperação, tudo na CME, tem que funcionar perfeitamente para não influenciar nas assistências, nos outros setores, assim, podemos dizer que ele é o “coração do hospital”.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho permitiu conhecer o papel do enfermeiro, ou seja, funções exercidas pelo enfermeiro na central de material e esterilização hospitalar, é assim entender a importância e o valor que este profissional desempenha na unidade. O enfermeiro deve sempre buscar entender sua verdadeira importância, buscando caminhos para sua identificação e valorização profissional. As etapas de todo processo desenvolvido na CME exigem do profissional enfermeiro, habilidades de gerenciamento tanto de produtos, insumos quanto de logística e pessoal. O gerenciamento vai muito além do dizer aos liderados o que fazer.

Estar presente na unidade, demonstrar na prática como funciona todo o processo, oferece segurança a equipe e permite visualizar situações cotidianas que podem ser ajustadas para melhorar o funcionamento do setor e segurança do serviço prestado.

As situações vividas no dia a dia também propiciam momentos

para integração da equipe através da educação permanente. E esta apresenta vantagens como; melhor desempenho da equipe, valorização profissional, segurança na realização do trabalho e formação de profissionais que atendam às exigências do mercado com crescimento tecnológico tão avançado.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.15, de 15 de março de 2012 **que dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para a saúde e dá outras providencias**. Brasília. 2015.

DELGADO, L. H. R. **Central de material esterilizado: espaço de cuidar autêntico**. Dissertação. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem da UFMG; 2010.

GALVÃO, M. C. B.; RICARTE, I. L. M. **Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação**. LOGEION: Filosofia da informação, Rio de Janeiro, v. 6 n. 1, p.57-73, set.2019/ fev. 2020 disponível em: <http://revista.ibict.br/fiinf/issue/view/280>. Acesso em 02 de novembro de 2020.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6º ed. São Paulo: Atlas, 2015.

GIL, R. F; CAMELO, S. H; LAUS, A. M; **Atividades do enfermeiro de Centro de Material e Esterilização em instituições hospitalares**. Texto contexto – enfermagem, Florianópolis, v.22, n.4, p.927-934, dez. 2014.

LEI nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação o exercício da enfermagem, e dá outras providências.**

MARTINS, V. M. F. et al. Forças impulsionadoras e restritivas para trabalho em equipe em um centro de Material e Esterilização de hospital escola. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.5, p.1183-1190, out. 2015.

OURIQUES, C. M.; MACHADO, M. É. **Enfermagem no processo de esterilização de materiais.** Texto contexto – enfermagem, Florianópolis, v.22, n.3, p.695-703, set. 2015.

POSSARI, C. P. **Centro de material e esterilização: planejamento e gestão.** 2. ed. São Paulo: Iátria p. 20-21, 2008.

QUELHAS, M. C. F. **A Esterilização na era da Tecnologia: O Futuro dos processos em esterilização no século XXI.** Disponível em: Acesso em: 05 agosto. 2020.

SILVA, A; AGUIAR, B. O enfermeiro na Central de Material e Esterilização: Uma visão das unidades consumidoras. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.377-381, jul. / Set. 2018.

SIMÕES, A. L.A; FÁVERO, N. O desafio da liderança para o enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.5, p.567-574, set. /Out. 2015.

SOBECC, Nacional. Práticas Recomendadas. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico **Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização.** São Paulo, 2010, p. 34.

SOUZA, F. M. SOARES, E. A visão administrativa do enfermeiro no macrossistema hospitalar: um estudo reflexivo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.5, p.620-625, set. / Out. 2006.

SOUZA, M.C.B, CERIBELLI, M.I.P.F. Enfermagem no Centro de material esterilizado – a prática da educação continuada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12 n.5, p.767-774, set. /out. 2015.

TAUBE, S; MEIER, M. O processo de trabalho da enfermeira na central de material e esterilização. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.04, p.470- 475, Out. / dez.2017.

TIPPLE, A.F.V. et al. O trabalhador sem formação em enfermagem atuando em centro de material e esterilização: desafio para o enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.39, n.2, p.174-180, jun. 2015.

CAPÍTULO 10

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Alisson Roger Lourenço
Carla Alcon Tranin
Renata Siqueira Faria
Eliangela Saraiva Oliveira Pinto
Juliana da Rocha Reis

1. INTRODUÇÃO

A violência é uma das causas de problemas mais relevantes para a saúde pública, uma vez que o fato vem se tornando frequente e colocando a população brasileira em risco (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021).

Para entender a relevância deste problema, a World Health Organization (WHO) (2002), afirma que a violência é qualquer ato de cunho intencional que coloque em risco a integridade do ser humano, sendo exercida de forma individual, coletiva ou mesmo afetando a própria vida, o que posteriormente poderá ocasionar possíveis consequências tais como, danos psicológicos, lesões ou até mesmo o risco à vida, independente do seu âmbito.

Diante do exposto e com relação à vulnerabilidade associada a violência, considera-se a existência de grupos mais suscetíveis a sofrerem violência e maus tratos devido a alguma situação de risco determinada, o que inclui mulheres, o público infante/juvenil, idosos, pessoas em situação de rua, pessoas com deficiência ou sofrimento mental e comunidade LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE SERGIPE, 2016).

Com base nos grupos de maior suscetibilidade, cabe destacar o público infante/juvenil, pois a maior parte das violências ocorrem no meio intrafamiliar ou em grau de afinidade próximo a família, podendo ocasionar desde um mau trato doméstico, até um abuso sexual contra a criança ou adolescente, fato que permite considerar a violência infantil, como uma ocorrência multifatorial, estando associado a outras formas de acontecimentos como bullying,

alienamento parental, bem como a exploração ao trabalho infantil (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – ECA, 2008; SO et.al, 2016).

Outro ponto que indica enfatizar tal grupo, refere-se às possíveis consequências ocasionadas em detrimento da violência infantil, tais como transtorno da fala, relação familiar comprometida, automutilação, obesidade, transtorno bipolar, transtorno alimentar, transtorno obsessivo, estresse, sintomas psicossomáticos, comprometimento da aprendizagem, transtorno de condutas, mortalidade, transtornos mentais, atraso de desenvolvimento, estímulo ao uso de álcool e drogas, traumas ou doenças físicas e danos psicológicos e/ ou emocionais (SILVA et.al, 2021).

No que tange na esfera de maus tratos infantis, são definidos como episódios de negligência, abuso físico, emocional ou sexual em menores de idade, que como consequência, pode acarretar inúmeros prejuízos ao menor, desde um trauma físico a um trauma psicológico e/ou outras circunstâncias, inclusive de comportamento, tal fato pode vir a postergar para o desenvolvimento de um comportamento sexual de risco quando não tratado com o acompanhamento adequado (HIRSCHMANN et.al, 2021).

Quando se trata do quantitativo de casos notificados, segundo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2021), entre 2016 a 2020, houveram cerca de 35 mil mortes do público infanto-juvenil, por vários aspectos, informações relativamente preocupantes, uma vez que a violência infantil é um agravamento de saúde pública que necessita de uma visão holística para resolução da problemática. Desta forma, o objetivo desta

pesquisa, corresponde a analisar o perfil epidemiológico de violência acometida contra crianças e adolescentes no estado de Minas Gerais, referente ao ano de 2021.

2. METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo transversal do tipo descritivo com abordagem quantitativa, onde um estudo transversal é entendido como efetuar o levantamento e análise dos dados, mediante a um período definido e com isso, estudar a população interessada, consequentemente relacionando com as variáveis pertinentes (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO et.al, 2018).

A pesquisa e a coleta de dados, foram elaboradas por meio de acesso a dados secundários com intermédio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) disponível no Departamento De Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com acesso (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violemg.def>), em relação ao quantitativo de casos notificados de violência infantojuvenil no Estado de Minas Gerais, compreendendo o ano de 2021.

Tendo como critério de inclusão e exclusão, em relação a tabulação dos dados, foi levado em consideração as seguintes variáveis:

- Variáveis demográficas (sexo, raça/cor [da pele]; escolaridade; situação conjugal/estado civil; ocupação; se possui algum tipo de deficiência/transtorno; local de ocorrência);

- Variáveis sobre o tipo de violência;
- Variável de vínculo/grau de parentesco com a vítima agredida;
- Variável referente ao tipo de sexo do provável autor da agressão.

Após coleta de dados, as informações foram agrupadas por meio da utilização do software Excel[®] e por conseguinte, ocorreu a análise estatística descritiva, através do pacote estatístico disponível no software BioEstat[®] 5.3. As análises de frequências estão apresentadas em tabelas.

No desenvolvimento da pesquisa foram consideradas e respeitadas as condutas éticas estabelecidas atendendo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, bem como submetido, avaliado e aprovado pelo Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão do Centro Universitário de Viçosa, UNIVICOSA, sob o número do Protocolo 157.2022.01.01.05.03,

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o ano de 2021, foram registradas 6.558 notificações de casos de violência contra crianças e adolescentes, no estado de Minas Gerais. Por meio da apuração dos dados, identificou – se um predomínio maior de casos na faixa etária de 15 a 19 anos de idade (48,60 %), em relação ao sexo mais acometido, verificou – se o feminino como o gênero mais afetado (72,88%), havendo uma maior frequência maior de casos em indivíduos

pardos (49,73%), considerando a escolaridade, houve uma maior prevalência em escolares de 5^a a 8^a série incompleta do Ensino Fundamental (16,81%) e em seguida, os que cursaram o Ensino Médio Incompleto (14,04%) e a residência da vítima foi o local onde mais ocorreram casos de vitimização (68,46%) (Tabela 1).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), são classificados como adolescentes, indivíduos até os 19 anos de idade (BRASIL, 2007). Baseado na faixa etária considerada para estudo, testemunha – se um maior índice de violência entre adolescentes de 15 a 19 anos de idade, dados que corroboram com uma análise feita pelo Panorama da Violência Letal e Sexual contra Crianças e Adolescentes no Brasil, lançado pela UNICEF junto com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), relatando que de 2017 a 2020, foram registradas cercas de 35 mil mortes por violência contra o público infantojuvenil, sendo mais de 31 mil mortes com adolescentes de 15 a 19 anos, associado a racismo e violência armada urbana (UNICEF, 2021).

Quanto ao gênero, foi apontado uma diferença significativa em ambos os sexos relação ano de 2021, observa – se que o sexo feminino possui um maior quantitativo de casos, estabelecendo um paralelo com o dito, tal resultado está atrelado ao contexto social e cultural, em que a mulher é colocada em uma situação de vitimização e de submissão desde o período da infância (OLIVEIRA et.al, 2021).

Tabela 1. Distribuição das ocorrências de violência contra crianças e adolescentes segundo dados gerais. MG, 2021

Variável	N (6558)	%
Faixa etária		
< 1 ano	330	5.00
1 – 4 anos	687	10.48
5 – 9 anos	732	11.17
10 – 14 anos	1622	24.74
15 – 19 anos	3187	48.60
Sexo		
Masculino	1778	27.11
Feminino	4780	72.88
Raça		
Ignorado / em branco	587	8.95
Branca	1927	29.38
Preta	703	10.72
Amarela	47	0.71
Parda	3261	49.73
Indígena	33	0.50
Escolaridade		
Ignorado / em branco	1764	26.89
Analfabeto	9	0,13
1ª a 4ª série incompleta do EF	329	5.01
4ª série completa do EF	187	2.85
5ª a 8ª série incompleta do EF	1103	16.81
Ensino fundamental completo	386	5.88
Ensino médio incompleto	921	14.04
Ensino médio completo	487	7.42
Não se aplica	1372	20.60
Local de ocorrência		
Residência	4.490	68.46
Habitação Coletiva	50	0.76
Escola	24	0.36
Local de pratica esportiva	14	0.21
Bar ou Similar	60	0.91
Via pública	591	9.01
Comércio/Serviços	30	0.45
Indústrias/construção	11	0.16
Outros	319	4.86
Ignorado / em branco	969	14.77

Fonte: SINAN, 2022.

No que tange a raça/etnia, constata - se de que a violência teve um predomínio em relação aos pardos, contrapondo o achado, um estudo feito no estado de Goiás, possuíram resultados que traz informações de que a raça mais afetada, são os negros, devido a questões sociais, quando comparada aos séculos antigos e também por divergências relacionadas com desigualdade social levando a condições de baixa vulnerabilidade desse público (FERNANDES, 2019).

Em relação a escolaridade, mediante as informações elencadas na Tabela 1, analisou – se uma maior incidência em vítimas que tinham o Ensino Fundamental incompleto e o Ensino Médio Incompleto, o que afirma um estudo feito por Silva *et.al* (2017), onde as crianças e adolescentes submetidas a violência, estavam cursando ou já cursaram as séries aqui referidas.

Quanto as características de local de ocorrência para a violência contra crianças e adolescentes, de forma significativa, percebe - se dados que mostram a residência como o ambiente mais propício ao acometimento de maus tratos, informações que vão de encontro com outras pesquisas realizadas, onde também relatam mediante aos resultados apurados de que, a residência é o local com maior índices de vitimização, elencado ao fato de que a vítima passa a maior parte do tempo em casa junto com o agressor e que também sugerem uma indicação de privação ao convívio social, resultando em omissão de denúncias e postergando para uma maior submissão da vítima (RIO DE JANEIRO, 2019; MARTINS *et.al*, 2013).

Compreendendo em relação as demais variáveis de violência, nota -se que as violências não decorreram de uma lesão

autoprovocada (56,64%), e também não ocorreram de formas reincidentes, ou seja, violência por repetição (38,59%). Como tipo de violência perpetrada, a violência física está em maior número de notificações (55,77%), e não com base no grau de parentesco, não teve relação com o pai (78,53%) e a mãe (80,52%) possuindo como meio para agressão, objetos perfuro cortantes (5,87%) e como tipologia de violência sexual, teve maiores resultados voltados ao estupro (49,87%) (Tabela 2).

Em relação a lesão autoprovocada, a mesma versa sobre o ato em que a vítima comete uma ação de violência contra si próprio, configurando um comportamento suicida ou autoagressão e mediante a isso, verifica – se uma resultante de que, tal fato não ocorra em uma determinante satisfatória, ou seja, numa perspectiva de queas crianças e adolescentes não cometem infrações a si mesmas e com base em pesquisa em outras fontes literárias, não foram encontrados dados que evidenciem informações que deem contrapartida com esta variável (BAHIA et.al, 2020). Avaliando em relação a reincidência de maus tratos, o percentual é considerado favorável, quando abordado sobre o quantitativo apresentado, evidenciando – se que a violência não é perpetrada mais de uma vez, porém, os valores entre sim e não, estão bem próximos entre si, implicando em uma equiparação de notificações, o que contrapõe dados de um estudo, relatando que houveram muitos casos reincidentes, entre 2013 a 2015, indicando haver continuidade na violência por um longo período de tempo (FROTA et.al, 2016).

Tabela 2. Distribuição das ocorrências de violência contra crianças e adolescentes segundo características da violência. MG, 2021

Variável	N (6558)	%
Lesão autoprovocada		
Sim	2091	31.88
Não	3715	56.64
Ignorado	402	6.12
Em Branco	350	5.33
Violência por repetição		
Sim	2241	34.17
Não	2531	38.59
Ignorado	1430	21.80
Em Branco	356	5.42
Tipos de violência		
Violência física	3.658	55.77
Violência psicológica/moral	1461	22.27
Violência por tortura	172	2.62
Violência sexual	1746	26.62
Violência por negligência/abandono	312	4.75
Violência por trabalho infantil	29	0.44
Relação com o agressor - Pai		
Sim	631	9.62
Não	5150	78.53
Ignorado	447	6.81
Em branco	330	5.03
Relação com o agressor – Mãe		
Sim	487	7.42
Não	5.281	80.52
Ignorado	459	6.99
Em branco	331	5.04
Meio de agressão – Objeto perfurocortantes		
Sim	582	8.87
Não	5268	80.32
Ignorado	304	4.63
Em branco	404	6.16
Tipos de violência sexual		
Assédio sexual	808	39.49
Estrupo	1020	49.87
Exploração sexual	69	3.37

Fonte: SINAN, 2022.

No que tange a abordagem da tipologia de violência, com base na apuração dos dados, comprova – se uma grande discrepância em relação a violência física das demais, colocando a violência física como uma das mais acometidas e em seguida, a violência sexual, resultado que vai de encontro com um estudo realizado por meio de casos registrados, também confirma a veracidade, concluindo com a explicação de que o motivo para tal situação, está atrelado ao fato de que a disseminação de maus tratos físicos, seja uma forma de educação a ser exercida, sob a ótica de quem está executando a violência (SOUTO et.al, 2018).

Trazendo de encontro com o supracitado, no que concerne a relação de grau de parentesco da vítima com o agressor, mostram – se que o pai não está intimamente ligado ao cometimento de episódios de violências, contrapondo Platt (2015), aborda que a maior parte de casos perpetrados, eram executados por indivíduos do sexo masculino e também como local recorrente de vitimização, a residência. Mas em contrapartida, em uma outra pesquisa, feita no estado do Macapá, relata que a mãe era a figura agressora principal com o maior índice de violência por negligência e abandono (OLIVEIRA et.al, 2021).

Como meio de agressão, em alguns casos notificados, tem – se como forma de execução da violência, objetos perfurocortantes, o que afirma um estudo realizado no estado da Bahia, aonde mostra que quase metade dos casos notificados, estavam ligados a lesões que ocorreram desta forma e considerando esses dados, dentre essas notificações, haviam casos com perfurações face, pescoço e crânio (SOUZA et.al, 2014).

Ao abordar sobre a violência sexual, denota-se a violência por estupro como mais recorrente, é uma informação muito preocupante, tratando – se da faixa etária trabalhada, informações que corroboram com a Polícia Civil no estado do Pará, aonde a maioria dos crimes e violências sexuais cometidos contra infantojuvenis, está correlacionado com o estupro, compreendendo o período entre 2004 a 2012, foram notificados 7.704 casos, o que é um número significativo, fato que também colabora para o encobrimento da realidade, uma vez a maioria dos crimes não são notificados e denunciados, implicando na subnotificação (PARÁ, 2017).

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que o perfil de epidemiológico das notificações, foi verificado que indivíduos da faixa etária entre 15 a 19 anos de idade, foi o público mais acometido em relação a demais idades avaliadas. Quanto ao gênero, o sexo feminino foi o alvo de maior frequência de casos. Em seguida, têm – se que a raça/etnia mais afetada, são as pessoas de cor parda. Em relação a escolaridade, indivíduos que tiveram o Ensino Fundamental e Ensino Médio incompleto, tiveram maiores índices de notificações. Por conseguinte, foi avaliado que a residência é o local com maior prevalência dos casos de violência infanto-juvenil.

Observou – se que as violências não foram perpetradas na intenção de acometimento suicida e também não ocorreram de formas recidivas e não teve correlação com o pai e a mãe. Mas destacando outro ponto, foi levantado que a violência física

teve destaque em relação ao predomínio das notificações e em consonância ao fato, teve como forma de execução da agressão, objetos perfuro cortantes, na minoria dos casos. Dados levantados, mostram que o estupro estava como um dos casos de violência sexual mais recorrentes em 2021.

5. REFERÊNCIAS

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE SERGIPE. **Grupo Vulnerável: saiba mais sobre o assunto**. Sergipe, 2016. Disponível em: < <https://al.se.leg.br/grupo-vulneravel-saiba-mais-sobre-o-assunto/#:~:text=Quem%20faz%20parte%20do%20Grupo,bissexuais%2C%20traves%20tis%20e%20transexuais> >. Acesso em: 10 de maio de 2022.

BAHIA, C. A; AVANCI, J. Q; PINTO, L. W; MINAYO, M. C. S. Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007- 2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, maio 2020. Disponível em < http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000200011&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 01 setembro de 2022.

BRASIL. Lei N° 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jul. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em: 10 de maio de 2002.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Disque 100 tem mais de 6 mil denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes em 2021.** Brasília.2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/maio/disque-100-tem-mais-de-6-mil-denuncias-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-em-2021>>. Acesso em: 02 de abril de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

CHAVES, L. N; NEVES, M. N. S. S; ARAÚJO, M. H. M; CALANDRINI, T. S. S; CARDOSO, R. F; MENEZES, R. A. O. **Epidemiologia do abuso sexual contra crianças e adolescentes admitidas em um hospital de referência da amazônia brasileira: um estudo exploratório-descritivo.** Diagn Tratamento. Macapá, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/02/1146909/rdt_v25n4_138-146.pdf>. Acesso em: 30 de agosto de 2022.

FERNANDES, H. C; COSTA, D. M. R; NEVES, R. A. **Violência sexual infanto-juvenil no estado de Goiás: análise epidemiológica.** Revista Brasileira Militar de Ciências. 2019. Disponível em: <<https://rbmc.emnuvens.com.br/rbmc/article/view/5/9>>. Acesso em: 31 de agosto de 2022

FROTA, M. A LIMA, L. B.; OLIVEIRA, M. G. P; NOBRE, C. S; COUTO, C. S; NORONHA, C. V. Perspectiva materna acerca da repercussão da violência doméstica infantil no desenvolvimento humano. **Enferm Cent O Min.** 2016. Disponível em: < <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/976/1101> >. Acesso em: 31 de agosto de 2022.

FUNDAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Homicídios de crianças e adolescentes.** 2021. Disponível em: < <https://www.unicef.org/brazil/homicidios-de-criancas-e-adolescentes> >. Acesso em: 27 de março de 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Como a violência passou a ser vista como um problema de saúde pública após a redemocratização.** Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: < <http://cee.fiocruz.br/?q=a-violencia-como-questao-de-saude-publica> >. Acesso em: 10 de maio de 2022.

MARTINS, A. F; FILHO, J. G. B; SILVA, K. A; RIBEIRO, M. A; QUEIROZ, A. C. M. Violência envolvendo crianças e adolescentes: perfil das vítimas, da agressão e dos agressores. **Rev. Enferm. UFPI.** 2013. Disponível em: < <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1219/pdf> >. Acesso em: 31 de agosto de 2022.

OLIVEIRA, T. R. C; CONCEIÇÃO, H. N; PEREIRA, B. M; OLIVEIRA, T. M. P; MOURA, L. R. P; CÂMARA, J. T. Violência infanto-juvenil: uma análise das notificações no período de 2013 a 2014. **Rev. Online de Pesquisa.** 2021. Disponível em: < <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9001/pdf> >. Acesso em: 27 de agosto de 2022.

PARÁ. Casa Civil. Fundação Pro Paz. 2017. Disponível em: < <http://www.propaz.pa.gov.br> >. Acesso em: 01 de setembro de 2022.

PLATT, V. B. **Perfil Clínico e Epidemiológico das Crianças e Adolescentes Vítimas de Abuso Sexual Notificados em um Serviço de Referência de Florianópolis, Santa Catarina** (dissertação). Santa Catarina: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. **Boletim Epidemiológico 001/2018 Divisão de Vigilância de Agravos não Transmissíveis**. Violência contra crianças e adolescentes. Janeiro – dezembro/2017.

SILVA, F. G. FONSECA, P. C. S. B; DANTAS, J. S. O. M. S; CÍNTIA, C; CARVALHO, C. T. C. **Violência infantil no Brasil: Panorama das notificações e indicadores desse fenômeno**. *Conjecturas, [S. l.]*, v. 21, n. 5, p. 146–165, 2021. Disponível em: <https://conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/178>. Acesso em: 10 de maio de 2022.

SILVA, P. A; L, V. L; LUNARDI, G. L; AREJANO, C. B; XIMENES, A. S; RIBEIRO, J. P. Violência contra crianças e adolescentes: características dos casos notificados em um Centro de Referência do Sul do Brasil. **Enfermería Global**. n 46, p. 416-431, 2017. Disponível em: < https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00406.pdf >. Acesso em: 22 de setembro de 2022.

SO, K. N. S; EGRY, E. Y; WAZIMA, C. M; APOSTÓLICO, M. R. Vídeos institucionais podem contribuir ao debate para o enfrentamento da violência doméstica infantil? **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.04592016>>. Acesso em: 10 de maio de 2022.

SOUTO, D. F; ZANIN, L; AMBROSANO, G. M. B; FLÓRIO, F. M. Violência contra crianças e adolescentes: perfil e tendências decorrentes da Lei nº 13.010. **Rev Bras Enferm**, 2018. Edição Temática: Saúde Da Mulher E Criança. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/6bSDtDH7cPwZ6YqKtFZwFNw/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 31 de agosto de 2022.

SOUZA, C. S; COSTA, M. C. O; ASSIS, S. G; MUSSE, J. O; SOBRINHO, C. N; AMARAL, M. T. R. A. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/fcyf8V5Msq4ycq3WR5Fbdt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 31 de agosto de 2022.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012 – Crianças e Adolescentes do Brasil**. Flacso. Rio de Janeiro. 2012. Disponível em: <https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/xtras/mapaviolencia2012_crianças_e_adolescentes.pdf>. Acesso em: 02 de abril de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on violence and health**. 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf>. Acesso em: 24 de março de 2022.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J; ECHEIMBERG, J. O; LEONE, C. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **J. Hum. Desenvolvimento de crescimento**, São Paulo, v. 28, n. 3, pág.356-360, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822018000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 de maio de 2022.

CAPÍTULO 11

POLÍTICAS PÚBLICA DA SAÚDE DA MULHER E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER MENOPAUSADA

Amanda Luiza da Silva Diniz

Leonardo Santana Rocha

Thaís do Rosário Nogueira Galão

Jaqueline Carrara Folly Valente

Carla Alcon Tranin

1. INTRODUÇÃO

O climatério, condição que se inicia nas mulheres por volta dos 40 anos e pode se estender até os 65 anos de idade, consiste numa fase marcada por alterações hormonais, físicas e psicológicas, caracterizada pelo esgotamento fisiológico dos folículos ovarianos, o que leva a mulher ao estado de hipoestrogenismo progressivo. Dessa forma, ocorrerão algumas mudanças no ciclo menstrual, podendo torná-lo irregular até cessar por completo. Já a menopausa é marcada como fim da menacme, tendo como sinal específico a cessação completa da menstruação (BRASIL, 2015; BRASIL, 2020).

No climatério existem alguns fatores que indicam sinais e sintomas dessa fase, dentre eles, pode-se citar os aspectos psicológicos, sociais e biológicos. Com isso destaca-se que podem ocorrer alguns transtornos psicológicos, como por exemplo, a mudança de humor, diminuição do sono, depressão, ansiedade, nervosismo e depressão. O aspecto social é marcado por alterações de humor, diálogo e contato com as pessoas, podendo afetar também o convívio com familiares, colegas de trabalho e amigos. Já as manifestações biológicas cursam com cefaleia, fraqueza, tonturas, fogachos, palpitações e sudorese noturna, que podem estar ligados à diminuição de estrogênio (ALVEZ et al., 2015).

Da mesma forma, a menopausa apresenta sintomas, os quais são percebidos pelas mulheres como um problema de saúde, já que esta apresenta alterações corporais como ganho de peso, ondas de calor, redução da libido, mudança de humor, dificuldades para dormir, estresse e mudanças a nível celular características do

envelhecimento (ARAÚJO et al.; 2018).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), no ano de 2014 a população feminina era 51% da parcela de habitantes do país, e no mesmo ano, o Brasil apresentava aproximadamente 29 milhões de mulheres entre climatério e menopausa, o que totalizava 27,9% da população feminina brasileira (ALVES et al., 2015; BRASIL, 2020).

Dentro deste contexto, faz-se necessário pensar o papel do profissional de enfermagem para o amparo e atendimento de tais pacientes, bem como as práticas e condutas que se deve ter nesse momento. Para Pereira et al. (2014), as consultas de enfermagem têm por finalidade proceder com atividades privativas e executadas pelo enfermeiro, com os problemas na saúde identificados sendo prescritos e implementados para as medidas de conforto a serem realizadas. A existência da enfermagem e do trabalho de seus profissionais visa, portanto, a promoção, prevenção e recuperação do paciente.

De acordo com Bezerra et al.; (2016) o Processo de Enfermagem (PE) tem por finalidade possibilitar ao enfermeiro a organização, planejamento e estruturação no direcionamento do cuidado, de forma que subsidia o profissional na tomada de decisão e constante avaliação da efetividade de suas intervenções. Dentre as fases do PE, temos o Diagnóstico de Enfermagem, o qual oportuniza ao enfermeiro o parecer clínico das respostas do cliente/paciente aos estímulos recebidos perante os potenciais problemas detectados por meio da coleta de dados; objetivando a melhoria na assistência prestada e resolução das principais queixas.

Assim, partilhando com Bezerra et al. (2016), Moreira e

Silva (2021) reforçam que as intervenções de enfermagem são fundamentais na avaliação do estado de saúde da mulher, sendo necessário que se adote o diagnóstico como referência.

Sua relevância reside na necessidade de ampliação e constante atualização dos procedimentos envolvidos na saúde da mulher, aumentando a qualidade e expectativa de vida desse segmento populacional, bem como o nível de informação que tem sobre o funcionamento do próprio corpo. Dessa forma, através desses levantamentos, podem ser pensadas novas políticas públicas e instruções de trabalhos aos enfermeiros para sistematizar os procedimentos para fins de sua qualificação em instituições de saúde públicas e privadas.

Hilleshein et al. (2009) dizem que as políticas públicas na saúde da mulher têm como caráter voltado apenas para as questões relacionadas a fases reprodutivas, com isso a implementação do (se tiver um significado esta sigla, colocar aqui antes) PAISM, passam a ter um pouco mais de recursos e investimentos englobando princípios que mais tarde seriam incorporados na própria concepção do SUS (por exemplo, a noção de integralidade)

O exposto acima, permeia o objetivo principal deste estudo, que buscou identificar os principais Diagnósticos de Enfermagem aplicados com mais prevalência às mulheres climatéricas e menopausadas, baseados no NANDA-I.

2. DEFININDO CONCEITOS

Segundo Rocha et al. (2019) o envelhecimento feminino envolve importantes questões fisiológicas, e um marco importante

nesse processo é o advento do climatério e menopausa, tendo seu início por volta dos 40 anos de idade. Esse período é longo, sendo marcado por uma vasta sintomatologia e vulnerabilidades. Algumas mulheres ainda sentem que é constrangedor entrar nessa fase e possuem pensamentos que delimitam a passagem por essa etapa como algo momentâneo em sua vida.

A menacme se caracteriza pelo início do período reprodutivo, sendo marcada com o surgimento da menarca e, posteriormente, da menopausa (SOUZA, 2012).

Já o climatério corresponde à fase da vida da mulher marcada por um importante período de transição na menacme. Este processo é uma etapa natural de evolução do ciclo reprodutivo feminino, tendo seu início em torno dos 40 anos, quando geralmente há redução ou até mesmo esgotamento dos folículos ovarianos, ocorrendo um declínio na reprodução de estrogênio e progesterônio que logo irá desencadear a menopausa (DINIZ, 2012).

Outro conceito importante de ser apreendido é o da perimenopausa ou pré-menopausa, uma condição clínica marcada por períodos de amenorreia com duração de três a onze meses, manifestando-se em mulheres com idade acima dos 45 anos, frequentemente com manifestações vasomotoras (MELO et al., 2017).

Assim, seguindo esta cronologia, a menopausa ocorre entre a idade de 40 a 50 anos. É o encerramento de um ciclo comum nas mulheres, que devem enfrentar como algo normal e natural em suas vidas. Geralmente quando a mulher entra nessa fase, é notório que ocorra a cessação do ciclo menstrual, havendo falência

na função ovariana. Após a última menstruação, decorridos 12 meses ininterruptos, pode-se considerar a mulher como menopausada. Nessa fase do envelhecimento feminino, pode haver atrofia urogenital e tegumentar, manifestações metabólicas, mamárias, neurogênicas e psicogênicas (RODRIGUES et al., 2017; FERREIRA et al., 2015).

A menopausa é classificada em duas subdivisões: a menopausa espontânea, que ocorre naturalmente na mulher, resultado de um processo fisiológico, e a menopausa provocada ou até mesmo artificial, que pode ser desencadeada por uma cirurgia ou ações medicamentosas ou radioterápicas (OLIVEIRA et al., 2016).

3. ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E HORMONAIS NA SENECTUDE

Basílio et al. (2016) relatam que a expectativa de vida das mulheres vem aumentando com o passar dos anos, enquanto o índice de mortalidade entre a população masculina apresenta-se maior do que a parcela feminina da população. Esses dados podem ser atribuídos devido às mulheres procurarem atendimento médico mais rápido que os homens, levando então esse declínio na taxa de mortalidade. Assim, temos a ocorrência do fenômeno chamado de feminilização do envelhecimento.

Rocha et al. (2019) enfatizam que quando fala-se da saúde da mulher, é relevante a abordagem das alterações fisiológicas decorridas com a chegada do climatério e menopausa, período este

que se inicia em torno da quarta década de vida desta população, sendo este um processo longo, marcado por vasta sintomatologia e fragilidades.

Antão (2017) explica que quando se fala sobre declínio da função ovariana, trata-se de um processo com a transição entre a fase reprodutora e não reprodutora da mulher devido ao esgotamento folicular ovariano. Esse fenômeno fisiológico tem seu curso previsível, levando a alterações psicológicas, biológicas e físicas.

Segundo Souza et al. (2015) as mudanças hormonais que ocorrem nas mulheres trazem alterações simultaneamente acompanhadas de uma correlação entre a estética corporal e o estado emocional, o que envolve toda a fragilidade da mulher, fazendo com que ela se sinta desconfortável diante da sociedade e perdendo todo o seu encanto feminino.

Com a cessação dos ciclos menstruais decorrida da menopausa é sabido que podem ocorrer inseguranças para as mulheres, pois para muitas, a menopausa pode acarretar transtornos psíquicos e sociais, uma vez que o pensamento de se sentir velha pode ocasionar sofrimentos, exigindo, dessa forma, abordagem multiprofissional que objetive atenção integral à saúde, minimizando os impactos advindos do climatério e menopausa (FERREIRA et al., 2013).

4. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DA MENOPAUSA

A menopausa possui alguns sinais e sintomas que afetam diretamente a qualidade de vida das mulheres, da sua família e até

mesmo do seu local de trabalho, interferindo em seu convívio social. Alguns sinais e sintomas clássicos são os vasomotores, neuropsíquicos, distúrbios do sono e alterações urogenitais (SILVA et al., 2020).

Os sintomas vasomotores conhecidos como onda de calor, fogachos e ruborização podem acarretar diminuição do sono, levando a diversos problemas de saúde mental. Estudos ressaltam que as mulheres que passam pelo climatério e menopausa sofrem bastante com esses sintomas, pois eles afetam a sua vida por inteiro, sendo desencadeados pela disfunção de estrogênio, ocasionando ganho de peso, problemas cardiovasculares, e palpitações que geralmente duram poucos minutos (FRETTA et al., 2017).

Freitas et al. (2015) salientam que as alterações urogenitais se associam a diversos outros sintomas, uma vez que afetam diretamente o aparelho urogenital feminino, levando à secura vaginal, diminuição da libido, dispareunia, perda da musculatura vaginal e diminuição da flora e atrofia vaginal; desencadeando enfraquecimento da estrutura e a perda hormonal que altera a sua atividade sexual, afetando então os sistemas neuropsicológicos. Nessa fase é importante ressaltar a importância da prevenção de eventuais Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Os sistemas neuropsicológicos estão relacionados ao desempenho cognitivo da mulher, de forma que na fase do climatério até o período da menopausa as mulheres sofrem muito, tendo suas atividades de vida diárias prejudicadas, ocasionado estresse, dificuldade de raciocínio e resolução de problemas (BERNARDES, 2017).

5. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

De acordo com Santos (2014), a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia que tem por objetivo garantir rigor e consonância na elaboração do Processo de Enfermagem, planejando o trabalho da equipe de enfermagem e instrumentalizando suas ações para que possam planejar, executar, intervir, organizar, delegar e priorizar a assistência conforme julgamento pautado na decisão clínica assistencial, sendo necessário que seja garantida a realização do cuidado de forma contínua.

Ainda segundo o autor, a implementação da SAE foi desenvolvida por Wanda de Aguiar Horta em 1967, baseado na Teoria da Motivação Humana de Maslow, sendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem composta por seis fases, sendo o Diagnóstico de Enfermagem uma delas.

De acordo com a Resolução Cofen – 358/2009 (que dispõem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implantação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados), em seu artigo 4º:

“Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem

esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas”

Segundo a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, do Exercício Profissional de Enfermagem e regulamentada pelo Decreto 94.406 de 08 de junho de 1987, em seu artigo 11º, “o enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe: Privativamente “[...] planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem”.

Segundo Moreira et al. (2018) o Processo de Enfermagem, introduzido por Wanda de Aguiar Horta, é dividido em 6 fases, sendo o Diagnóstico de Enfermagem a segunda fase do processo. O DE (verificar se essa sigla apareceu anteriormente no texto) permite analisar dados colhidos na anamnese, identificar os problemas de enfermagem e quais necessidades básicas estão afetadas, bem como o grau de dependência que o paciente tem da equipe de enfermagem.

6. A IMPORTÂNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) trata-se de uma metodologia específica para planejar os

procedimentos e assistência dos profissionais da área. Segundo Santos (2014), a SAE objetiva a garantia de rigor e consonância no planejamento do Processo de Enfermagem, organizando as ações da equipe ativa e instrumentalizando suas ações para melhor assertividade em suas execuções e intervenções, priorizando a assistência conforme decisão clínica assistencial, numa necessidade de cuidados contínuos. Dessa forma, é possível ordenar melhor os mecanismos de trabalho e focar nos pacientes de forma individual, atentando para observações não apenas de ordem biológica, mas também social e cultural, analisando modos de vida e perfis socioeconômicos.

O Processo de Enfermagem é dividido em fases, sendo o Diagnóstico de Enfermagem a segunda delas. Essa fase em específico, parte da necessidade de escolha de uma linguagem padrão para a assistência no que tange aos problemas identificados pelo enfermeiro. Assim, é preciso escolher um sistema de classificação de diagnósticos para analisar dados colhidos na anamnese e identificar as necessidades básicas afetadas, assim como medir o grau de dependência que determinado paciente tem para com a equipe de enfermagem.

Dessa forma, essa etapa trabalha ativamente para analisar como os indivíduos reagem a certas condições de vida e saúde, priorizando a ideia de individualidade do paciente, mas sem perder o redimensionamento sociocultural e os padrões estabelecidos para determinados perfis. A relevância de um levantamento dos diagnósticos mais frequentes reside justamente na apuração do perfil dos problemas de saúde de uma dada população.

Segundo Bezerra et al. (2016) identificar as necessidades de cuidados facilita para que intervenções específicas sejam implementadas com segurança, aumentando a qualidade da assistência de enfermagem. Outro benefício apontado por eles é o uso de afirmativas diagnósticas para melhorar a assistência de enfermagem por retratar suas necessidades reais.

Esse movimento é importante por adequar os profissionais de enfermagem a uma linguagem específica que facilita o desenvolvimento de futuras pesquisas e por difundir boas práticas no ambiente de trabalho, influenciando na educação em enfermagem.

Apesar de todos os benefícios trazidos pelos Diagnósticos de Enfermagem – inclusive a nível orçamentário, visto o caráter de redução de riscos à saúde –, ainda há grande dificuldade em implementar sua prática clínica. Dentre as limitações mais comuns estão a falta de tempo da equipe para organizar as reuniões e cursos necessários, a falta de recursos humanos, contenção de gastos a nível público e privado, baixa motivação dos profissionais e falta de conhecimento atualizado dos enfermeiros sobre os procedimentos. Para o bom funcionamento do processo, é preciso “formação de grupos de estudos para discussões sobre diagnósticos de enfermagem frequentes” (BEZERRA et al., 2016, p. 972), inclusive quando trata-se especificamente da saúde da mulher.

Como também apontado por Santos (2014), para que os Diagnósticos de Enfermagem sejam implementados de forma assertiva entre as equipes, é necessária padronização de

registros e levantamentos dos Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes por meio da análise retrospectiva de prontuários. Para que isso ocorra, todos os profissionais envolvidos devem ter conhecimento de seus procedimentos e tempo para dedicar à sua correta organização, visto que a coleta e análise de dados é essencial para esse momento.

A medição se dá através da identificação de termos de enfermagem para populações específicas (por exemplo: mulheres climatéricas e menopausadas) por

meio de coleta de dados e avaliação individualizada dos pacientes, e não a partir de diagnósticos médicos.

Para esses levantamentos, não importam apenas aspectos biológicos da condição física do indivíduo e seus números de registro, deve-se ir além, levantando faixa etária, estado civil, número de filhos, etnia, grau de instrução, região em que vive, uso de medicamentos, tipo de dieta e frequência de exercícios físicos. Dessa forma, questões biológicas e sociais se unem, tratando o paciente como um indivíduo completo, e não apenas como um corpo físico

E como cada população possui demandas específicas, os planejamentos também o devem ser, para que assim consigam atender às demandas locais, que variam muito de acordo com a região do Brasil, cidade e bairro (EDUARDO; NAPOLEÃO, 2020).

Mesmo após uma implementação de sucesso, é essencial que o monitoramento para sua qualificação persista, analisando e reformulando em tempo real a logística operada pela equipe de

enfermagem. Os profissionais carecem de atualização constante, treinamento e acompanhamento, para assim aprimorarem suas práticas clínicas com objetivo de melhorar a assistência de saúde.

Além da responsabilidade dos agentes clínicos diretos e seus gestores, para a escolha de um sistema de classificação de diagnósticos também é preciso de apoio

governamental para sua implementação através de sistemas unificados. Assim, novas legislações e fiscalizações se fazem necessárias, bem como cartilhas integradas a serem distribuídas a nível federal, qualificando as equipes de forma unificada.

Dessa forma, observa-se que os três estudos pesquisados para esta seção estão de acordo com uma perspectiva integrada dos diagnósticos de enfermagem, considerando fatores externos à saúde física e salientando a necessidade de uma equipe bem preparada para reconhecer esses aspectos (SANTOS, 2014; BEZERRA et al., 2016; EDUARDO; NAPOLEÃO, 2020).

7. PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PARA MULHERES CLIMATÉRICAS E MENOPAUSADAS

Para a melhor compreensão dos principais Diagnósticos de Enfermagem para esse segmento da população, abaixo seguem quadros que elencam seus principais registros, de acordo com definições e classificações da NANDA 2018-2020, intervenções de enfermagem NIC 6º edição 2016 e resultados esperados NOC 5º edição, 2015.

Quadro 1. Domínio 4: Atividade/ Repouso

Problema	Diagnostico de Enfermagem (NANDA 2018-2020)	Intervenções de Enfermagem (NIC 2016)	Resultados Esperados (NOC 2015)
INSÔNIA	Insônia associada a alteração no humor relacionada a ansiedade.	<p>Determinar efeitos de medicamentos sobre o sono;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar e eliminar situações estressantes antes de dormir; - Ouvir queixas subjetivas referentes à qualidade do sono; - Identificar o que interrompe o sono e a frequência que ocorre. 	<p>Verbalizará que entende o distúrbio do sono;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificará as intervenções apropriadas para promover o sono; - Dirá que houve melhora do padrão de sono, que se sente melhor e mais descansado.

Fonte: Elaborado pelo NANDA, NIC e NOC.

Quadro 2. Domínio 4: Atividade/ Repouso

Problema	Diagnostico de Enfermagem (NANDA 2018-2020)	Intervenções de Enfermagem (NIC 2015)	Resultados Esperados (NOC 2016)
FADIGA	Fadiga associado alteração na concentração relacionado a estressores.	<p>Determinar as limitações físicas da paciente;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar atividades para as quais há necessidade de ajuda, e definir conjuntamente com a paciente as formas de resolução; - Identificar alterações no estilo de vida, conflitos relacionados com o trabalho; - Encorajar a verbalização dos sentimentos sobre as limitações. 	<p>Dirá que sente mais energia;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificará a causa da fadiga e as áreas sob controle pessoal; - Saberá encaminhar solicitação de ajuda sempre que necessário; - Participará das atividades desejadas de

Fonte: Elaborado pelo NANDA, NIC e NOC.

Quadro 3. Domínio 1: Promoção da saúde

Problema	Diagnóstico de Enfermagem (NANDA 2018-2020)	Intervenções de Enfermagem (NIC 2015)	Resultados Esperados (NOC 2016)
COMPORTAMENTO DE SAÚDE PROPENSO A RISCO	Comportamento de saúde propenso a risco associado á não aceitação da mudança no estado de saúde relacionado ao apoio social insuficiente	Modificação de comportamento em relação ao uso de substâncias psicoativas; A Avaliação da saúde garantindo vínculo e continuidade dos cuidados à saúde prestados.	Ocorra o Controle de riscos

Fonte: Elaborado pelo NANDA, NIC e NOC.

Com isso o quadro de Diagnostico de Enfermagem oferece ao enfermeiro um plano de ação, que o aproxima do objetivo esperado atrás de ações realizadas anteriormente refletidas, embasado nos problemas encontrados no paciente e , portanto a produtividade espelha a sensível melhora no processo de trabalho através da qualidade das ações traçadas.

8. CLIMATÉRIO E MENOPAUSA: UMA ABORDAGEM BIOPSIKOSSOCIAL

Todas as questões ante expostas podem ser aplicadas especificamente no caso da Saúde da Mulher, enfocando em seus cuidados específicos, nas limitações de gênero que existem em nossa sociedade e na busca por autocuidado na saúde física, psíquica e sexual.

No caso da temática alvo desse capítulo, optou-se pelo recorte em mulheres climatéricas e menopausadas, a fim de identificar os principais diagnósticos de enfermagem presentes para essa população. Para que essa coleta e análise de dados ocorra, é necessário que exista sólida Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Buscou-se uma abordagem biopsicossocial para a análise desse eixo, unindo perspectivas biológicas (os conceitos hormonais que envolvem o climatério e menopausa, seus períodos, diagnósticos e sintomas físicos), psíquicas (focando na saúde mental das mulheres desse grupo) e social (como os fatores físicos e mentais afetam o comportamento e como estes são afetados pelos modos de vida das pacientes). Para isso, é preciso que as equipes de enfermagem estejam preparadas para um olhar mais aprofundado sobre essas condições, pondo-se num exercício de escuta e alteridade para compreensão do quadro real das mulheres assistidas. Assim, podem orientá-las em busca de modos de vidas mais saudáveis e com redução de danos, aumentando o bem-estar deste segmento da população.

Segundo Diniz (2012), com o envelhecimento populacional

crescendo ano a ano, sobretudo entre as mulheres, cuja expectativa de vida é maior que a dos homens em todo o planeta. No entanto, apesar do crescente número de procura por orientações nesse eixo, continuam sendo aspectos pouco estudados pela enfermagem e ginecologia. A autora levanta a hipótese de que isso ocorra por uma tendência da ginecologia contemporânea em enxergar a mulher como corpo reprodutor por excelência, dispensando pesquisas de aprimoramento aos cuidados daquelas fora de idade reprodutiva. Centrando seus esforços nas fases de ciclo reprodutivos, câncer de mama e de ovário, o climatério torna-se uma fase menos estudada e assistida, carecendo de novas pesquisas para o planejamento ativo de como assistir esse segmento da população.

Dessa forma, é importante desmistificar o climatério, ainda visto como tabu por muitas mulheres. Isso pode se dar através de motivação, orientações para mudanças de estilo de vida e prevenção de doenças nesse momento da vida, sobretudo Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). São nesses aspectos que os Diagnósticos de Enfermagem podem auxiliar para mudanças de comportamentos que possam diminuir riscos e aumentar o bem-estar das pacientes envolvidas.

Ainda segundo Diniz (2012), o climatério se dá geralmente em mulheres entre 40 e 60 anos, e é dividido em 3 fases: pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa. A pré-menopausa se inicia por volta dos 40 anos, quando da diminuição da fertilidade e da regularidade dos ciclos menstruais – nessa fase ainda é possível engravidar, embora as chances sejam diminutas. Já a perimenopausa é caracterizada pelo período entre os 2 anos antes da última menstruação e 1 ano após a última menstruação. Por fim, a pós-menopausa inicia-se 1 ano após a última menstruação.

Com todas essas alterações hormonais, por mais graduais que sejam, problemas físicos podem ser registrados, diferenciando a rotina e percepção do corpo das mulheres climatéricas. Na perimenopausa há sintomas neurológicos advindos da redução dos hormônios sexuais atuando no sistema nervoso central, trazendo alterações vasomotoras, cognitivas, de humor e sono (MELO et al., 2017).

Dentro desse escopo, “as memórias episódicas, visual e verbal, a fluência verbal, a atenção e a velocidade de processamento são as funções mais afetadas” (MELO et al., 2017, p. 132).

Outros estudos ainda apontam para a prevalência de ondas de calor em 70% das mulheres em climatério (SANTOS-SÁ, 2006, apud DINIZ, 2012).

Em termos de saúde mental, o hipoestrogenismo influencia diretamente na produção de neurotransmissores cerebrais, podendo acarretar em sintomas psíquicos. Fora o fator biológico, o quadro pode se agravar de acordo com questões sociais que podem aparecer nesse momento da vida, como a “síndrome do ninho vazio” vindo da entrada dos filhos na vida adulta, carência afetiva, sensação de desamparo psicossocial e diminuição de renda numa fase menos produtiva da vida, somando a possível falta de compreensão dos parceiros sexuais e as próprias pressões estéticas ocidentais, que desconsideram a beleza da velhice, acarretando em problemas de autoestima para essas mulheres (DINIZ, 2012).

Em termos de sexualidade, o hipoestrogenismo leva à diminuição do suporte pélvico e da lubrificação de tecidos urogenitais, causando dispareunia (dor durante relações sexuais, sobretudo durante a penetração). Somado a isso temos aspectos

sociais como a possível não compreensão do parceiro sexual, o tabu em se falar sobre isso, a ausência de informações, baixa autoestima e vergonha.

Nesses casos, as mulheres podem ser orientadas pela própria equipe de enfermagem, com vistas ao aumento de seu bem-estar e qualidade de vida no cotidiano (DINIZ, 2012).

Se algumas mulheres vêem o período de climatério como um problema, outras, no entanto, enxergam nele a possibilidade de uma vida sexual mais livre por conta da progressiva redução da fertilidade. Nesses casos, também cabe aos profissionais de enfermagem orientações gerais para a prevenção contra IST, já que seus índices têm aumentado sobretudo na população idosa.

9. A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PARA MULHERES CLIMATÉRICAS E MENOPAUSADAS

Analisando os fatores apontados acima, entende-se a necessidade de uma abordagem biopsicossocial para essa população, já que os sintomas nunca estão isolados em apenas um eixo da vida. Com isso, percebe-se o quanto a assistência em saúde pode se beneficiar de Diagnósticos de Enfermagem que integrem uma visão mais elaborada sobre o indivíduo, analisando sua situação real em vários âmbitos da experiência humana, e não apenas em seu quadro físico restrito.

Dessa forma, podem ser feitas triagens com questionários integrando investigações à nível físico, psíquico e sexual, atentando as pacientes sobre a importância de respostas assertivas. Além de

alimentar bancos de dados e focar a assistência de enfermagem no indivíduo, isso auxilia para reduzir os tabus em torno do climatério e menopausa, com as mulheres observando a seriedade de procedimentos que se preocupem com essa fase da vida.

É de suma importância reverter o paradigma da ginecologia contemporânea que se atenta com maiores esforços apenas às fases reprodutivas, e a atenção de diagnósticos de enfermagem pode ser um passo importante nessa direção, exercitando a escuta para esse segmento populacional (EDUARDO e NAPOLEÃO, 2020; DINIZ, 2012).

Além disso, é importante que as triagens tragam levantamentos como faixa etária, número de filhos, estado civil, etnia, uso de medicamentos, dieta, frequência na prática de exercícios, região da moradia, trabalho, escolaridade e renda. Com essas informações, é possível traçar perfis socioeconômicos das mulheres climatéricas e menopausadas, habilitando para compreender suas demandas. Depois disso, finalmente é possível desenvolver ações concretas para redução de riscos, conscientização para o autocuidado, orientações de saúde gerais e aumento do bem-estar dessa população.

No caso das mulheres que estão transicionando da fase reprodutiva para a não reprodutiva, é importante que órgãos governamentais pensem políticas públicas para sua conscientização e padronização dos procedimentos de enfermagem, integrando a uma abordagem unificada e com o suporte financeiro adequado. Assim, a manutenção dessas práticas não é de responsabilidade exclusiva das equipes de enfermagem e seus gestores, precisando haver o suporte necessário para que o Processo de Enfermagem

se dê da forma adequada, com recursos humanos, financeiros, orientações e cursos continuados para o aperfeiçoamento das práticas clínicas.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que os Diagnósticos de Enfermagem são importantes para a qualificação dos enfermeiros, individualização do paciente, aumento do bem-estar, confiança na equipe de enfermagem, redução de danos e de custos, visto que quando as pessoas estão melhores informadas, adoecem menos por aplicarem métodos de prevenção. Para que isso possa ocorrer, é necessário estrutura adequada, e essa deve ser demandada às autoridades governamentais, que devem implementar políticas públicas para Processos de Enfermagem mais eficientes.

Cabe aos gestores das equipes de enfermagem o exercício de organização, planejamento, motivação da equipe e visão a longo prazo, com cursos para aperfeiçoamento constante das práticas clínicas e aumento da autonomia dos profissionais de enfermagem.

Com questionários melhores elaborados e com perguntas de ordem biopsicossocial, os diagnósticos de enfermagem devem prezar por uma abordagem integrada para que os dados coletados auxiliem para análises mais abrangentes e formulação de perfis socioeconômicos das populações envolvidas. No caso da Saúde da Mulher, em específico para as climatéricas e menopausadas, recomenda-se que sejam levantadas questões como idade, estado civil, número de filhos, uso de medicamentos, dieta, frequência de

atividades físicas, profissão e grau de escolaridade. As respostas a esses registros podem facilitar o traçar dos perfis presentes nesse segmento da população, auxiliando para que sejam implementadas ações de enfermagem adequadas ao contexto em que estão inseridas.

Segundo os dados levantados ao longo dessa pesquisa, os principais Diagnósticos de Enfermagem prevalentes em mulheres climatéricas e menopausadas

são ondas de calor, depressão, alterações sexuais e urogenitais, distúrbios de sono e problemas vasomotores. O nível desses sintomas varia de acordo com aspectos socioculturais e as condições de vida das pacientes, de forma que a assistência às suas necessidades deve incluir a busca por mudanças de comportamento através da educação, autoconhecimento e aumento do autocuidado.

Diante do constante envelhecimento da população feminina, faz-se necessária a ampliação de pesquisas sobre a saúde da mulher, visto o aumento da demanda social nos últimos anos. Para futuras pesquisas, estudos de caso mais restritos podem ser adicionados, desenvolvendo não apenas novos conhecimentos sobre o declínio cognitivo do climatério, como também abordagens clínicas e terapêuticas de sucesso.

11. REFERÊNCIAS

ALVEZ, B.P; NEUMAIER, C; WILHEIM, L.A; PRATES, L.A; SCARTON, L; RESSE, L.B.O climatério na perspectiva de mulheres. **Rev Eletrônica Trimestral de Enfermaria**, Barcelona, 2015. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/pt_docencia3.pdf. Acesso em: 05 maio 2021.

ANTÃO, M.S. Influência da menopausa ao nível do periodonto. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Instituto Superior de Ciência da Saúde Egas Moniz. Almada, Portugal, p. 67. 2017. Disponível em: http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19969/1/Ant%c3%a3o_M%c3%b3nica_Sim%c3%b5es.pdf. Acesso em: 07 maio 2021.

ARAÚJO, A.R; CHAGAS, R.K.F; LIMA, I.C.S. Terapias alternativas para tratamento dos sintomas da menopausa / Alternative therapies for the treatment of menopause symptoms. SIMP. TCC/ Sem. IC, Brasília, v. 13, 2018, p.1831-1844. Disponível em: http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/a5c82bb02c0decf7995c7270da7197c4.pdf. Acesso em: 04 maio 2021.

BASÍLIO, B.N; RIBEIRO, V.V; PEREIRA, E.C; LEITE, A.P.D. Autoavaliação vocal de mulheres na menopausa, Rev. CEFAC, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n3/1982-0216-rcefac-18-03-00649.pdf>. Acesso em: 29 maio 2021.

BERNARDES, V.S.P. Vivência das mulheres na menopausa e alternativas da THS. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Instituto Superior de Ciência da Saúde Egas Moniz. Almada, Portugal, p. 70. 2017. Disponível em: http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20181/1/Bernardes_Vanessa_Sofia_Pereira.pdf. Acesso em 2 jun. 2021.

BEZERRA, M.L.R; CHAVES, M.D; NUNES, S.F.L; COSTA, A.I.S; CASTRO, Y.T.B.O. Diagnósticos de Enfermagem do Domínio promoção da saúde emmulheres climatéricas com osteoporose. Rev Enferm UFPE, v. 10; n. 3; p. 969-976; Pelotas; mar.; 2016.

BRASIL. Climatério. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/1090-climaterio#:~:text=No%20climat%C3%A9rio%20h%C3%A1%20uma%20diminui%C3%A7%C3%A3o,estende%20at%C3%A9%20os%2065%20an.> Acesso em: 29 abr. 2021.

BRASIL. Lei N° 7.498/1986, de Maio de 1986. Atividades privativas dos Enfermeiros. COREN, Brasília – DF, 2019. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2019/06/Manual-de-Perguntas-Frequentes.pdf>. Acesso em: 09 maio 2021.

BRASIL. Menopausa e climatério: Brasília, Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/3346-menopausa-e-climaterio>. Acesso em: 29 abr. 2021.

Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) / Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman; [tradução Soraya Imon de Oliveira... et al]. – Rio de Janeiro; Elsevier, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009. Brasília: COFEN; 2009.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 [recurso eletrônico] / [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]; 11. ed.; Porto Alegre: Artmed.

DINIZ, V.L.N.M. Assistência à mulher no climatério pela equipe de saúde da família. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Formiga, 2012. 29 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Assistencia_mulher_no_cli_materio.pdf. Acesso em: 14 maio 2021.

EDUARDO, A.H.A; NAPOLEÃO, A.A. Processo de implementação de diagnósticos de enfermagem na prática clínica. PRONADA, Secad Artmed, Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://portal.secad.artmed.com.br/artigo/processo-de-implementacao-de-diagnostic-os-de-enfermagem-na-pratica-clinica>. Acesso em: 13 set. 20201.

FERREIRA, V.N; CHINELATO, R.S.C; CASTRO, M.R; FERREIRA; M.E.C. Menopausa: marco biopsicossocial do envelhecimento feminino. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil, v. 25, n. 2, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000200018. Acesso em: 02 jun. 2021.

FERREIRA, I.C.C; SILVA, S.S; ALMEIDA, R.S. Menopausa, sinais e sintomas e seus aspectos psicológicos em mulheres sem uso de reposição hormonal. *Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde*, São Paulo, v. 19, n. 2, 2015, p. 60-64. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/260/26042168003.pdf>. Acesso em: 28 maio 2021.

FREITAS, R.F; FREITAS, T.F; VIEIRA, D.R; ROCHA; N.G.S.; SANTOS, G.S; REIS,V.M.C.; PASSOS, B.M.A.; ROCHA, J.S.B. Qualidade de vida das mulheres climatéricas de acordo com o estado menopausal. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 13, n. 1, 2015, p. 37-47.

FRETTA, T.B; REIS, N.M; Melhora dos sintomas do climatério por meio da atividade física: uma revisão sistemática. *SAÚDE REV.*, Piracicaba, v. 17, n. 46, 2017, p. 67-78. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/view/3385>. Acesso em: 20 jun. 2021.

HELLESHEIM, B.; SOMAVILHA, V. C.; DHEIN,G.Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. *Psicol. Rev. (Belo Horizonte)* vol.15, no.1, Belo Horizonte abr, 2009. Disponível em : http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682009000100012.

MELO, C.S.B; SOUZA, T.S; TEODOR, L.I; LEGRAMANTI, S; FANTON, S.V; RUCKL, S.Declínio cognitivo e perimenopausa: revisão sistemática. *Sociedade Brasileira de Reprodução Humana Assistida*, São Paulo, v. 32, n. 2, 2017, p. 132-137. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-reproducao-climaterio-385-pdf-S1413208716300711>. Acesso em: 13 ago. 2021.

MOORHEAD S, JOHNSON M, MAAS M, SWANSON E. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 5º ed. São Paulo: Elsevier, 2015.

OLIVEIRA, J.; PERUCH, M. H., GONÇALVES, S.;H.A.A.S, P. Padrão hormonal feminino: menopausa e terapia de reposição female hormone patter: menopauseand replacement therapay, Revista RBAC, 2016. Disponível em : <http://www.rbac.org.br/>

PEREIRA, RTA; FERREIRA, V. A Consulta de Enfermagem na estratégia saúde da família: Revista Uniara, Araras, v. 17, n.1, 2014. Disponível em: <https://revistarebram.com/index.php/revistauniara/article/view/10>. Acesso em: 13 ago. 2021.

RODRIGUES; R. M., REIS; A. C, E. Saúde da mulher, Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência – PIBID 2017.. Disponível em: <http://www.indicto.com.br/site/uploads/rar/ca3d512c5a9045db28e2c2a60379c6ec.pdf>

ROCHA, M.D.H.A; SOUZA, M.I.B; CAVALCANTE, P.A.M; ROCHA, P.F.A; SANTOS, S.C.C.S; MARIANO, W.S. Saúde da mulher e do homem idoso na contemporaneidade: abordagens fisiológicas e sociais. Business Techn, New Jersey, v. 11, c. 3, 2019, p. 72. Disponível em: <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/430/358>. Acesso em: 08 jun. 2021.

SANTOS, W.N. Sistematização da assistência de enfermagem: O contexto histórico, o processo e obstáculos da implementação. Manag Primary Health Care, New York, 2014, p. 153 - 158. Disponível em: <https://jmphc.com.br/jmphc/article/view/210/213>. Acesso em: 03 abr. 2021.

SILVA, B.F; MACIEL, C.S; SOUZA, L.M.M; DUARTE, L.A. Menopausa em tempos de pandemia COVID-19. Rev. Edição Especial Covid/Pandemia, Uberlândia, 2020. Disponível em: <http://revista.unesc.br/ojs/index.php/revistaunesc/article/view/229/80>. Acesso em: 04 jun. 2021.

SOUZA, N.L.A; ARAÚJO; C.L.O. Marco do envelhecimento feminino, a menopausa: sua vivência, em uma revisão de literatura. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 18, n. 2, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/26430/18952>. Acesso em: 19 ago. 2021.

SOUZA, A.C.V. Idade da menopausa e da menarca: inquérito populacional em mulheres climatéricas. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) - Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 106f, 2012. Disponível em: <http://tedebc.ufma.br:8080/jspui/bitstream/tede/1175/1/DISSERTACAO%20ANA%20CLEIDE.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2021.

CAPÍTULO 12

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO E SUA IMPLANTAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

Letícia da Silva Rezende
Elenice Claudete Dias
Leonardo Santana Rocha
Carla Alcon Tranin

1. INTRODUÇÃO

O e-SUS é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB), quem tem como objetivo informatizar o Sistema Único de Saúde (SUS), criando uma nova forma de gestão de informações, amparando os municípios para que haja reestruturação das informações da Atenção Básica, além de promover a qualidade e organização dos serviços prestados aos usuários em âmbito nacional (BRASIL, 2018).

Por meio da portaria GM/MS N° 1412, de 10 de julho de 2013, são preconizados à estratégia e-SUS algumas diretrizes e requisitos, com o intuito de organizar a reestruturação dessa ferramenta, são eles: individualizar o registro, integrar a informação, reduzir o retrabalho na coleta de dados, informatizar as unidades, gestão do cuidado e coordenação do cuidado (BRASIL, 2018).

Dentro do sistema e-SUS existe a funcionalidade de dois modelos desoftwares destinados à operacionalização da coleta de dados, o CDS (Coleta de Dados Simplificado) e o PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) (BRASIL, 2018).

O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), é uma ferramenta que possui como principal objetivo aumentar a qualidade do atendimento do paciente, permitindo que suas informações de saúde sejam acessadas em qualquer ponto de atenção da saúde, seja no nível de atenção primário, secundário ou terciário, de forma rápida e sucinta, garantindo a integralidade nas ações. É um sistema que faz a união dos dados do paciente acrescentados pela equipe multiprofissional, garantindo dados corretos, completos e fidedignos para que as ações sejam efetivas na resolução dos

problemas (OLIVEIRA, 2013; LAHM e CARVALHO, 2015; THOFERN, 2006).

Segundo Gonçalves *et al.* (2013), o PEC otimiza os serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS), pois possibilita o facilitamento da intercomunicação entre os serviços de saúde, norteia os cuidados prestados, reduz a taxa de exames e procedimentos desnecessários, possibilita o intercâmbio de informações em longas distâncias, além de garantir a continuidade do cuidado.

Além disso, esse software facilita a qualificação do registro clínico, bem como a potencialização do processo de trabalho. Ele auxilia a gestão da equipe de Atenção Primária pelo enfermeiro, norteando as ações prestadas pela unidade. Outra função muito importante de se destacar sobre esse sistema, é a integralidade e continuidade do cuidado ao paciente, através do planejamento do mesmo, sendo ele individual ou familiar (BRASIL, 2015).

Entretanto a implantação dessa ferramenta, apesar de possuir diversas vantagens, apresenta alguns obstáculos de grande relevância, que prejudicam a utilização do mesmo. De acordo com Moraes (2016), em uma pesquisa realizada em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) de Rio Pardo- RS, as principais barreiras encontradas foram a resistência de alguns profissionais com o uso dessa tecnologia devido à falta de qualificação e conhecimento para tal; além da falta de máquinas suficientes para utilização dos profissionais. Outro fator também em cheque, são as redes de internet deficientes e precárias para usar com agilidade.

Diante dos inúmeros benefícios encontrados pela implantação do PEC vindo em confronto com alguns empecilhos que dificultam a sua implantação, se fez necessário avaliar essa problemática no

contexto atual. Com isso, o objetivo deste capítulo é analisar os fatores que servem como barreira para implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão na Atenção Primária.

1.1. Prontuário do Paciente

Para que todo o serviço da Atenção Primária seja realizado de forma sucinta, é necessário que o trabalho burocrático esteja sendo realizado de forma eficaz. Contudo, a grande quantidade de papel que este serviço cria, torna-se uma barreira para os profissionais de saúde, acarretando em desorganização do fluxo das informações e do processo de trabalho, e com isso, limitando a utilização do sistema de saúde pelo usuário (SANTOS et. al, 2017).

De acordo com Rios (2017) e Pinheiro (2015), dentre vários benefícios trazidos pelo SISAB, essa ferramenta também trouxe alguns obstáculos, que acabaram desestimulando os profissionais da área quanto ao uso da ferramenta. Alguns dos entraves encontrados foram: extravio de informações importantes, perda de dados já registrados no sistema, sendo necessário ressaltar a falta de habilidade dos profissionais quanto ao uso e manejo desse software.

O Departamento de Atenção Básica (DAB), visando melhorar e reformular os registros e informações, criou o e-SUS, que disponibiliza acesso para Coleta de Dados Simplificada (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), para organizar e reestruturar as informações, tornando o SUS mais eletrônico. A partir dessa inovação as Unidades Básicas de Saúde passaram a ser solicitadas a utilizarem o Prontuário Eletrônico como registrador de dados do usuário (BRASIL, 2014).

Nota-se que, atualmente a inserção de tecnologias de informação na saúde tem se mostrado em alta. Tendo em vista que o prontuário de papel é um modelo ultrapassado devido à grande presença de erros, letras ilegíveis, abreviaturas e siglas incompatíveis, o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) se mostra como um novo conceito de registro, que facilita a comunicação entre a equipe Multiprofissional. (GOMES et. al, 2019).

O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM N° 1.638, de 10 de julho de 2002, no artigo 1º, define o Prontuário do Paciente como sendo:

Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (BRASIL, 2020).

Para Canêo et. al (2014), a implantação do Prontuário Eletrônico nos serviços de saúde pública, demandam educação permanente aos profissionais de saúde, bem como pesquisas para aprimoração das práticas de registro, além de insumos e produtos de alto custo. Entretanto essas ações devem ser financiadas pelas instituições públicas de saúde, órgãos estes, que demandam maior tempo para liberação de recursos.

O PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão) é uma ferramenta disponibilizada pelo sistema e-SUS que tem como objetivo facilitar

o compartilhamento de informações entre a equipe de saúde, visando a melhoria e agilidade do cuidado ao paciente. Entretanto se encontra alguns desafios ao decorrer de sua utilização como o retrabalho pelos profissionais de saúde, pois a deficiência de capacitação dos mesmos gera falta de confiança na ferramenta, fazendo com que utilizem vários sistemas, além do prontuário de papel. (PEREIRA; ZACHARIAS; SCHONHOLZER, 2020).

Canêo et. al (2014), destaca em seus estudos que o principal obstáculo da implantação do PEC, visto em pesquisas de vários autores, é a dificuldade dos profissionais em utilizar tecnologias inovadoras, pela deficiência de conhecimentos na área da informática.

Para os autores Lourenção e Ferreira Junior (2016), a implantação do Prontuário Eletrônico tem alguns aspectos negativos como a priorização de questões de cunho administrativos sobrepondo às questões de planejamento da atenção à saúde, além de aumentar o tempo de atendimento e refletir diretamente na relação médico-paciente.

Segundo Gonçalves et. al (2013), os benefícios da utilização do Prontuário Eletrônico superaram as dificuldades, porém ainda citam alguns empecilhos como alto custo para a implantação, além da necessidade de capacitação dos profissionais quanto utilização correta da ferramenta.

Gomes et. al (2019), em sua pesquisa, descreve primeiramente como barreira para implantação do PEC a resistência de alguns profissionais para com inovações tecnológicas, ressaltando a importância de a Secretaria de Saúde oferecer treinamento aos servidores. Outro fator citado pelo autor é a falta de computadores e insumos suficientes para todos os funcionários, o que dificulta o processo de trabalho dos mesmos.

Apesar de ser uma ferramenta com inúmeros benefícios, os profissionais da saúde em geral ainda têm receio quanto ao seu uso, devido às dificuldades encontradas para manusear a ferramenta. Muitos deles não tem conhecimentos básicos de informática e devido a isso, criam resistência para utilização do sistema. Portanto se faz necessário a implementação de treinamentos voltados aos usuários do programa, com o intuito de familiarizar e os deixar cientes da forma de utilização do PEC. Vale ressaltar também que, para que os servidores consigam acessar a ferramenta, é necessário equipamentos de qualidade e em números suficientes, como computadores habilitados e internet adequada (LAHM; CARVALHO, 2015).

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização do Prontuário Eletrônico na Atenção Básica é de extrema relevância para os serviços de saúde, visto que, diminui os erros de terapêutica, potencializam o trabalho das equipes de saúde, além de garantir um cuidado integral e contínuo do paciente, excluindo com isso, interrupções no processo de saúde e cuidado do paciente.

Embora sua implantação ainda encontre alguns obstáculos e seja de difícil aceitação para parte dos profissionais de saúde, seus benefícios se sobressaem às estas dificuldades, evidenciando que sua utilização é de suma importância para a melhoria da acessibilidade da saúde pelo paciente.

Portanto, o PEC é uma ferramenta que viabiliza o serviço da Atenção Primária, juntamente com as Redes de Atenção à Saúde e por esse motivo a sua utilização deve ser incentivada pelas

autoridades competentes, através de capacitações aos profissionais de saúde, condições eficazes para uso da ferramenta pelas equipes de Atenção Primária, bem como equipamentos de qualidade que facilitem a utilização rápida e simplificada do software.

3. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1 [recurso eletrônico] / **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Manual do Uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)/ **Ministério da Saúde, Departamento da Atenção Básica.** – Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. e-SUS atenção básica: manual de implantação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014c.

CANÊO, P., K.; RONDINA, J., M. Prontuário Eletrônico do Paciente: conhecendo as experiências de sua implantação. **Journal Of Health Informatics**, p. 67-71, abril-junho, 2014.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1.638/2002.** Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, DF: O Conselho, 2002. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.html

GOMES, P., A., R.; FARAH, B., F.; ROCHA, R., S.; FRIEDRICH, D., B., C.; DUTRA, H., S. Prontuário eletrônico do cidadão: instrumento para o cuidado de enfermagem. **Rev Fund Care Online**, out/dez 2019.

GONÇALVES, J., P., P.; BATISTA, L., R.; CARVALHO, L., M.; OLIVEIRA, M., P.; MOREIRA, K., S.; LEITE, M., T., S. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate**, v.37, n. 96, p. 43-50, 2013.

LAHM, J., V.; CARVALHO, D., R. Prontuário eletrônico do paciente: avaliação de usabilidade pela equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2015.

LOURENÇÃO, L., G.; FERREIRA JUNIOR, C., J. Implantação do prontuário eletrônico do paciente no Brasil. **Enfermagem Brasil**, v. 15, n. 1, 2016.

MORAES, E., G. Implantação do e-SUS no processo de trabalho em Unidade de Saúde da Família [Monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grandedo Sul- Faculdade de Medicina- **Especialização em Saúde Pública**; 2016.

OLIVEIRA, J., F. Gestão de Tecnologias da Informação e da Comunicação na Saúde: uma análise sobre o uso do prontuário eletrônico. **Interface**, v. 9, n. 1, 2013.

PEREIRA, J., A., S.; ZACHARIAS, F., C., M.; SCHONHOLZER, T., E. Avanço no uso do prontuário eletrônico do cidadão na atenção primária à saúde. **SAJES- Revista da Saúde da AJES**, v. 6, n. 12, p.113-122, jul/dez 2020.

PINHEIRO, J., P.; MATURRO, L.; PILZ, C.; HARZHEIM, E.; SANTOS, P., P. Avaliação das capacitações realizadas pelo TelessaúdeRS para utilização doProntuário Eletrônico do Cidadão (PEC). **Lume- Repositório Digital**, 2015.

PINTO, V., B. Prontuário eletrônico do paciente: documento técnico de informaçãoe comunicação do domínio da saúde. **Enc. Bibli: R. Eletr. Bibliotecon.**, Florianópolis, n.21, 2006.

RIOS, A., F., M.; PINHEIRO, A., L., S. Sistema de informação: ferramenta da gestão em saúde na atenção básica. **Revista Brasileira de Ciências em Saúde**, Ilhéus, v. 1, n. 1, p. 1-13, jan. 2017.

SANTOS, T., O.; PEREIRA, L., P.; SILVEIRA, D., T. Implantação de sistemas informatizados na saúde: uma revisão sistemática. **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, jul/set 2017.

THOFEHRN, C.; LIMA, W., C. Prontuário eletrônico do paciente - A importância da clareza da informação. **Revista Eletrônica de Sistemas de Informação**, v. 5, n. 1, 2006.

CAPÍTULO 13

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM NO PUERPÉRIO IMEDIATO

Rayane Aparecida Caetano Fortes Ferreira
Eliangela Saraiva Oliveira Pinto
Leonardo Santana Rocha
Alessandra Santos de Paula

1. INTRODUÇÃO

A utilização de protocolos assistenciais no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal está presente na prática de enfermagem das instituições de saúde que prezam pela qualidade e segurança do paciente. Esses protocolos podem ser aplicados nos mais diversos tipos de serviços, como os de emergências, terapia intensiva, bloco cirúrgico, unidades de internação, maternidade e até mesmo em unidades básicas de saúde. Entretanto, para sua implementação requer que eles façam parte da estratégia de gestão do serviço (BRASIL, 2013).

Na gestação, a mulher precisa lidar com diversas mudanças, fisiológicas, emocionais e sociais, logo estar grávida é um momento em que não somente a mulher gera uma criança, mas também passa a sentir as influências disso no seu cotidiano. Como fase ativa do ciclo gravídico-puerperal pode-se destacar o puerpério, onde os fenômenos hormonais ocorrem associados ao anabolismo e síntese (GOMES; SANTOS, 2017).

O puerpério, ou pós-parto é uma fase que se inicia logo após a expulsão do conteúdo uterino gravídico e se estende até aproximadamente seis semanas após o parto. É um momento único na vida da mulher e exige adaptações que podem gerar vulnerabilidade, por envolver muitas mudanças, não só físicas como também psicológicas (ACOSTA et al., 2012).

Segundo Andrade et al. (2015) o puerpério imediato é o período do pós- parto até o 10º dia. No âmbito hospitalar a assistência acontece por cerca de 24h em casos de parto normal e de 48h para o parto cesariano. Por ser uma fase de grande vulnerabilidade podem acontecer intercorrências e complicações que coloquem em risco a vida da mulher. Nesse cenário hospitalar,

a assistência de enfermagem é direcionada ao atendimento das necessidades de cuidados do binômio mãe-filho.

O parágrafo único da Lei nº 7.498/86 afirma que os enfermeiros obstétricos devem atuar de modo a assistir a parturiente e o parto normal, sendo capaz de identificar inadequações obstétricas e de tomar decisões até a chegada do médico, realizar episiotomia e epsiorrafia, e aplicação de anestesia local se necessário (COFEN, 2013, p.49).

Para poder atuar nesse cenário o enfermeiro conta ainda com a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 516/2016, alterada pelas resoluções COFEN 524/2016 e 672/202, que normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos, garantindo todos os cuidados de enfermagem necessários durante cada fase (COFEN, 2016).

O enfermeiro deve prestar uma assistência puerperal adequada, visto que sua competência técnico-científica propiciará um suporte que reduza os riscos à saúde e evite reflexos negativos que a sensação de abandono materno infantil pode gerar na vida do binômio (NARCHI, 2011; PARADA, 2008).

Essa assistência deve acontecer de forma que o profissional se atente as necessidades físicas e psicossociais da puérpera e do bebê, realizando sempre orientações com base no entendimento e compreensão da realidade de cada caso (GOMES; SANTOS, 2017).

Os protocolos assistenciais são elaborados por meio de evidências científicas, tornando a assistência mais segura, atualizada e qualificada, padronizando e organizando todo o processo, a fim de garantir melhoria nos resultados esperados com as

práticas realizadas no pré-parto, parto e puerpério (MELO, 2016; NICOLINI, 2017).

Para o atendimento dos pacientes que apresentam riscos e/ou agravos, faz-se necessário considerar informações específicas como diagnóstico, tratamento proposto, prognóstico e prevenção. Essas informações devem ser respeitadas ao longo da assistência ao paciente, e para isso utiliza-se de protocolos clínicos padronizados, os quais são documentos científicos e técnicos que trazem essas importantes informações (PONTES et al., 2022).

Nesse contexto, tem-se a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), uma ferramenta regulamenta pelo Conselho de Enfermagem que organiza e orienta o trabalho da enfermagem. Por meio da SAE as necessidades do paciente são identificadas e pode-se então planejar e efetivar adequadamente o atendimento e a evolução desse paciente com qualidade. Para que a SAE seja executada é necessário que os profissionais da enfermagem se atentem ao seu papel, e à importância de seu vínculo com o paciente. De maneira específica, para a atenção ao parto, a SAE torna-se aliada na assistência com ética, moral, responsabilidade e sensibilidade (SANTOS; RAMOS, 2012).

O protocolo assistencial do Estado de Minas Gerais, com base nos dados da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras de 2013, 2014 e 2015, evidencia que a assistência prestada durante o parto deve preconizar o protagonismo da mulher, e enfatiza que a assistência baseada em evidências científicas garante a segurança e o bem-estar do binômio (ABENFO, 2015).

Uma boa assistência de enfermagem é fundamental para a saúde da mãe e do filho no puerpério, e esse momento ímpar na vida de ambos requer uma atenção especializada e sistematizada. Com base nos protocolos assistenciais é possível que o enfermeiro

tome decisões e estabeleça condutas que irão proporcionar uma melhor qualidade de vida materno infantil.

Entretanto, o uso de protocolos assistências de enfermagem no atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal não é obrigatório e por conta disso, observa-se que sua utilização está restrita aos serviços que adotam políticas de segurança do paciente. Desta forma, ao observar esta situação, foram levantados os seguintes questionamentos: Qual a importância dos protocolos para quem os utiliza? Por que implementaram os protocolos? Quais foram as dificuldades para implementá-los? Quem implementou reconhece os pontos positivos? Neste sentido, este estudo teve os seguintes objetivos:

- Descrever a importância dos protocolos assistenciais de enfermagem no puerpério imediato no âmbito hospitalar;
- Verificar os motivos da implantação dos protocolos assistenciais de enfermagem no puerpério imediato no âmbito hospitalar;
- Descrever as principais dificuldades encontradas pela equipe de enfermagem na implantação dos protocolos de assistência no puerpério imediato em âmbito hospitalar;
- Identificar os pontos positivos da implantação de protocolos de assistência de enfermagem no puerpério imediato em âmbito hospitalar.

1.1. Protocolos assistenciais de enfermagem no puerpério imediato no âmbito hospitalar

Os protocolos assistências consistem em ferramentas tecnológicas inseridas no âmbito do trabalho da enfermagem que

tem a capacidade de gerenciar a saúde, oferecendo segurança aos profissionais e usuários dos serviços de saúde. A organização que adota protocolos no cuidado da enfermagem tende a ter maior suporte e oferecer o melhor serviço (KRAUZER et al., 2018).

Muitas instituições que compreendem a importância da adoção dos protocolos de assistência, o adotam a fim de organizar e otimizar o serviço, maximizar a qualidade do trabalho e padronizar condutas necessárias ao atendimento. No entanto, compreende-se que haja grande número de instituições que mantem protocolos engavetados, não sendo utilizado nem discutido pela equipe, o que afeta a qualidade do serviço ao impedir que haja padronização das condutas, levando, conseqüentemente, a erros durante os procedimentos de assistência (KRAUZER et al., 2018).

Sobre a importância do uso de protocolos nos cuidados prestados pela equipe de enfermagem, podemos afirmar que:

“Na enfermagem, gerenciar e administrar em tal complexidade, além de ser uma atividade privativa do enfermeiro, requer conhecimentos, habilidades e atitudes cujo desenvolvimento é possível quando se percebe que essas dimensões são indissociáveis e estão imbricadas na formação regular, no modelo da estrutura institucional, nas tecnologias disponíveis e nas características e envolvimento dos profissionais com a organização do serviço. Essas características convergem para um modo de ser e fazer flexíveis e dialógicos ideais para uma instituição de saúde que faz jus à sua missão (KRAUZER et al. 2018, p. 5)”

Em muitos casos, os profissionais não conhecem os protocolos, não sabem como aplicá-lo na prática, isso porque não tiveram tempo de estudarem sobre a apropriação dos protocolos, ou ainda, não utilizam por sobrecarga de trabalho, quando há número inadequado de profissionais (KRAUZER et al., 2018).

Nesse sentido, ao se pensar no momento do puerpério imediato, ainda no ambiente hospitalar, compreende-se a necessidade de se discutir mais sobre a importância de um protocolo de assistência em enfermagem nesse contexto.

É importante, inicialmente, pensar que no Brasil o modelo de nascimento é dito “hospitalocêntrico”, com mais de 85% dos partos sendo por meio de cesárea (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2021), e um elevado uso de intervenções que antes eram usadas apenas em casos extremos, como a fórceps e a episiotomia (SILVA et al., 2016).

A fim de garantir a preservação da saúde da mulher e do seu recém-nascido, o governo brasileiro criou o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI) em 1974, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, e algumas portarias importantes, como a nº 1.016 que tratam sobre o sistema de alojamento conjunto, e a portaria nº 985, de 1999, que estabeleceu o Centro de Parto Normal-CPN, para atender as mulheres nessa fase. Alguns anos mais tarde foi criado o Programa de Humanização do Pré-Natal e nascimento, o Projeto Maternidade Segura, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e a Lei do Acompanhante em 2005, a Rede Amamenta Brasil, em 2008, e a Rede Cegonha, em 2011 (ALVES et al., 2021).

Apesar de todos esses avanços políticos no âmbito da saúde da mulher e do recém-nascido, ainda se faz necessário que a equipe de saúde esteja prontamente preparada para atuar nesse cuidado

a fim de prevenir complicações, como hemorragias, infecção puerperal, tromboflebites; mastite e infecções do trato urinário, pois o momento imediato após o parto exige cuidados específicos a fim de garantir a saúde e o bem-estar da mãe e do recém-nascido. Alguns cuidados recomendados são o clampeamento do cordão umbilical em momento oportuno, o contato pele a pele entre a mãe e o bebê logo após o nascimento, e o aleitamento materno nas primeiras horas de vida. Deve-se haver uma padronização do serviço para que a assistência prestada traga benefícios imediatos e ao longo da vida do neonato e da mãe, bem como, sejam prevenidas as intervenções desnecessárias e prejudiciais nas primeiras horas após o nascimento (OLIVINDO et al., 2021).

Uma das determinações do Ministério da Saúde é que a mulher e o recém-nascido recebam assistência de qualidade ao longo de todo o puerpério, imediato e tardio, e para isso, o profissional da enfermagem está apto a atuar com dignidade e respeito, fornecendo acolhimento e humanização nesse cuidado. Para completar essas atribuições do enfermeiro, é importante pensar que a criação de protocolos de assistência, além de suas muitas vantagens, permite a atuação do enfermeiro de maneira mais abrangente e segura (XAVIER; SPOLIDORO, 2018).

Como exemplo de implantação de protocolo nesse contexto foi o trabalho de conclusão de curso de Lins (2017), que teve por objetivo implantar o protocolo de boas práticas de assistência ao recém-nascido na sala de parto. A autora ofereceu intervenção educacional e capacitação para a equipe de enfermagem, e em conjunto com a gestão e a comissão de obstetrícia conseguiu implantar o protocolo em um hospital regional do interior de Sergipe.

Para Brandão et al. (2020) a implantação de um protocolo de

assistência puerpério imediato é fundamental para garantir a saúde do binômio mãe-filho, prevenir agravos, assegurar que a mãe tenha uma recuperação bem-sucedida, reduzir o tempo de internação, e o risco de contraírem infecção em ambiente hospitalar.

1.2. Dificuldades na implantação dos protocolos de assistência no puerpério imediato em âmbito hospitalar

O período puerperal, especialmente o imediato, é considerado de risco e requer cuidados específicos e integrais para que a saúde da mãe e do recém-nascido sejam preservadas. Para direcionar esse cuidado, os protocolos de assistência são utilizados, contudo, sua implantação em âmbito hospitalar enfrenta grandes desafios. Em análise a essa questão, Krauzer et al. (2018) descreveram as principais dificuldades encontradas para implantar esses protocolos.

Inicialmente, um dos pontos mais destacados como desafiadores é o fato do alto turnover de profissionais dentro dos hospitais. Comumente, a área da saúde é diferente de outras áreas do mercado de trabalho, as quais acabam prezando pela rotatividade para “renovar” a organização. Na área da saúde, essa rotatividade tende a ser prejudicial, pois afeta as relações entre os membros da equipe, e entre eles e a organização, levando a descontinuidade do serviço, e logo, a menor qualidade do mesmo (PAGNO; FAVERRI, 2014; KRAUZER et al., 2018).

Assim, não é possível dar seguimento ao protocolo, pois muitas vezes o profissional que acabou de entrar não sabe utilizar, não tem tempo para aprender, ou mesmo, não tem interesse. Logo, o hospital pode possuir protocolo, pode até ter sido usado por algum tempo, mas isso não se mantém. Para que se mantenha,

é necessário envolvimento da gestão e dos demais membros da equipe da enfermagem no sentido de aprimorar e estabelecer esse uso, fornecendo até mesmo treinamento e capacitação específica para que esse profissional possa aplicá-lo de modo rotineiro (PAGNO; FAVERRI, 2014; KRAUZER et al., 2018).

Outro ponto importante é a alta carga de trabalho enfrentada por esses profissionais. Muitos hospitais operam com quadro reduzido de funcionários, sobrecarregando a equipe, que precisa atender a toda a demanda, mas muitas vezes sem qualidade, pois não tem tempo para estudar, nem mesmo se aprimorar, e acabam fazendo o serviço de uma forma “automática”, sem buscar maneiras de melhorar a qualidade da assistência prestada. Isso faz com que não haja interesse em buscar por um protocolo, uma vez que o mesmo acaba exigindo um formato de ações que muitas vezes não condiz com a realidade do serviço e da demanda. Ou ainda, quando já há um protocolo criado, essa sobrecarga acaba fazendo com que esse seja deixado de lado, para que consiga suprir a demanda (BRANDÃO et al., 2020).

Normalmente o enfermeiro acaba sendo responsável por múltiplas funções, além da prática do cuidado, como gerenciamento de recursos e pessoas, liderança, capacitação da equipe, avaliação da qualidade do serviço, criação de técnicas para melhora da assistência, entre outros. E isso interfere na atuação direcionada, especialmente quando há um protocolo a seguir. Consequentemente, a qualidade da assistência é reduzida, e em se tratando de uma fase de risco como puerpério imediato, pode acabar colaborando para que complicações à mãe e ao recém-nascido ocorram (BRANDÃO et al., 2020).

É necessário, portanto, que haja intervenção nesse cenário, que é complexo e necessita da atuação de múltiplos setores.

Primeiro, a gestão precisa compreender essa sobrecarga e melhorar o quadro de funcionários, organizando o serviço, e segundo, a própria equipe de enfermagem precisa estar atenta e envolvida nesse cuidado e, sobretudo, consciente da importância da utilização de um protocolo de assistência ao puerpério imediato. Cabe ao enfermeiro discutir essa necessidade da gestão, e levar toda a equipe a se envolver de forma comprometida com o uso do protocolo (KRAUZER et al., 2018).

1.3. Pontos positivos da implantação de protocolos de assistência de enfermagem no puerpério imediato em âmbito hospitalar.

A importância de uma assistência de qualidade no momento do puerpério imediato se dá, sobretudo, visando garantir saúde e bem-estar para a mãe e o bebê, a fim de prevenir complicações e promover uma recuperação rápida e bem-sucedida, sem agravos para ambos, com baixo risco de infecção hospitalar e com o menor tempo possível de internação materna ou neonatal (BRANDÃO et al., 2020).

Para que a enfermagem consiga oferecer essa assistência, a implantação de protocolos tem sido uma importante estratégia. Sobre os protocolos, Krauzer et al (2018) discorre que:

“Protocolos assistenciais são tecnologias que fazem parte da organização do trabalho da enfermagem e se constituem em um importante instrumento de gerenciamento em saúde. Na atualidade, valer-se dessas tecnologias é

prerrogativa das instituições de saúde que prezam pela excelência dos serviços e buscam garantir a segurança dos profissionais e usuário. Nesse sentido, a adoção dos protocolos para o cuidado é pertinente e dá suporte para organizar e gerenciar o trabalho de enfermagem. Algumas instituições lançam mão dos protocolos para organizar o serviço, otimizar o trabalho e padronizar condutas, incorporando-as à prática assistencial e arranjando-se a partir dos recursos disponíveis (KRAUZER et al., 2018, p. 2).”

É importante pensar que, dentro da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), o enfermeiro busca aplicar metodologias que o auxiliem na avaliação do paciente, e que o permita desenvolver seu potencial intelectual, aumentando sua capacidade de tomar decisões e de oferecer a melhor assistência. Contudo, mais do que o cunho administrativo e operacional, a SAE deve envolver a humanização, para que a incidência de danos ao paciente seja reduzida. Nesse sentido, o sistema de saúde e a OMS estabelecem como necessidade a implantação de protocolos de assistência, os quais visando, prioritariamente, melhorar a segurança dos pacientes e oferecer assistência humanizada e integral (LIMA et al., 2021; PONTES et al., 2022).

No momento do puerpério imediato os protocolos de assistência da enfermagem direcionam os enfermeiros a executarem funções fundamentais ao momento, aplicando medidas que sejam eficazes na prevenção de negligências, imperícias e imprudências, garantindo um pós-parto imediato seguro e saudável para mãe e bebê (LIMA et al., 2021; PONTES et al., 2022).

Segundo Pontes et al. (2022), a elaboração de um protocolo de enfermagem, no contexto do puerpério imediato, se faz necessário para que a equipe de enfermagem atue com autonomia, e qualidade, prevenindo erros nesse processo. O protocolo deve ser uma referência à implantação da SAE, de forma a garantir a individualidade do paciente, rompendo com a visão biomédica e medicalizada, e pautando-se na assistência humanizada e integral. Sobre isso, os autores descrevem que:

“A elaboração de um protocolo de enfermagem é de extrema importância, visto que, tal sistematização visa promover a autonomia do enfermeiro, por intermédio de uma assistência metodológica, através de mecanismos de avaliação pautados em padrões de qualidade, materiais transdisciplinares e domínio científico. Além disso, essa protocolização tem papel fundamental no processo assistencial, posto que visa promover e preservar a integralidade da assistência, reiterar a perspectiva biopsicossocial econômica diante da atuação assistencial, prevenir complicações maternas e perinatais, atenuar a morbimortalidade, garantir a segurança emocional, física e psicológica do atendimento, além de fomentar condições mais favoráveis (PONTES et al., 2022, p.6).”

Considerando que o cuidado da enfermagem no puerpério imediato é imprescindível para auxiliar a mulher a se adaptar as mudanças biológicas e psicossociais, a prevenir complicações decorrentes do parto, e a criar vínculo com a gestante e sua

família para promoção a saúde, compreende-se que a implantação do protocolo seja útil para direcionar a conduta do enfermeiro, sobretudo, para que suas ações sejam prudentes, eficazes, seguras e humanizadas (BRANDÃO et al., 2020).

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O momento do puerpério imediato é bastante delicado e necessita ser conduzido de forma prudente, para que a mãe e o bebê tenham segurança. É notório que a rotina no contexto hospitalar muitas vezes dificulta a atuação integral do enfermeiro, seja pela elevada demanda, seja pela falta de capacitação, gerada muitas vezes pela falta de tempo. Com isso, a implantação de um protocolo específico para a assistência da enfermagem no puerpério imediato traz a importância de permitir que todas as condutas sejam padronizadas e direcionadas no sentido de garantir que a assistência prestada à gestante e ao bebê seja de qualidade, pautadas na humanização e na integralidade.

A discussão levantada por este trabalho de revisão permitiu apresentar o que a literatura compreende sobre essa temática, perpassando os conceitos envolvidos, as dificuldades e as vantagens da implantação dos protocolos no puerpério imediato hospitalar. Com base nos estudos que compuseram esta revisão, pôde-se perceber que muitos profissionais compreendem a importância do protocolo, mas, muitas vezes, o serviço de saúde e a equipe de enfermagem não utilizam o protocolo, especialmente em virtude da demanda imposta.

Nesse sentido, espera-se que este trabalho contribua para chamar atenção dos enfermeiros para a necessidade de utilizarem

o protocolo, visando garantir a segurança da mãe e do bebê, prevenindo complicações e promovendo a saúde de ambos no puerpério imediato.

3. REFERÊNCIAS

ABENFO. Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras. **Assistência ao parto e nascimento. Diretrizes para o cuidado multidisciplinar.** ABEFO, 2015. 33p.

ACOSTA, D. F.; GOMES, V. L. O.; KERBER, N. P. C.; COSTA, C. F. S. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, Dez. 2012.

ALVES, R. S.; SILVA, M. P. B.; LEITE, A. C. et al. Análise e monitoramento das taxas de cesárea no Brasil segundo a classificação de Robson. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, 2021.

ANDRADE, R. D.; SANTOS, J. S.; MAIA, M. A. C.; MELLO, D. F. Factors related to women's health in puerperium and repercussions on child health. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 181-186, 2015.

AZEVEDO, O. A.; GUEDES, E. S.; ARAÚJO, S. A. N. et al. Documentation of the nursing process in public health institutions. **RevEsc Enferm USP**, v. 53, p. 1-8, 2019.

BRANDÃO, A. B. et al. Atuação do enfermeiro no puerpério imediato em um hospital maternidade no Pará. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 3, 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Relatório da Autoavaliação das Práticas de Segurança do Paciente**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. **Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasil, 2008.

CHEFFER, M. H.; NENEVÊ, D. A.; OLIVEIRA, B. P. Assistência de enfermagem frente às mudanças biopsicossociais da mulher no puerpério: Uma revisão da literatura. **Varia Scientia-Ciências da Saúde**, v. 6, n. 2, p. 157-164, 2021.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 358/09, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Brasil, 2009.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 0516/16**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro Obstetra e Obstetritz. Brasília, DF, 24 de junho. 2016.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução no. 223/99, de 03 de dezembro de 1999**. Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na Assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. Brasil, 1999.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Recomendação nº 011, de 07 de maio de 2021. **Recomenda orientações do Poder Executivo Federal sobre o Programa Parto Adequado.** 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1731-recomendacao-n-011-de-07-de-maio-de-2021> Acesso: 16 ago 2022.

FILHO, S. T. S. et al. **Protocolo de atenção e assistência ao trabalho de pré- parto, parto e pós-parto.** Hospital Regional do Oeste de Santa Catarina. Chapecó, 2018. 47p.

GALVÃO, C. M. Níveis de evidência. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p.5, 2006.

GOMES, G. F.; DOS SANTOS, A. P. V. Assistência de enfermagem no puerpério. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 2, p. 211- 220, 2017.

KRAUZER, I. M.; DALL'AGNOLL, C. M.; GELBCKE, F. L. et al. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em Enfermagem. **REME – Rev Min Enferm**, v. 22, 2018.

LIMA, S. C.; QUEIROZ, P. S. S.; VERAS, A. S. et al. Assistência ao pré-natal de baixo risco: avaliação da qualidade das consultas de enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, p. 1-11, 2021.

LINS, J. W. C. J. S. **Implantação do protocolo de boas práticas na assistência ao recém-nascido na sala de parto.** Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, 2017. 41p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt052901042013.html>.

MACHADO, M. A.; SANTOS, A. A. P.; OLIVEIRA, S. J. M.; SANCHES, M. E. T. L. Exame obstétrico realizado pela enfermeira: da teoria à prática. **Enfermagem em Foco**, [S. l.], p. 67-71, 2016.

MELO, D. S. A.; SANTOS, A. A.; SILVA, J. M. O. et al. Percepção da mulher quanto à assistência ao parto. **Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 2, 2016.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019.

MESQUITA, N. S.; RODRIGUES, D. P.; MONTE, A. S. et al. Percepções de puérperas sobre os cuidados de enfermagem recebidos no pós-aleitamento imediato/ Percepções de puérperas acerca do cuidado de enfermagem recebido no pós-parto imediato. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 1, p. 160-166, jan. 2019.

NARCHI, N. Z. Exercício de competências essenciais para o cuidado em obstetrícia por enfermeiras em São Paulo, Brasil. **Obstetrícia**, v. 27, n. 1, p. 23-9. São Paulo: 2011.

NICOLINI, A. B.; CORRÊA, A. C.; MEDEIROS, R. M. K. et al. Processo de elaboração de protocolo para assistência humanizada de enfermagem ao parto de risco habitual. **Ciência, Cuidado E Saúde**, v. 16, n. 4, 2017.

OLIVINDO, D. D. F.; COSTA, L. P.; TRINDADE, T. B. B. M.; SANTOS, T. B. Assistência de enfermagem a mulher em período puerperal: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, 2021.

PAGNO, M. S.; FAVERI, F. Rotatividade da equipe de enfermagem: análise dos fatores relacionados. **Rev Adm Hosp Inov Saúde**, v. 11, n. 2, p. 136-42, 2014. Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2061/1360>

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev Bras Saude Mater Infantil**, v. 8, n. 1, p. 113-24, 2008.

PONTES, A. F. et al. Assistência de enfermagem e implantação dos protocolos de assistência para gestantes de baixo risco no pré-parto. **Research, Society And Development**, v. 11, n. 6, 2022.

SALES, C. B.; BERNARDES, A.; GABRIEL, C. S. et al. Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. **Rev. Bras.Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 126-134, Feb. 2018.

SILVA, L. P.; SILVEIRA, L. M.; MENDES, T. J. M.; STABILE, A. M. Assistência ao puerpério e construção de fluxograma para consulta de enfermagem. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 1, p. 101-113, 2020.

SILVA, U.; FERNANDES, B. M.; PAES, M. S. L. et al. O cuidado de enfermagem vivenciado por mulheres durante o parto na perspectiva da humanização. **Ver Enferm UFPE**, v. 2, n. 1. 2016

XAVIER, H. A.; SPOLIDOR, F. V. Assistência do enfermeiro no ambiente hospitalar durante o puerpério imediato. **Revista Enfermagem em Evidência**, v. 2, n. 1, p. 28 41, 2018.

CAPÍTULO 14

ANÁLISE DO GRAU DE COMPROMETIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DOS IDOSOS ENTRE 70 A 80 ANOS EM UMA EQUIPE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE COIMBRA-MG

Alexsandra Chaves de Souza
Matheus Lopes Cabral
Leonardo Santana Rocha
Renata Siqueira Faria
Jaqueline Carrara Folly Valente
Alessandra Santos de Paula

1. INTRODUÇÃO

A elevação da expectativa de vida tem provocado debates sobre o envelhecimento. Dados apontam que, em 2050, existirá no mundo cerca de 2 bilhões idosos, ou seja, pessoas com 60 anos ou mais, e que a maioria estará concentrada nos países em desenvolvimento, como o Brasil (SOUSA et al., 2015). Nesse interim, Dawalibi et al., (2014) relatam que esse acontecimento é considerado um dos maiores desafios para a Saúde Pública, principalmente de países em desenvolvimento, nos quais a transformação demográfica ocorreu de forma inesperada sem tempo para uma reorganização social e de serviços adequados para atender a nova demanda.

De acordo Mattos et al., (2014) com o aumento da expectativa de vida, houve o crescimento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, que tendem a interferir significativamente a QV dos idosos. Tais debilidades podem ser condicionantes, afetando a funcionalidade dos idosos e, como resultado, o desempenho das atividades rotineiras, denominado “incapacidade funcional”.

A investigação da capacidade funcional é um dos grandes marcadores da saúde do idoso e vem surgindo como componente-chave para a avaliação da saúde dessa população. Conceitua-se a capacidade funcional pela habilidade física e mental para uma vida independente e autônoma e trata-se de um conceito que, segundo o ponto de vista da saúde pública, é o mais adequado para fornecer instrumentos necessários a atenção à saúde do idoso (FAUSTINO, GANDOLFI; MOURA, 2014).

A avaliação da qualidade de vida (QV) é utilizada para estimular ações de promoção da saúde e consiste em critérios

multidimensional proposto como um indicador de saúde da população. Pode ser definida como “a percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, envolvendo dimensões da saúde física, psicológica, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e padrão espiritual (ALMEIDA, et al., 2017).

Os instrumentos que mensuram a QV podem avaliar características como capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental, sendo a capacidade funcional, a dor e o estado geral os instrumentos mais utilizados, pois avaliam vários aspectos do

impacto resultante de uma condição de saúde (CASTRO, DRIUSSO; OISHI 2014; AZEVEDO et al., 2013).

É de grande relevância identificar a capacidade funcional dos idosos, bem como relacioná-la com as condições ambientais, para então investigar quais são passíveis de intervenção. Os conhecimentos decorrentes podem se transformar em recursos para a implantação de programas, planejamento de estratégias e intervenções adequadas à realidade do país (CLARES et al., 2014). A avaliação funcional do idoso é parte integrante do cuidado, com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio com os quais ele pode contar, para que suas necessidades possam ser sanadas (TALMELEI et al., 2013).

A queda da capacidade funcional pode estar relacionada a uma série de fatores com abrangências em múltiplas dimensões, sendo que a identificação precoce desses fatores pode auxiliar na prevenção da dependência funcional desse grupo (MATTOS et al., 2014). E estudos realizados no contexto da atenção primária observaram uma variabilidade de percepção da QV, apontando o

domínio “relações sociais” com a maior contribuição e o domínio “ambiente” com a menor. A presença de doenças, a baixa adesão ao tratamento e o baixo nível educacional são fatores associados a uma pior percepção dessas condições (SANTOS et al., 2012).

O Índice de Katz ou Índice de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), foi desenvolvido por Sidney Katz com a primeira versão publicada em 1963. Este índice avalia as atividades de vida diária, sendo organizado para mensurar a capacidade funcional para o desempenho de seis funções: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se (SÃO PAULO, 2015).

A escala de Lawton e Brody avalia sete itens para AIVD, com três possibilidades de respostas (nenhuma, parcial ou total) sobre a ajuda necessária para: uso do telefone, uso de transportes, compras, preparo do alimento, serviços domésticos, uso de fármacos e manuseio de dinheiro, objetivando avaliar atividades mais complexas (ARAUJO; SOUZA; SOUTO; et.al; 2017).

Os profissionais da área de saúde que atuam no processo do cuidado a essa clientela, devem criar métodos interativos com o paciente e os familiares, objetivando desenvolver conhecimento específico e consciência ampliada em relação às diferenças do processo natural do envelhecimento, identificando o estado patológico, elaborando e promovendo uma assistência de qualidade e cuidado integral à saúde dos idosos. Essa assistência deve ser de maneira proativa, tanto para o paciente quanto para o cuidador e sua família (TALMELEI et al., 2013; KRÜGER et al., 2015).

Portanto, torna-se necessário identificar o grau de dependência da população idosa ao executar suas Atividades de Vida Diária (AVD's) e orientar os profissionais do município quanto à melhor oferta de cuidados. Diante disso, o presente estudo teve o

objetivo de avaliar o grau de dependência de idosos cadastrados em três microáreas de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Coimbra – MG ao executarem atividades de vida diária.

2. METODOLOGIA

Tratou-se de pesquisa de campo de característica descritiva, quantitativa, de estudo transversal, em uma equipe de Estratégia Saúde da Família da zona urbana no município de Coimbra - MG. O critério de inclusão na pesquisa foi estar cadastrado na unidade de Estratégia Saúde da Família alvo do estudo, ter idade entre 70 a 80 anos, pertencer às 3 microáreas estudadas e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A amostra constou com 98 idosos.

Inicialmente, foi realizada visita à equipe de Estratégia Saúde da Família afim de levantar o quantitativo dos idosos entre 70 a 80 anos cadastrados e residente nas microáreas que foram estudadas. A equipe alvo do estudo conta com 230 idosos cadastrados, na faixa etária alvo do estudo, sendo as microáreas escolhidas aleatoriamente. Após selecionada a amostra, foram planejadas visitas domiciliares objetivando avaliar as condições de moradia e a aplicação de questionário. A condição de moradia foi avaliada almejando a evidenciação de situações que coloquem o idoso em risco, tais como: condições de ambiente; presença de escadas; presença de barras de segurança; presença de tapetes e passarelas; iluminação adequada; banheiro adaptado e boa ventilação no ambiente. Junto a essa avaliação, foi aplicado um questionário com base nos Índices de Katz e Lawton (BRASIL, 2006) relacionado

a rotina do entrevistado (a) para avaliar a qualidade de vida diária dessa população a partir das variáveis. Durante a visita domiciliar foi realizado uma breve avaliação do domicílio com o objetivo de detectar a existência de pontos que pudessem colocar em risco a segurança do participante, tais como: tapetes, capachos e pisos soltos; existência de escadas, degraus e banheiro sem adaptação; má iluminação; ventilação prejudicada e talheres inadequados. Após essa avaliação foram feitas orientações para minimizar o risco de quedas e, readaptação de ambientes com o intuito de melhorar a segurança e conforto do idoso.

Para maior conforto dos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e os instrumentos de coleta de dados tiveram suas respectivas fontes aumentadas de tamanho para melhor leitura e interpretação dos mesmos por parte dos idosos e/ou seus representantes legais.

Os dados foram tabulados no *software* Excel para análises de frequências absolutas/relativas dos parâmetros avaliados e posteriormente colocados em gráficos comparativos. A tabela contendo somatório final com coluna para cada item coletado pelo questionário tornar-se a fonte de classificação do grau de fragilidade e consequente dependência do idoso.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos Sylvio Miguel/Univiçosa. Durante todo o desenvolvimento da pesquisa foi considerada e respeitada as condutas éticas estabelecidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de saúde que envolve pesquisa com seres humanos, sendo devidamente aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Univiçosa, sob número CAAE: 14637819.2.0000.8090/2019.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu avaliar a capacidade funcional dos idosos adscritos na E.S.F. da cidade de Coimbra - MG. A frequência da incapacidade funcional foi baixa, como mostra os dados a seguir.

A respectiva pesquisa contou com um total de 98 idosos a serem entrevistados, sendo que desse número 35 (38.8%) se declaram do sexo masculino e 63 (64.2%) se declaram do sexo feminino.

Outro dado importante a ser observado é que dentre os 98 idosos entrevistados, somente 5 (5,1%) eram analfabetos, sendo 3 homens e 2 mulheres. O grau de escolaridade pode influenciar direta ou indiretamente no grau de dependência em algumas atividades realizadas por pessoas da terceira idade.

Durante a visita domiciliar à residência do idoso, foi possível avaliar as condições de moradia de forma passiva, a fim de classificá-las de acordo com os itens que podem levar o idoso a risco de acidentes. Essa avaliação se torna importante, pois, de acordo com Ferretti (2013), 30% dos indivíduos com idade superior ou igual a 65 anos apresentam relato de queda anualmente, havendo aumento desse percentual para 51% nos indivíduos com mais de 85 anos. Além de mais de 70% dessas quedas ocorrerem dentro do domicílio.

Os critérios utilizados para essa avaliação foram: presença de escadase, caso positivo, se havia barras de segurança nas mesmas, presença de tapetes ou passarelas, se o local possuía iluminação adequada, se o banheiro era adaptado para as necessidades dos idosos e se havia uma boa ventilação no ambiente.

De acordo com a Tabela 1, das 98 moradias de idosos

avaliadas 8 (8,2%) foram classificadas como ruins, 45 (45,9%) se encaixaram na categoria boa e 45 (45,9%) foram identificadas como satisfatórias.

Tabela 1. Condição de moradia dos idosos

RUIM 8	BOA 45	SATISFATORIA 45
	SIM	NÃO
Presença de escadas	34	64
Presença de escadas com barras de segurança	27	7
Presença de tapetes, passarelas	27	71
Iluminação adequada	91	7
Banheiro adaptado	12	86
Boa ventilação no ambiente	95	3

No critério relacionado à presença de escadas, 34 (34,7%) possuíam escadas e 64 (65,3%) não havia a presença de escadas. Dentre os 34 positivos, 27 (79,4%) apresentavam barras de segurança nessas escadas e 7 (20,6%) não possuíam barras de segurança na escada.

Com a idade, a marcha pode ser afetada de forma a se tornar mais lenta e a troca de pés pode ser mais difícil. Além disso, o equilíbrio também pode ser afetado. Por isso, focando na segurança do idoso, há a preferência de residências térreas ou, caso haja escada, que tenham pelo menos barras de segurança para diminuir as chances de quedas (SANTOS, 2012).

Ao avaliar a presença de tapetes, 27 casas (27,5%) possuíam tapetes, podendo ocasionar em algum acidente; 71 (72,5%) não havia a presença de tapetes pela casa, garantindo uma maior segurança ao idoso durante o andar pelo domicílio.

No critério avaliativo de iluminação adequada, 91 (92,9%) dos domicílios possuíam iluminação correta para o idoso e somente 7 (7,1%) das moradias não possuíam uma iluminação satisfatória.

De acordo com Soares (2013) a iluminação destinada à residência da pessoa de terceira idade deve atender dois objetivos: a quantidade de luz e a qualidade da luz, pois os idosos tendem a ver mais o amarelo, além disso, é de extrema importância iluminar corredores e escadas, pois são espaços que ligam um cômodo a outro.

Na avaliação do banheiro adaptado foram encontrados 12 (12,2%) que não se encontravam adaptados e 86 (87,8%) adaptados. Porém, a adequação dos banheiros depende do grau de dependência do idoso a realizar suas eliminações que será mostrado na escala de Katz (Tabela 2).

Em relação à boa ventilação do ambiente 95 (96,9%) das moradias apresentavam-se positivas para este critério e somente 3 (3,1%) dos domicílios estavam com a ventilação inadequada.

Proporcionar um local adequado aos idosos com boa ventilação promove a saúde e tem o poder de prevenir doenças respiratórias, além de garantir maior conforto para o idoso (SOARES, 2013).

Outra forma de avaliação utilizada foi a Escala de Katz, capaz de demonstrar a funcionalidade do idoso ao realizar as suas atividades de vida diária, como banho, o ato de vestir-se, a capacidade de ir ao banheiro, a condição de se locomover, o nível de continência e sua capacidade de se alimentar, como mostra a tabela 2.

Tabela 2. Escala de Katz dos idosos de Coimbra – MG

BANHO		
Não recebe assistência 94	Recebe assistência somente para uma parte do corpo 0	Recebe assistência em mais de uma parte do corpo 4
VESTIR		
Pega a roupa e se veste completamente sem assistência 96	Pega a roupa e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos 0	Recebe assistência para pegar a roupa ou para vestir-se ou permanece total ou parcialmente despido 2
BANHEIRO		
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode usar objetos de apoio e urinol ou comadre a noite) 96	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se após as eliminações ou para usar a comadre ou o urinol a noite) 1	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar 1
TRANSFERÊNCIA		
Deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio) 96	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio 2	Não sai da cama 0
CONTINÊNCIA		
Tem Controle sobre as funções de urinar e evacuar 96	Tem “acidentes” ocasionais 2	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente 0
ALIMENTAÇÃO		
Alimenta-se sem assistência 96	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. 1	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou para enteral. 1

O Índice de Katz é um dos instrumentos utilizados para avaliar as ABVD e foi criado em 1963 por Sidney Katz com o objetivo de avaliar a capacidade funcional do indivíduo idoso. Os seis itens da lista são hierarquicamente relacionados e refletem os padrões de desenvolvimento infantil, ou seja, que a perda da função no idoso começa pelas atividades mais complexas, como vestir-se, banhar-se, até chegar as de autorregulação como alimentar-se e as de eliminação ou excreção. Portanto, baseia-se na premissa de que o declínio funcional e a perda da capacidade para executar as atividades da vida diária nos pacientes idosos seguem um mesmo padrão de evolução, ou seja, perde-se primeiro a capacidade para banhar-se e, a seguir, para vestir-se, transferir-se da cadeira para a cama (e vice-versa) e alimentar-se (SÃO PAULO, 2015).

A maior frequência de dependência das ABVD foi em banho, o que representa que a maior parte dos idosos está no início do declínio da perda de capacidade de realizarem suas atividades.

Em relação ao banho, 94 dos idosos conseguem realizar essa atividade sozinhos, 4 recebem assistência para mais de uma parte do corpo e nenhum precisa de auxílio em somente uma parte do corpo.

Em relação a transferência, 96 dos idosos deitam-se e levantam-se da cama ou cadeira sem necessidade de auxílio, podendo ou não utilizar objetos de apoio, 2 idosos precisam de assistência para se levantarem da cama ou da cadeira e nenhum idoso é acamado.

Ao se tratar do quesito incontinência, 96 dos idosos possuem controle sobre as funções fisiológica, 2 possuem casos de acidentes ocasionais e nenhum necessita de supervisão, usa cateterismo ou é incontinente.

No critério alimentação, 96 dos idosos alimentam-se sem assistência de terceiros, 1 possui a necessidade de auxílio somente em situações como cortar a carne e passar manteiga no pão e 1 recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda.

De forma geral, observando os valores obtidos com a aplicação do questionário de Katz, os resultados do presente estudo sugerem que os idosos apresentam melhor capacidade de se alimentar, de ir ao banheiro seguido por transferência e continência.

A Escala de Lawton (Tabela 3) é um instrumento que avalia o grau de independência do idoso em relação a atividades como usar o telefone, fazer compras, preparo das refeições, uso de transportes, lavar roupas, preparar medicações, trabalho doméstico e manuseio do dinheiro. Cada atividade recebe uma pontuação de acordo com a capacidade do idoso em realizar as funções. A pontuação máxima é de 27 pontos, sendo que menor que 7 pontosa dependência é total, entre 7 e 21 pontos é dependência parcial, e acima de 21 pontos o indivíduo é independente. Ou seja, quanto maior o escore maior a independência (BRASIL, 2006).

Tabela 3. Pontuação da Escala de Lawton obtida com idosos de Coimbra – MG

	SEM AJUDA(3 PONTOS)	COM AJUDA PARCIAL (2 PONTOS)	NÃO CONSEGUE (1 PONTO)
Usar o telefone*	73	15	10
Ir a locais distantes, sem planejamento especial	74	14	10
Fazer compras	79	12	7
Preparar as próprias refeições	87	5	6
Arrumar a casa	75	12	11
Trabalhos manuais domésticos	76	12	10
Lavar e passar roupa	83	5	10
Tomar os remédios nas doses e horários corretos	83	11	4
Cuidar das finanças	80	11	7

Em síntese, os dados obtidos através da aplicação da Escala de Lawton revelam que os idosos possuem maior independência em tomar as medicações no horário correto seguido por lavar e passar suas roupas. E a atividade que indica maior grau de dependência foi a de arrumar a casa.

Em relação a atividade de usar o telefone, 73 (74,5%) dos idosos não necessitam de ajuda, 15 (15,3%) conseguem com ajuda

parcial e 10 (10,2%) não conseguem utilizar. Um dos participantes da pesquisa não possuía telefone.

Sobre ir a locais distantes, sem a necessidade de um planejamento especial, 74 (75,5%) dos idosos foram classificados como que não precisam de ajuda, 14 (14,3%) com ajuda parcial e 10 (10,2%) não conseguem realizar tal atividade.

Na atividade de fazer compras, 79 (80,6%) dos idosos conseguem realizá-la sem ajuda, 12 (12,2%) necessitam de ajuda parcial e 7 (7,2%) não conseguem realizar suas compras.

Em relação a preparar as suas próprias refeições, 87 (88,8%) dos idosos preparam sozinhos sem necessidade de ajuda, 5 (5,1%) preparam com ajuda parcial e 6 (6,1%) não conseguem prepará-las.

No critério arrumar a casa, 75 (76,5%) da população avaliada desempenham tal atividade sozinhos, 12 (12,2%) conseguem arrumar, porém necessitam de alguma ajuda e 11 (11,3%) não conseguem realizar essa atividade.

Sobre trabalhos manuais domésticos, 76 (77,5%) dos idosos os realizam sem ajuda, 12 (12,2%) precisam de algum tipo de ajuda e 10 (10,2%) não conseguem de forma alguma.

Em relação as atividades de lavar e passar a roupa, 83 (84,7%) dos idosos conseguem realizá-las sozinhos, 5 (5,1%) conseguem com alguma ajuda sendo necessária e 10 (10,2%) são incapazes de realizar essa atividade.

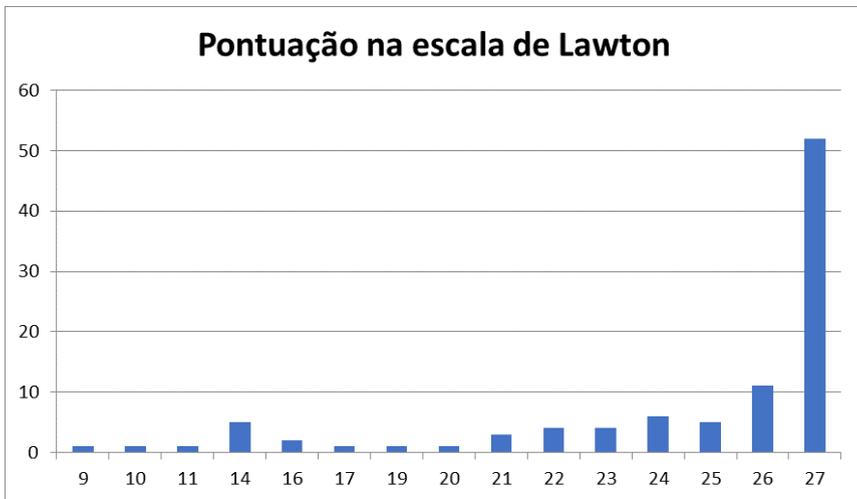
Os idosos também foram avaliados no quesito de fazerem uso de suas medicações no horário e dosagem corretos, sendo obtido o seguinte resultado:

83 (84,7%) conseguem sem ajuda, 11 (11,3%) necessitam de ajuda parcial e 4 (4%) não conseguem.

O último critério avaliado foi o cuidado com as finanças, sendo que 80 (81,6%) têm controle sozinho sobre seus gastos, 11 (11,3%) conseguem com alguma ajuda e 7 (7,1%) não conseguem de forma alguma.

Após a obtenção desses dados, cada idoso avaliado nesse processo atingiu uma pontuação que determinou seu grau de dependência, como mostra a figura 1.

Figura 1. Pontuação obtida com aplicação da Escala de Lawton com os idosos estudados em Coimbra – MG.



A pontuação máxima obtida na Escala de Lawton foi de 27, por 52 (53%) idosos, que foram classificados como totalmente independentes para realizarem suas atividades básicas.

A menor pontuação atingida foi de 9 pontos por somente 1

(1,02%) idosoclassificado como parcialmente dependente. Porém, essa pontuação é baixa e gradativamente o idoso pode evoluir para uma menor pontuação e se tornar totalmente dependente.

Nenhum idoso avaliado nessa pesquisa obteve uma pontuação menor que sete para ser classificado como totalmente dependente.

Em ordem crescente, a relação entre os idosos e as pontuações foram: 1 (1,02%) obteve 9 pontos, 1 (1,02%) idoso obteve 10 pontos, 1 (1,02%) idoso obteve 11 pontos, 5 (5,1%) idosos obtiveram 14 pontos, 2 (2,04%) idosos obtiveram 16 pontos, somente 1 (1,02%) idoso obteve 17 pontos, 1 idoso (1,02%) obteve 19 pontos, 1 (1,02%) idoso obteve 20 pontos, 3 (3,06%) idosos obtiveram 21 pontos, 4 (4,08%) idosos obtiveram 22 pontos, 4 (4,08%) idosos obtiveram 23 pontos, 6 (6,12%) idosos obtiveram 24 pontos, 5 (5,1%) idosos obtiveram 25 pontos e 11 (11,22%) idosos obtiveram 26 pontos.

A Escala de Lawton classifica os idosos em três categorias de acordo com a pontuação, sendo elas: independente, parcialmente dependente e totalmente dependente. Dessa forma, é possível ter uma visão geral da forma funcional dos idosos em suas atividades diárias.

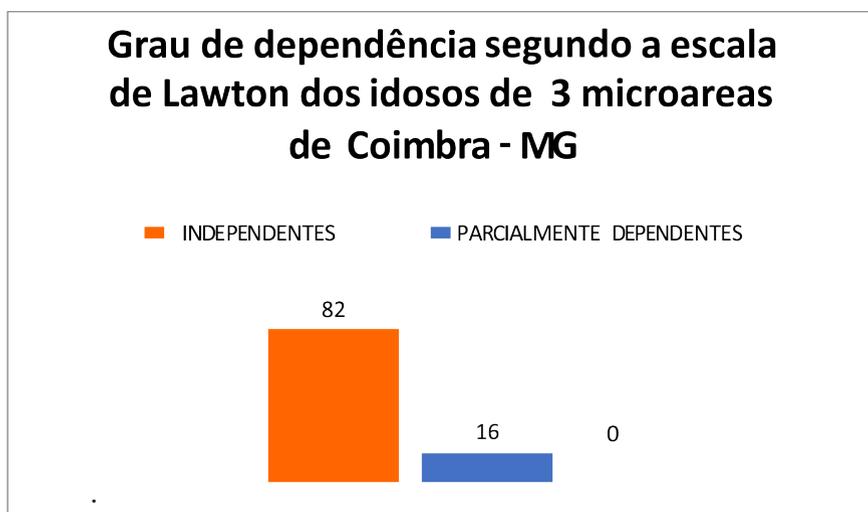
Sendo assim, a população de idosos avaliados por esse estudo pode ser classificada nessas mesmas categorias de nível de funcionalidade, como mostra a figura 2.

Dentre os 98 usuários avaliados, 82 (83,7%) foram categorizados como independentes, ou seja, são pessoas capazes de realizar as suas atividades básicas da vida diária sem a necessidade de ajuda ou auxílio de terceiros.

Para a categoria de parcialmente dependente, foram

classificados 16 (16.3%) dos idosos. Subentende-se que essas pessoas sejam capazes de realizar suas ações do dia a dia, porém possam precisar de alguma assistência complementar de outras pessoas.

Figura 2: Grau de dependência segundo a Escala de Lawton dos idosos de 3 microáreas de Coimbra – MG



Nenhum idoso foi classificado como totalmente dependente, ou seja, incapaz de realizar qualquer atividade básica, como por exemplo, se alimentar e ir ao banheiro.

A capacidade funcional influencia de forma direta na qualidade de vida dos idosos, dessa forma, é dever das equipes de ESF identificar dados referentes à fragilidade dos idosos e da atenção à saúde dos mesmos, além de seus pontos passíveis de intervenção para eliminação de fatores de risco relacionados com a capacidade funcional (NUNES, 2017).

Nas pessoas idosas domiciliadas e em faixas etárias iniciais no processo de envelhecimento, torna-se relevante que os profissionais de saúde/enfermeiro se dediquem mais para promover ações que auxiliem a manter a funcionalidade dessas pessoas, visto que a tendência é que elas se tornem mais envelhecidas e, muitas vezes, mais dependentes.

4. CONCLUSÃO

A maior proporção de idosos pertencentes a ESF de Coimbra foi classificada como independente para realizar suas atividades básicas de vida diária. Porém, é possível analisar que uma parcela se encontra parcialmente dependente e que com condições para se tornarem totalmente dependentes, se não houver intervenção.

Com o aumento da longevidade, é essencial que as equipes de ESF busquem a promoção da saúde e a prevenção de doenças, além de intervenções terapêuticas que possam minimizar os fatores que interferem na capacidade funcional, promovendo maior autonomia e qualidade de vida a este seguimento populacional.

Como profissionais podemos atuar de forma mais direta, utilizando métodos que não dependam somente dos sistemas que nosso país oferece. Como enfermeiros, possuímos conhecimento técnico-científico para oferecer uma assistência verdadeiramente humanizada, desenvolvendo ações terapêuticas, capacitação entre as equipes, implementação de políticas públicas de saúde, ações de promoção, busca ativa com retorno a essa população, prover diagnóstico situacional desses idosos aplicando medidas de intervenções, priorizando os que oferecem risco parcial de dependência. Essa pesquisa nos mostrou que todos grupos que são

atendidos pelas ESFs são de extrema importância, mas a saúde do idoso em especial, é um grupo que em geral são mais vulneráveis, já passaram por diversas fases da vida, precisamos cuidar da saúde física e mental dos nossos idosos, necessitando assim de uma assistência melhor qualificada. Queremos ser mais que profissionais, iremos fazer a diferença nesse processo de qualidade de vida.

5. REFERÊNCIAS

ALMEIDA-BRASIL, C. C.; SILVEIRA, M. R.; SILVA, K. R.; LIMA, M. G.; FARIA, C. D. C. M.; CARDOSO, C. L.; MENZEL, H. J. K.; CECCATO, M. G. B. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.** v. 22. n. 5. p. 1705-1716. 2017.

ARAÚJO, G. K. N.; SOUZA, R. C. R.; SOUTO, R. Q.; JUNIOR, E. G. S.; EULALIO, M. C.; ALVES, F. A. P.; NERI, A. L. Capacidade funcional e depressão em idosos functional capacity and depression in elderly capacidad funcional y depresión en ancianos. *Revista de enfermagem. UFPE on line* 2017.

AZEVEDO, A. L. S.; SILVA, R. A.; TOMASI, E.; QUEVEDO, L. A. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. **Cad Saúde Publica.** v. 29. n. 9. p. 1774-1782. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica - n.º 19).

CASTRO, P. C.; DRIUSSO, P.; OISHI, J. Convergent validity between SF-36 and WHOQOL-BREF in older adults. **Rev Saúde Publica**. v. 48. N.1. p. 63-67. 2014.

CLARES, J. W. B.; FREITAS, M. C.; BORGES, C. L. Social and clinical factors causing mobility limitations in the elderly. **Acta Paul Enferm**. v. 27. n. 3. p. 237-42. 2014.

DAWALIBI, N. W.; GOULART, R. M.; PREARO, L. C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Cien Saúde Colet**. v. 19. n. 8. p. 3505-3512. 2014.

FAUSTINO, A. M.; GANDOLFI, L.; MOURA, L. B. A. Capacidade funcional e situações de violência em idosos. **Acta Paul Enferm**. v. 27. n. 5. p. 392-8. 2014.

KRÜGER, R. A.; SILVEIRA, A.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; LUCCA, D.C.; LUCIANO, F. R. S. Gerenciamento do cuidado de enfermagem ao idoso com Alzheimer. **Rev Cuba Enferm**. v. 31. n. 4. 2015. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/604/143>. Acesso em: 05/04/2019.

MATTOS, I. E.; DO CARMO, C. N.; SANTIAGO, L. M.; LUZ, L. L. Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brazil: a cross-sectional study. **BMC Geriatric**. p.14:47. 2014.

NUNES, J. D.; SAES, M.O.; SIQUEIRA, F.C.V.; SOARES, D.C.; FASSA, M.E.G.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L.A. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 295-304, jun. 2017.

SANTOS, A. S; SILVEIRA, R. E.; SOUSA, M.C.; MONTEIRO, T.; SILVANO, C. M. Perfil de saúde de idosos residentes em um município do interior mineiro. **REAS**. v.1.n. 1. p. 80-90. 2012.

SÃO PAULO. Secretaria de estado da Saúde. Coordenadoria de Serviços de Saúde. Avaliação Funcional do Idoso. Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia José Ermírio de Moraes. São Paulo. 2º edição. 33 páginas. 2015.

SOARES, E A. Análise da iluminação e decoração nas residências de pessoas da terceira idade. ISSN 2179-5568 – **Revista Especialize On-line IPOG - Goiânia** - 6ª Edição n.6; v.01/2013 - dezembro/2013.

SOUZA, M. A. S; LIMA, T.R; SOUSA, A. F. L; CARVALHO, M. M; BRITO, G. M. I, CAMILOTTI, A. Prevalence of bloodstream infection in hospitalized elderly in a General Hospital. **Rev Prev Infec Saúde**. v. 1. n. 3. p. 11-7. 2015.

TALMELLI, L. F. S.; VALE, F. A. C.; GRATÃO, A. C. M.; KUSUMOTA, L.; ODRIGUES, R. A. P. Doença de Alzheimer: declínio funcional e estágio da demência. **Acta Paul Enferm**. v. 26. n. 32. p. 19-25. 2013.

CAPÍTULO 15

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NO PARTO

Lorena da Silva Bartolomeu
Leonardo Santana Rocha
Renata Siqueira Faria
Jaqueline Carrara Folly Valente

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher apresenta várias faces e é considerado um grande problema para a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres atingidas. As mesmas são o gênero mais suscetível a serem vítimas de violência na sociedade, pois ao longo da história foram taxadas como o “sexo frágil”. Essa violência relacionada ao gênero ocorre quando um ato é dirigido contra uma mulher, simplesmente por ser mulher, ou quando atos afetam as mulheres de forma desproporcional (MACEDO, 2018).

A violência institucional no parto é destacada como um tipo específico de violência contra a mulher, caracterizada pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através de tratamentos desumanizados, abuso na medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (SILVA, 2018).

A assistência no ciclo gravídico puerperal precisa ser integral, acolhedora e cuidadosa e o enfermeiro é o profissional que pode proporcionar segurança, conforto, atenção e contribuir, significativamente, para que os abusos sejam extintos da rotina das gestantes e puérperas, tendo em vista que o seu contato com a paciente é constante. Existe também, uma necessidade de humanização dos processos e disposição em desenvolver habilidades que possam se opor aos modelos antigos de abuso de autoridade e soberania médica (OLIVEIRA; SOUZA, 2018).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (2010), no Brasil, nascem em torno de três milhões de bebês

todo ano, e 98% dos partos são realizados em estabelecimentos hospitalares. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2018), uma a cada quatro mulheres diz ter sofrido violência institucional no parto de alguma forma. Trata-se de um problema potencial que tem afetado mulheres de todas as classes sociais e precisa ser cessado, o quanto antes, pois impacta diretamente na saúde das famílias brasileiras (CRUZ; SILVA, 2018).

A violência institucional no parto é uma grave violação aos direitos humanos fundamentais da mulher e aos seus direitos sexuais e reprodutivos. É considerada uma violência relacionada ao gênero e tem se tornado cada vez mais habitual e recorrente nas instituições de saúde (CRUZ; SILVA, 2018).

Essa violação aos direitos da mulher acontece no pré-natal, parto e/ou pós- parto, quando as instituições de saúde, a partir de sua equipe profissional, realizam ações que tendem a violar os direitos da paciente (TEIXEIRAS, 2021).

Compreende-se que o parto é também um processo psicológico, onde existem sentimentos que podem interferir de forma positiva ou negativa sobre o trabalho de parto dependendo do contexto e das experiências que vão ser vivenciados por essa mulher durante esse processo (SANTOS, 2020).

É um tema pouco abordado e possui relevante importância social, pois pode- se observar que o entendimento sobre a Violência Institucional no parto é limitado entre as mulheres e que muitas delas não têm conhecimento do que se trata. Sendo assim, pela falta de informação e conhecimento muitos casos passam despercebidos pelas gestantes/puérperas, pois entendem que todos os procedimentos, na qual está sendo submetida, são rotinas normais da instituição e que irão ajudar a salvar o seu bebê (MELO et al. 2020).

Considera-se um assunto de extrema importância para o enfermeiro que deseja se atualizar sobre os cuidados de enfermagem para prevenção a violência institucional no parto, para que possa promover uma assistência humanizada aos atendimentos as gestantes/ puérperas. Portanto, este capítulo teve como objetivo identificar, na literatura científica, publicada entre 2015 a 2022, os principais cuidados de enfermagem na prevenção da Violência Institucional no parto.

A violência, caracterizada como um grave fenômeno social vem se expandindo de todas as formas, mas em especial, contra a mulher, fazendo-se presente em comunidades e países ao redor do mundo, sem discriminação social, racial, étnica ou religiosa (MAGALHÃES, 2019).

Os casos aumentaram consideravelmente nos últimos anos. De acordo com os novos dados da OMS, ao longo da vida, uma em cada três mulheres, equivalendo a cerca de 736 milhões, é submetida à violência física ou sexual (BRASIL, 2021).

A violência contra a mulher é considerada um fenômeno complexo, baseado nas relações de gênero, que desencadeia danos físicos, psicológicos e/ou sofrimento para ela. Esse agravo é um problema mundial, e está baseado nas relações desiguais de poder, ou seja, constitui um tipo de violência motivada pela condição desigual de sexo, a qual começa no universo familiar, e as relações de gênero se estabelecem de forma hierárquica (SANTOS et al. 2020). Essa violência apresenta-se em diferentes formas e expressões, e uma delas tem sido muito presente: a Violência Institucional no Parto.

1.1. Violência Institucional ao Parto

A violência institucional no parto é uma expressão nova utilizada para um problema que existe há muitos anos. De acordo com a OMS, a violência acontece quando a paciente é submetida a um grau significativo de dor e sofrimento dos quais poderiam ser evitados. Sendo assim, conforme Zanardo et al. (2017), a violência institucional no parto é considerada um tipo específico de violência contra a mulher, onde a mesma sofre um tratamento desumanizado, perdendo sua autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo.

De acordo com estudos de base populacional, a prevalência de violência institucional no parto tem variado entre 18,3% a 44,3%. Nos últimos anos, esse tipo de violência tem chamado a atenção, principalmente, ao movimento feminista e a grupos que tentam resgatar a fisiologia do parto e protagonismo da mulher nesse momento tão especial da vida. Porém, existem muitas dificuldades em relação ao assunto, como a falta de definição dos atos de violência institucional no parto, falta de consenso em relação ao termo utilizado, dificuldade de mensuração, poucas evidências sobre as consequências da violência obstétrica na saúde materno-infantil e, por fim, falta de políticas públicas para coibir esses atos (HENRIQUES, 2021).

Conforme citado anteriormente, o termo utilizado refere-se ao novo conceito trago quando o assunto abordado é sobre a violência obstétrica, pois o mesmo é proveniente de decorrências multifatoriais, que abrangem não somente o momento do parto em si, mas de todo o contexto associado.

Segundo Freitas e Aragão (2021), a compreensão sobre a

violência institucional no parto é limitada entre as mulheres e muitas delas não têm conhecimento do que se trata e como tais condutas profissionais são instituídas e perpetuadas no ambiente hospitalar, as mulheres, usuárias dos serviços de saúde tendem a acreditar que consistem em ações rotineiras e habituais, desvinculando estas experiências ao cenário da violência, obtendo assim dificuldade em reconhecer os sinais.

A ausência de informações sobre esse tipo de violência trás uma vulnerabilidade as mulheres, onde muitas gestantes e puérperas não possuem conhecimentos acerca de como funciona esse momento, seus direitos e afins. Quando isso acontece, por elas não estarem reiteradas do assunto, acabam se tornando vítimas.

Oliveira e Souza (2018) indagam que o processo parturitivo é um desenvolvimento natural na vida da mulher, perfazendo como uma experiência repleta de transformações fisiológicas, psicológicas e sociais, que gera dúvidas e emoções.

Até o final do século XVIII, o parto e seus cuidados eram realizados nas casas das famílias com o acompanhamento de mulheres conhecidas e de confiança. Estas mulheres, apesar de não dominarem o saber científico, eram dotadas de experiência e respeitavam o processo fisiológico no nascimento, mantendo a mulher como foco durante o processo (SILVA, 2020).

Em grande parte das maternidades e hospitais vem ocorrendo diferentes formas de intervenções durante o trabalho de parto e parto, muitas vezes procedimentos dolorosos, invasivos e potencialmente arriscados para a mulher, podendo causar sequelas irreversíveis, tornando o momento do parto angustiante (NERES; MARTINS, 2021).

Com o passar dos anos e com a incorporação da tecnologia aos ambientes hospitalares, o parto tornou-se um evento médico e patológico, ou seja, o que era exceção, tornou-se regra e as intervenções médicas passaram a ser rotina. Dessa forma, o saber da medicina começou a imperar sobre as vontades da mulher e o médico tornou-se protagonista (SILVA, 2020).

Com isso, começaram a surgir a temida violência institucional no parto, caracterizada por qualquer ato invasivo contra a mulher ou o bebê na hora do parto, apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através de tratamentos desumanizados, abuso na medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade (MACEDO, 2018).

Moura et al.; (2018) relatam acerca da definição da OMS para violência institucional no parto: qualquer atitude desrespeitosa e desumanizada, como o uso indiscriminado de episiotomia, Manobra de Kristeller, uso da ocitocina sintética como acelerador do trabalho de parto, além de negligência e maus tratos contra a parturiente e o recém-nascido que possa provocar danos e/ou sofrimento psíquico e físico, podendo perpassar todos os níveis de assistência (baixa, média e alta complexidade).

Além disso, muitas mulheres relatam sobre a restrição da posição para o parto, lavagem intestinal, tricotomia (raspagem dos pelos pubianos de maneira desnecessária), imobilização física, exames de toques vaginais constantes e cesarianas sem indicação e necessidade (MAGALHÃES, 2019).

1.1.1. Episiotomia

Trata-se de uma incisão cirúrgica realizada no períneo da mulher para ampliar o canal do parto, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes sem anestesia. Conhecido vulgarmente como “pique”, ele afeta diversas estruturas do períneo, tais como os músculos, vasos sanguíneos e tendões, gerando em alguns casos, incontinência urinária e fecal, além de provocar outras complicações, dentre elas a dor nas relações sexuais, risco de infecção e laceração

perineal em partos subsequentes, maior volume de sangramento, além dos resultados estéticos insatisfatórios (MACEDO, 2018).

A OMS recomenda que o índice de episiotomia não ultrapasse 10% nos partos vaginais. O uso inadequado dessa prática e, muitas vezes sem consentimento prévio, é um exemplo de violação de direitos humanos, pelo tratamento degradante à mulher, e a comparam ao estupro, por terem o órgão sexual dilacerado, fazendo com que a mulher se sentisse violada (ZANARDO et al. 2017).

1.1.2. Manobra de Kristeller

Macedo (2018) relata que a Manobra de Kristeller consiste na aplicação da força física na parte superior do útero, durante as contrações do parto, com o objetivo de empurrar o bebê em direção à pelve, ou seja, com o fim de agilizar a expulsão. Os profissionais de saúde empregam suas mãos, braços, antebraços, joelho, e em casos ainda mais violadores, sobem sobre o abdômen

da parturiente. É importante ressaltar que “a Manobra de Kristeller é reconhecidamente danosa à saúde e, ao mesmo tempo, ineficaz, causando à parturiente o desconforto da dor provocada e também o trauma que se seguirá indefinidamente”.

Embora jamais registrada em prontuários, tal manobra ainda está presente na assistência ao parto em conjunto com outras intervenções inadequadas realizadas em cadeia (LIMA; LOPES, 2019).

É considerada uma forma de violência institucional no parto, tendo em vista que é capaz de provocar danos irreparáveis à parturiente, entre eles: lesão dos órgãos internos, hematomas, fratura de costelas, hemorragias e contusões, além da visível violência psicológica, resultando em desrespeito à integridade psicofísica da mulher. Ao neonato, também pode ocorrer complicações, tais como: “aumento da probabilidade de complicações decorrentes de distócia de ombros, fratura de clavícula, traumatismo craniano, descolamento do músculo esternocleidomastoideo e hipóxia” (MACEDO, 2018).

1.1.3. Uso rotineiro de Ocitocina Sintética

A ocitocina é um hormônio fundamental para o trabalho de parto, produzido pela hipófise, sendo responsável por ajudar nas contrações uterinas e na liberação do leite materno, porém, é muito comum a utilização da ocitocina sintética por meio de soroterapia na parturiente, com o objetivo de acelerar o processo de contrações uterinas, aumentando significativamente as dores durante as contrações, podendo causar sérias complicações para a própria mulher e para o bebê, desde o sofrimento desnecessário ao aumento excessivo da frequência cardíaca da parturiente, além

de poder causar dificuldades na oxigenação do nascituro, assim como dano cerebral ao mesmo (MACEDO, 2018). Por outro lado, é importante ressaltar que existe o uso da ocitocina sintética para prevenção de hemorragias puerperais.

1.1.4. Posição de Litotomia

A restrição da posição para o parto, sem que a mulher tenha direito de escolha, constitui-se como uma das formas mais reiteradas de violência institucional no parto. A posição litotômica ou supino são de uso costumeiro e prejudica a dinâmica do parto, é desconfortável para as mulheres gestantes e pode dificultar a oxigenação do nascituro (MACEDO, 2018).

1.1.5. Negligência e Assédio moral

As mulheres enfrentam constrangimentos, em diferentes situações de parto, experimentando sentimentos de não acolhimento, assédio moral e de negligência em diversos hospitais e maternidades. Este assédio moral é praticado pelos profissionais da saúde em razão da posição de poder no ato do parto. Muitas delas referem-se a frases violentas no momento do parto, como por exemplo: “Na hora de fazer foi bom né? Agora aguenta!” “É melhor seu marido não ver o parto, ele vai ficar com nojo de você”. “Não grite senão seu bebê vai nascer surdo”. “Não chora não que ano que vem você está aqui de novo” (BRANDT et al. 2018).

1.1.6. Cesarianas eletivas

As cesarianas eletivas também são consideradas um tipo de violência institucional ao parto, realizadas por conveniência médica,

exercida sem indicação efetiva, podendo ser agendada e realizada antes do início do trabalho de parto ou realizada durante o trabalho de parto sem ser uma situação de urgência (MACEDO, 2018).

Entre outros, observa-se que existem relatos de procedimentos como a tricotomia e restrição de alimentos e da movimentação, pela equipe médica; a parturiente é relegada à condição passiva no ato de dar a luz para que estes profissionais possam assumir as “rédeas” do procedimento e conduzi-lo de acordo suas próprias vontades e urgências. A privação alimentar é realizada juntamente à lavagem intestinal, a fim de que a parturiente não defeque durante o trabalho de parto, o que é, aliás, um acontecimento entendido como absolutamente natural nos partos humanizados (BECK, 2018).

A ocorrência de violência institucional ao parto implica no aumento dos índices de morbidade e mortalidade materna. A pesquisa Nascer no Brasil, entrevistou mais de 23 mil mulheres e investigou que as principais práticas realizadas nas maternidades são: imposição da posição litotômica para parir (92%), episiotomia (56%), uso de ocitocina sintética de rotina e amniotomia (40%), Manobra de kristeller (37%) (BRANDT et al. 2018).

1.2. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e Política Nacional de Humanização

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 569, de 01/06/2000, tendo como principal objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

O PHPN infere que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, além de preconizar que toda mulher tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura (RODRIGUES et al. 2021). Isso requer dos profissionais de saúde uma atitude ética e solidária para que o ambiente se torne acolhedor e a gestante se sinta segura.

A Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS é utilizada para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2013).

1.3. Assistência e cuidados de Enfermagem na prevenção da Violência Institucional no Parto

O Enfermeiro pode contribuir, significativamente, para que os abusos sejam extintos da rotina das gestantes e puérperas, tendo em vista que o seu contato com a paciente é constante; ele é o profissional que pode dar ênfase neste período, com cuidado e empatia na assistência do parto e proporcionar segurança, conforto, atenção e criar vínculos com a parturiente (OLIVEIRA; SOUZA, 2021).

Posto isso, Cardoso et al.; (2017) destacam a necessidade que existe de que o profissional de saúde forneça informações sobre a assistência ao parto para as usuárias e que tornem isso como rotina

durante o pré-natal, de modo que o assunto possa ser entendido com clareza e calma nos meses em que a gravidez se desenvolve. Melo et al. (2020) sugerem que o Enfermeiro promova atividades educativas e que estimule a utilização do plano de parto como um recurso educativo, durante o pré natal.

Diante ao exposto, nota-se que é de extrema importância que o Enfermeiro seja a ponte eficaz nos cuidados e na promoção a saúde, visto que dentro da Estratégia de Saúde da Família o mesmo pode realizar o acompanhamento do pré-natal e realizar as devidas sugestões e orientações cabíveis.

Além disso, Menezes et al. (2020) e Lopes et al. (2018) apontam que o Enfermeiro e sua equipe devem realizar cuidados durante a permanência da paciente na instituição para que a violência institucional no parto seja prevenida, oferecendo apoio para que a mulher sintam-se segura, além de encorajá-la nos momentos de dor durante o parto, garantir que a gestante irá ter o direito de escolha sobre a posição em que deseja ficar no momento do parto, banhos, acomodação em leitos adequados, escolha do acompanhante e proporcionar um parto de qualidade.

O pré-natal é um período crucial para se alertar a gestante acerca da violência institucional no parto, que vem acontecendo com cada vez mais intensidade nas maternidades do país (ISMAEL et al. 2020).

De acordo com a OMS, o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados e recomenda uma maior participação do enfermeiro na atenção ao parto, tomando como referência a ideia de que sua formação é orientada para o cuidado, e não para a intervenção (SANTOS; ARAUJO, 2016).

Há necessidade também nesse período, de humanização dos

processos e disposição em desenvolver habilidades que possam se opor aos modelos antigos de abuso de autoridade e soberania médica, além de possuir competência técnica, estejam envolvidas com os aspectos psicológicos e sejam capazes de compreendê-los, oferecendo, assim, necessário suporte emocional à mulher, respeitando sua autonomia, direito de um acompanhante de escolha e garantia de que serão informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas (ISMAEL et al. 2020).

Desse modo, para a prevenção desse tipo de violência, o enfermeiro deve praticar alguns cuidados com a parturiente, como evitar intervenções desnecessárias e dolorosas, e principalmente as que podem ser arriscadas, exceto em situações estritamente indicadas; explicar a paciente sobre sua atual situação, quais opções ela tem e como ela pode ajudar, de maneira que ela consiga compreender; não omitir informações; promover ao paciente o direito de acompanhante de sua escolha; procurar ouvir o paciente; esclarecer suas dúvidas; trabalhar em parceria com a equipe para proporcionar um bom tratamento ao paciente; garantir o acesso ao leito e uma assistência pautada na equidade; orientar a mulher em relação aos direitos da maternidade e reprodução; investir em conhecimentos atualizados, buscando sempre melhoria em prol de uma assistência humanizada (MOURA et al. 2018).

Dentro do âmbito hospitalar, a situação é um pouco diferente, é o momento em que tudo pode acontecer, um profissional que vá lhe trazer segurança e encorajá-la é essencial e estar munida de informações permite argumentar a seu favor sobre tudo que deseja, claro que, sempre respeitando sua condição clínica para que não coloquem em risco a sua saúde e a do bebê.

Moura et al. (2018) acrescentam que o Enfermeiro deve questionar se a parturiente tem alguma dúvida, preocupação ou

medo sobre o trabalho de parto; Fornecer informações sobre os sinais e sintomas das fases do trabalho de parto e como aliviá-los, deve falar também sobre a evolução do trabalho de parto e pré-parto, o tempo e intervalos para cada ausculta fetal em cada trinta minutos e garantir o máximo de privacidade para a gestante.

Como exposto, propiciar todas as informações para a gestante, é totalmente necessário, pois nós, Enfermeiros, somos uma referência para a mesma quando trata-se de informações e cuidados, e é por isso, que é viável que ela se sinta confortável para sanar todas as dúvidas pertinentes no decorrer do parto e pós parto.

Segundo Silva et al. (2018) estudos apontaram que houve um aumento de uso dos métodos não farmacológicos para o alívio dos sintomas da dor durante o trabalho de parto. Com isso, percebe-se que esses métodos ajudam na diminuição da quantidade de intervenções desnecessárias, o que também é uma forma de contribuir para a prevenção da violência institucional no parto.

No que diz respeito aos métodos não farmacológicos, existem as medidas preventivas da dor que não tem relação com a administração de medicamentos, tais como o banho de aspersão, a musicoterapia, exercícios adequados para o parto, tudo isso visando melhores condições de trazer uma nova vida ao mundo sem que seja uma experiência traumatizante.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e a Política Nacional de Humanização também são utilizados como medidas para a prevenção desse tipo de violência, pois assim, a mulher e o seu filho ficam respaldados e assegurados de todos os seus direitos durante o pré-natal, parto e pós-parto.

Existem políticas que muitas mulheres não possuem ciência sobre elas, e com isso, não sabem que estão respaldadas mediante

a lei, e que de forma legal estão amparadas e que podem e devem exigir o seu direito de um parto seguro e humanizado.

De acordo com Leal et al. (2018) muitos casos de violência institucional no parto ocorrem porque a equipe de saúde não tem conhecimento sobre os atos praticados e acabam deixando passar despercebidos, pois, não identificam tais atos como uma violência contra a parturiente. Moura et al. (2018) sugerem que os Enfermeiros invistam mais em si, buscando constantemente por conhecimentos e atualizações.

No que tange a equipe de Enfermagem, a mesma deve ser um eixo de apoio crucial para a mãe naquele momento, visando esta abordagem, a educação continuada para os profissionais faz-se necessária, atrelada as questões que permite ter conhecimento técnico-científico sobre e com isso preconizar na queda dos índices de prevalência de violências obstétricas.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que a violência institucional no parto seja evitada ou, ao menos reduzida, é necessário que o Enfermeiro e sua equipe proporcionem uma assistência humanizada promovendo cuidados para a prevenção, pois, é ele o profissional que cria maior vínculo com a gestante, trazendo segurança, conforto e autonomia a elas, de forma que, sintam-se acolhidas e protagonistas de seu parto. Por isso, tem um papel fundamental para a promoção de saúde e prevenção de violências obstétricas, no pré-natal, parto e pós-parto.

Tendo em vista os aspectos observados, conclui-se que a violência institucional no parto ainda é uma realidade, considerada como um problema de saúde pública, este tipo de violência merece

bastante atenção, sendo necessário que as pessoas exponham mais esse assunto para a população, pois as informações são limitadas e que os profissionais estudem mais, busquem conhecimentos a fim de que, consiga promover a assistência humanizada da melhor forma possível.

3. REFERÊNCIAS

BRANDT, G.P; SOUZA, S. J.P; MIGOTO, M.T; WEIGERT, S.P. Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. **Revista Gestão e Saúde**. V. 19, n.1, p. 19-37. 2018. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/file2a3ed78d60260c2a5bedb38362615527.pdf>

BECK, C.M. Violência obstétrica: um conceito invisível. Lume repositório digital UFRGS, PORTO ALEGRE-RS, 2018. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/193866>

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde; Portaria n. 569 de 1º de Junho de 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

BRASIL, Nações Unidas. OMS: uma em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência. Nações Unidas Brasil, 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/115652-oms-uma-em-cada-3-mulheres-em-todo-o-mundo-sofre-violencia#:~:text=Ao%20longo%20da%20vida%2C%20uma,praticamente%20inalterados%20na%20%C3%BAltima%20d%C3%A9cada.>

CARDOSO, F.J.C; COSTA, A.C.M; ALMEIDA, AM.M; SANTOS, T.S; OLIVEIRA, F.B.M. Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 11, n. 9, p. 3346-3353, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110232/22159>.

CRUZ, K.D.V; SILVA, A.R.F. Violência Obstétrica: Violação aos direitos fundamentais da mulher. 2018. Disponível em: <https://bdtdcc.unipe.edu.br/wp-content/uploads/2019/04/VIOL%C3%8ANCIA-OBST%C3%89TRICA-TCC-KAREN-DEFINITIVO.pdf>

FREITAS, M.M.R.R.C; ARAGÃO, J.C.S.A. A naturalização da violência obstétrica e as dificuldades do reconhecimento dos seus sinais. **Revista Práxis**, v. 13, n. 26, dezembro, 2021. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/praxis/article/view/1742/2874>.

HENRIQUES, Tatiana. Violência obstétrica: um desafio para saúde pública no Brasil. Página Grená. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: https://www.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2021/02/violencia-obstetrica_tatiana_henriques_pagina_grena_fev2021.pdf.

ISMAEL, FM; SOUZA, G. K. R; ESTEVES, N.S; AOYAMA, E.A. Assistência de Enfermagem na Prevenção da Violência Obstétrica. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 2, n. 2, 2020. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/92>.

LEAL, S. Y.P; LIMA, V. L.A; SILVA, A. F; SOARES, P. D. FL; SANTANA, L. R; PEREIRA, A. Percepção da enfermeira obstetra acerca da violência obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52473>.

LOPES, R. J.P; INAGAKI, A. D. M; CARDOSO, N.P. M; ABUD, A.C.F; RIBEIRO, C.J.N. Fatores associados à humanização da assistência em uma maternidade pública. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 12, n. 7, p. 1879-1886, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231395>>.

LIMA, G.A.F; LOPES, M.C.A; Violência Obstétrica: Riscos do Uso da Manobra de Kristeller Durante o Parto. Uniceplac, 2019. Disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/312>.

MACEDO, T.R; CAVALEIRO, A violência obstétrica como violência institucional de gênero: uma leitura crítica e feminista. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/6138/1/TRCMacedo.pdf>.

MAGALHÃES, R.C.M. Violência Obstétrica enquanto violência de gênero e seu viés racial. **Caderno Virtual**, v. 3 n. 45; 2019. Disponível em: <https://portal.idp.emnuvens.com.br/cadernovirtual/article/view/3949/1726>.

MELO, A.S; SILVA, S.B.S; COSTA, F. B; BARBOSA, M. S.A; NASCIMENTO, K. C; REIS, R.P. Assistência de enfermagem frente à violência obstétrica: Um enfoque nos aspectos físicos e psicológicos. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p.83635-83650, outubro. 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/19127>

MENEZES, FR; REIS, G.M; SALES, A.A. S; JARDIM, D.M.B; LOPES, T.C. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface (Botucatu)**, v. 24, e180664, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100204&lng=en&nrm=iso>.

MOURA, R. C.M; PEREIRA, T.F; REBOUÇAS, F.J; COSTAS, C. ;LERNADES, A. M. G; SILVA, L. K.A; ROCHA, K. M..Cuidados de Enfermagem na prevenção da Violência Obstétrica. **Enferm. Foco** 2018; 9 (4): 60-65. Rio Grande do Norte, 2018. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/02/Cuidados-De-Enfermagem-Na-Preven%C3%A7%C3%A3o-Da-Viol%C3%Aancia-Obst%C3%A9trica.pdf>.

NERES, P.M; MARTINS, G. R. Violência obstétrica: uma análise constitucional do tratamento dado à mulher no momento do parto. **Revista Vianna Sapiens**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 29, 2021. Disponível em: <https://viannasapiens.emnuvens.com.br/revista/article/view/713>.

OLIVEIRA, A.L.L.S; SOUZA, DPAIVA, D. N. Contribuições da enfermagem para prevenção da violência obstétrica. Gama/DF, 2021. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/1011/1/Ala%c3%adde%20Liziane%20Lopes%20da%20Silva%20de%20Oliveira_0010672_Daiane%20do%20Nascimento%20Paiva%20Souza_0010_679_parcial.pdf.

SANTOS, I.B; LEITE, F.M.C; AMORIM, P.M.A; GIGANTE; D.P. Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da Atenção Primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25; n. 5; p. 1935-1946; Vitória; 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/R64vx7t9ykhCH54DTfSFvjv/?format=pdf&lang=pt>.

SILVA, . E. S. O Parto, a Violência Obstétrica e a Política Pública de Prevenção e Humanização. Repositório Institucional da UFPB. João Pessoa, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/17679>.

SILVA, M.K. A. C. Violência Institucional à mulher durante o trabalho de Parto. UFU, Uberlandia-2018. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/23833>

SILVA, M.C; FEIJÓ, B. M; PEREIRA, F. A.N.S; GUERRA, F.J. F; SANTOS, I.S; RODRIGUES, G.O; ANJOS, S.J.S.B; SANTOS, M.P. Trabalho de parto e nascimento na região rural: violência obstétrica. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 12, n. 9, p. 2407-2417, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234440>>.

TEIXEIRA, P.T.F A Violência Obstétrica: da Condição de Vulnerabilidade aos Danos Emocionais. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. V.15, N. 56, p. 541-558, Julho/2021. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/3160/0>.

ZANARDO, G.L.P; URIBE, M.C; NADAL, A.H.R; HABIGZANG, L.F. Violência obstétrica no Brasil: Uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**. Porto Alegre/RS, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/J7CMV7LK79LJTnX9gFyWHNN/?format=pdf&lang=pt>.

CAPÍTULO 16

SEGURANÇA DO PACIENTE: COMUNICAÇÃO EFETIVA ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Lucas José Rodrigues
Wanessa da Silva Oliveira Romano
Elenice Claudete Dias
Leonardo Santana Rocha
Jaqueline Carrara Folly Valente
Alessandra Santos de Paula

1. INTRODUÇÃO

Para Silva e Barros (2015) a comunicação é entendida como a troca de mensagens e a compreensão da mesma, com o objetivo de transmitir informações, pensamentos e valores. É uma ação humana que envolve a transmissão e a recepção da informação.

Brasil (2013) define Segurança do Paciente como a redução do risco de dano dispensável associado ao cuidado de saúde. E como uma das suas metas, tem-se a comunicação efetiva, onde através dela, os profissionais de saúde podem evitar vários eventos adversos (EA) (Joint Commission International, 2011). Ou seja, a segurança do paciente se torna um dos pilares de qualidade na assistência em saúde, uma vez que é perceptível os grandes riscos que causam o mal atendimento e conseqüentemente a falha na comunicação.

Uma ação de enfermagem que resulta em prejuízo não necessário ao paciente é conhecida como erro de enfermagem. Quando não causa nenhum dano ao paciente, é chamado de incidente sem dano, porém se ocorre algum dano ao paciente, torna-se um evento adverso (FORTE et al., 2017)

Além disso também existem as circunstâncias notificáveis que são incidentes com potencial para dano ou lesão ao paciente e o near miss que é considerado como um incidente que não atinge o paciente, ou seja, foi detectado antes de causar um dano (SILVA, 2016).

Com isso, para garantir a segurança do paciente é fundamental ter comunicação efetiva como meta a ser atingida pela equipe interdisciplinar, para também, proporcionar um ambiente de

trabalho harmonioso com assistência livre de dano (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Segundo Bohrer et al., (2016) a comunicação contribui diretamente no cuidado do paciente, pois pode garantir o cuidado integral e humanizado, melhorando a promoção do atendimento seguro em todos os níveis de atenção da saúde. A autora diz ainda que a comunicação ineficaz entre os setores pode resultar danos ao paciente.

Araújo et al. (2017) corroboram dizendo que a comunicação entre a equipe interdisciplinar de saúde é determinante na qualidade e segurança da prestação de cuidados aos indivíduos. Falhas de comunicação, principalmente a troca do plantão/turno, tem sido um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados.

Outro fator relacionado a comunicação entre setores é a atenção no momento do transporte intra-hospitalar, pois esse se constitui como uma das responsabilidades em relação aos cuidados pela equipe de enfermagem, no qual, se feito sem total conhecimento da necessidade do paciente pode ocasionar ocorrências de incidentes e eventos adversos.

Diante do exposto e buscando identificar as possíveis falhas na equipe de enfermagem no quesito comunicação entre a profissionais, que pode gerar danos ao paciente, na instituição hospitalar estudada, sentiu-se a importância desta pesquisa, objetivando compreender as possíveis falhas na comunicação entre os enfermeiros e técnicos em enfermagem, averiguar a relação de ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados à falha de comunicação entre a equipe multiprofissional.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Consiste numa pesquisa de caráter exploratória com uma abordagem quantitativa, conduzida em um hospital filantrópica cidade de Viçosa- MG que compõem a Rede Sentinela no gerenciamento de riscos à saúde. A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação do inquérito Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) à equipe que trabalha nos seguintes setores: centro cirúrgico e apartamentos de clínica médica e cirúrgica. O questionário foi aplicado exclusivamente para a equipe de enfermagem que compõem os setores supracitados (14 técnicos de enfermagem e 3 enfermeiros do setor de clínica médica e cirúrgica, e no Centro Cirúrgico forão 15 técnicos de enfermagem e 3 enfermeiros) e com vínculo empregatício com a instituição participante da pesquisa. Como critério de exclusão foram adotados os seguintes parâmetros: técnicos de enfermagem e enfermeiros de outros setores do hospital.

O inquérito utilizado na coleta de dados trata-se de um questionário originalmente desenvolvido pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), em 2004 (REIS, 2016), com o objetivo de avaliar as múltiplas dimensões relacionadas à segurança do paciente (valores, crenças e normas de organização, notificação de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão). O mesmo é dividido em seções que abrangem dimensões relacionadas a segurança do paciente. Para melhor desenvolvimento da pesquisa foram analisadas as dimensões B, C, E e F, além daquelas que indicavam dados estáticos importantes para o estudo.

A seção B está relacionada com as expectativas e ações de promoção da segurança do paciente dos supervisores e gerentes dos setores.

A seção C está relacionada a abertura da comunicação e retorno das informações e comunicação sobre os erros.

A seção E indica a nota que os profissionais de saúde atribuem a segurança do paciente em seu setor.

A seção F apresenta as dimensões de apoio a gestão hospitalar para a segurança do paciente, trabalho em equipe entre as unidades hospitalares e passagem de plantão e transferências internas.

A tradução e validação do questionário HSOPSC para o português e uso no Brasil se deu por meio da tese de doutorado de Cláudia Tartaglia Reis, realizada na ENSP/Fiocruz, sendo intitulado Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (REIS, 2016).

A coleta de dados ocorreu nos meses de Setembro e Outubro do ano de 2019, mediante autorização do CEP; da instituição coparticipante; assinatura pelos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preenchimento do questionário supracitado.

A análise de dados foi realizada com base na Escala de Likert, a qual é uma escala psicométrica usada em questionários com pesquisa de opinião, tendo seus itens de avaliação com pontuação de 1 a 5, sendo atribuído 1 à opinião discordo totalmente, 2 ao discordo parcialmente, 3 ao item indiferente, 4 ao concordo parcialmente e, 5 a opção concordo totalmente. Após o questionário ter sido totalmente respondido, cada item pôde ser analisado separadamente ou, em alguns casos, as respostas dadas foram somadas para criar um resultado por grupo de itens.

Como mostra a tabela 1, a Escala de Likert foi utilizada para compilação dos dados obtidos na pesquisa, através das respostas dos profissionais, sendo elas classificadas em negativas, neutras e positiva.

Tabela 1. Demonstrativo dos itens da Escala de Likert e classificação correspondente.

NEGATIVO		NEUTRO	POSITIVO	
Discorda fortemente	Discorda	Nenhum dos dois	Concorda	Concorda fortemente
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre

Fonte: AHRQ, 2004.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos Sylvio Miguel/Univiçosa atendendo os aspectos éticos e legais contemplados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sua aprovação sob o código CAAE: 14986619.0.0000.8090/2019.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra de população da pesquisa foi composta por 35 profissionais de enfermagem, sendo que 6 (17,14%) enfermeiros e 29 (82,86%) técnicos de enfermagem.

Em relação as unidades de trabalho, 3 (50%) enfermeiros eram do bloco cirúrgico e 3 (50%) de outras diversas áreas (clínicas médica e cirúrgica). Entre os técnicos de enfermagem, 14 (48,27%) pertenciam ao centro cirúrgico e 15 (51,73%) compunham a equipe de enfermagem da clínica cirúrgica.

Houve predominância do sexo feminino, fato que é característico da profissão, sendo que 29 (82,86%) dos participantes se identificaram como mulheres e 6 (17,14%) se identificaram como homens.

Todos os participantes (100%) da pesquisa relataram possuir contato direto com os pacientes, fato que se dá pela enfermagem ser considerada a equipe na primeira linha de cuidado, como mostra um estudo realizado no Estado da Bahia, onde a maioria dos profissionais (94,4%) possuíam contato direto com os usuários (SILVA e ROSA, 2016).

Com relação a idade foi possível observar que as faixas etárias que mais predominaram foram as de 26 a 35 anos, com 25,71% da amostra e 36 a 40 anos, com 22,86% dos participantes.

A figura 1 apresenta a dimensão: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes, composta por quatro itens (B1, B2, B3 e B4) do inquérito HSOPSC que inclui questionamentos em relação as expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança.

Tabela 1. Questionário da Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) – Dimensão: Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes.

	B1 - O meu supervisor elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente	B2- O meu supervisor realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente	B3R- Sempre que a pressão aumenta, meu supervisor quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”	B4R- O meu supervisor não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente
NEGATIVO	17,14	14,28	65,71	82,85
NEUTRO	28,57	14,28	25,71	8,57
POSITIVO	54,28	74,28	8,57	8,57

No item B1, 6 (17,14%) profissionais relataram não serem elogiados quando realizam ações favorecendo a segurança do paciente, 10 (28,57%) foram neutros a essa afirmação e 19 (54,28%) concordaram, resultado similar a outro estudo realizado em hospital público com 50% das respostas positivas para esse item (RODRIGUES, 2016)

Com relação ao supervisor do setor levar em consideração as sugestões dos profissionais para a melhoria da segurança do paciente (B2), 5 (14,28%) profissionais discordaram, 5 (14,28%) foram neutros e 26 (74,28%) concordaram com a afirmativa.

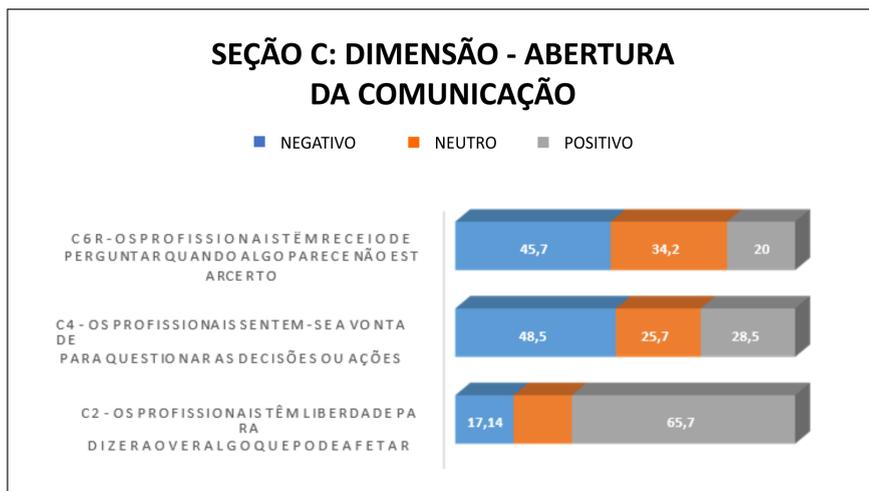
Na assertiva sempre que a pressão aumenta, meu supervisor quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique pular etapas, 23(65,71%) profissionais não concordaram, 9 (25,71%) foram neutros e 3 (8,57%) confirmaram a asserção.

No item B4R que diz que o supervisor do setor não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente, 29 (82,85%) profissionais responderam de forma negativa, 3 (8,57%) foram neutros e 3 (8,57%) responderam de forma positiva.

Desta forma, é possível concluir que em relação a supervisão das unidades, os profissionais de enfermagem percebem as ações e atitudes do líder/chefe favoráveis para a segurança do paciente e para o serviço realizado no setor.

Cabe ao líder e supervisor do setor oferecer suporte necessário para que sua equipe possa trabalhar em condições adequadas, que visem minimizar a ocorrência de erros e eventos adversos para os usuários dos serviços (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Figura 2. Questionário da Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) – Dimensão: Abertura da comunicação



	C2 - Os profissionais têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	C4 - Os profissionais sentem-se a vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores	C6R - Os profissionais têm receio de perguntar quando algo parece não estar certo
NEGATIVO	17,14	48,57	45,7
NEUTRO	17,14	25,71	34,28
POSITIVO	65,71	28,57	20

A figura 2 apresenta a seção C com a dimensão de abertura da comunicação, abrangendo as questões C2, C4 e C6R e as porcentagens obtidas de acordo com as respostas dos profissionais.

A comunicação é um fator fundamental na troca de informações para melhorar a interação entre equipes e compartilhar ideias. Quando realizada de forma efetiva é positiva para a segurança do paciente, gerando um impacto na qualidade do cuidado ao

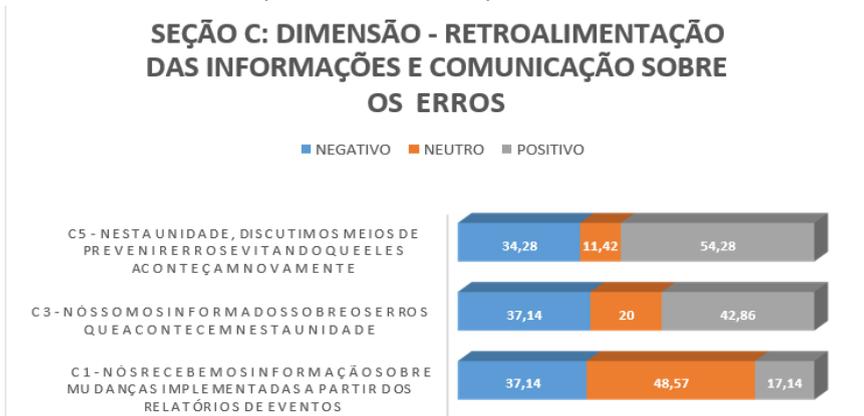
paciente, sendo uma meta de segurança da The Joint Commission: melhorar a efetividade da comunicação entre profissionais de saúde (BRASIL, 2016).

No que se refere aos profissionais terem liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente (C2), 6 (17,14%) não concordaram, 6 (17,14%) foram neutros e 23 (65,72%) admitiram ser verdade essa afirmativa.

O item C4, os profissionais que não se sentem a vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores foram 17 (48,57%), sendo que 9 (25,71%) foram neutros e 10 (28,57%) sentem se confortáveis a isso.

No que se refere aos profissionais terem receio de perguntar quando algo parece não estar certo (C6), 16 (45,71%) responderam negativamente, 12 (34,28%) foram neutros e 7 (20%) responderam positivamente.

Figura 3. Questionário da Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) – Dimensão: Retroalimentação das informações e comunicação sobre os erros



	C1 - Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos	C3 - Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	C5 - Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam Novamente
NEGATIVO	37,14	37,14	34,28
NEUTRO	48,57	20	11,42
POSITIVO	17,14	42,86	54,28

A figura 3 apresenta a dimensão da seção C relacionada com a retroalimentação das informações e a comunicação sobre os erros que acontecem nas unidades.

Em relação à comunicação, o item C1 está relacionado aos profissionais receberem informações sobre as mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos, sendo que 13 (37,14%) profissionais discordaram, 17 (48,57%) foram neutros e 6 (17,14%) concordaram.

No que diz respeito aos profissionais serem informados sobre os erros que acontecem na unidade (C3), 13 (37,14%) responderam negativamente, 7 (20%) foram neutros e 15 (42,86%) responderam positivamente.

Com relação aos profissionais da unidade discutirem meios de prevenir erros evitando que eles aconteçam novamente (C5), 12 (34,28%) discordaram, 4 (11,43%) foram neutros e 19 (54,28%) concordaram.

Com base nesses dados, é possível observar que a visão dos profissionais de enfermagem em relação a comunicação dentro dos setores é positiva. Os mesmos relataram possuir liberdade de fala, serem informados de erros que acontecem em seu setor, discutirem sobre a prevenção de erros e não terem receio de perguntar se

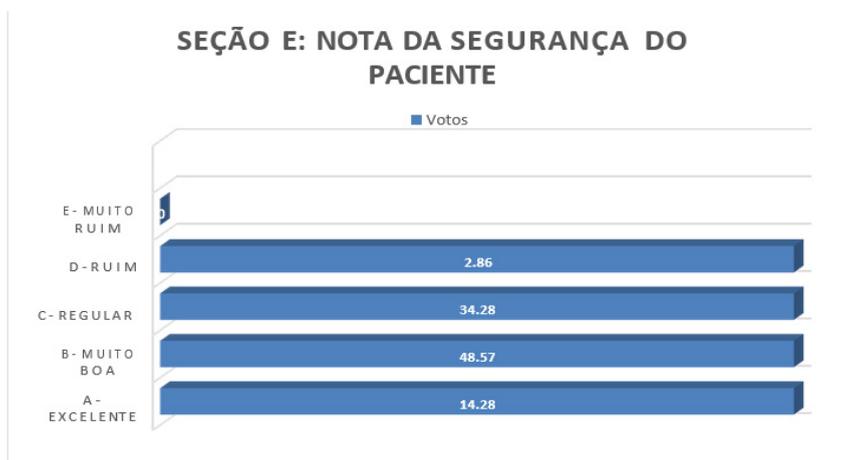
algo está certo ou não. Porém, houve uma neutralidade em relação aos profissionais de enfermagem receberem informações sobre as mudanças implementadas a partir dos relatórios de eventos adversos.

A análise dos dados mostrados na figura 3 fortalece a reflexão de que a comunicação, intermediando a segurança do paciente, é algo que sofre influência direta das ações gerenciais do hospital.

Em um estudo realizado em um hospital universitário público do interior do Estado do Paraná, foi possível observar que a maioria dos profissionais não se sentiam a vontade de questionar as decisões dos seus líderes (BOHRER et al., 2016).

Essa informação corrobora com a encontrada nessa pesquisa que mostrou que 48,57% da amostra estudada sentem-se desconfortável para questionar as ações dos seus superiores.

Figura 4. Questionário da Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) – Seção E: Nota da segurança do paciente.



	A - Excelente	B - Muito Boa	C - Regular	D - Ruim	E - Muito ruim
VOTOS	14,28	48,57	34,28	2,86	0

A dimensão E está relacionada a opinião dos profissionais de enfermagem participantes dessa pesquisa em relação a segurança do paciente na unidade de trabalho no hospital, podendo classificá-la em: excelente, muito boa, regular, ruim e muito ruim.

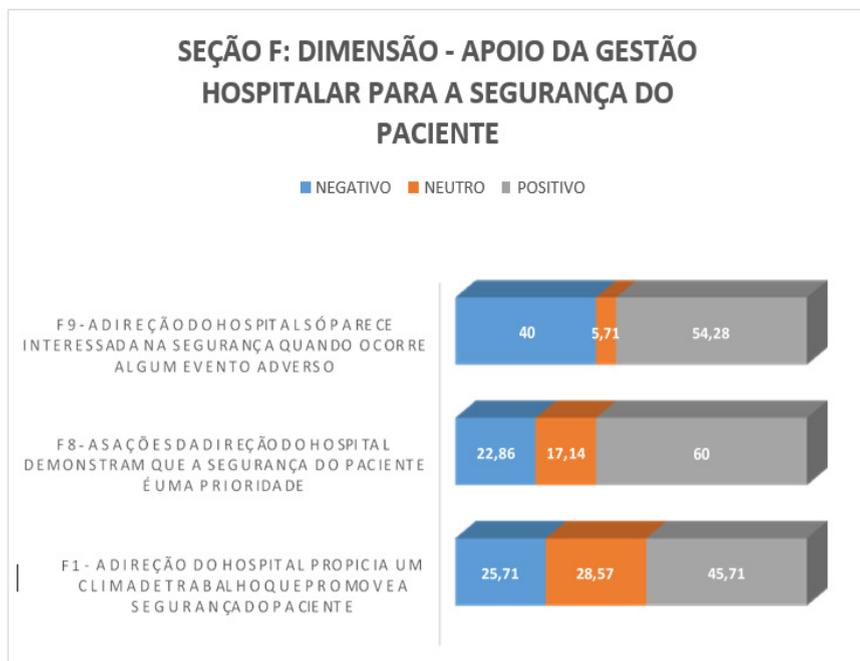
Somente 5 (14,28%) profissionais da equipe de enfermagem classificaram a segurança do paciente do setor como excelente. Como regular, foram 9 (34,28%) profissionais que consideraram a sua unidade dessa forma em relação a segurança do paciente.

Na classificação muito boa, houveram 17 (48,57%) votos. Como ruim, houve somente 1 (2,86%) profissional que opinou dessa forma e nenhum considerou a segurança do paciente em sua unidade como muito ruim.

Dessa forma, foi possível observar que a maioria dos profissionais de enfermagem participantes da pesquisa considera a segurança do paciente em seu setor como muito boa, ou seja, acreditam que as ações e cuidados realizados dentro da unidade são favoráveis para o fortalecimento da cultura da segurança do paciente.

O item aceitável seria equivalente ao regular, o que não consolida o resultado encontrado. Porém, há um grande desafio das instituições hospitalares de implementar a segurança do paciente e um processo de trabalho que favoreça o paciente, sendo que ainda há a necessidade dos hospitais evoluírem em relação a segurança do paciente, justificando então esse fato.

Figura 5. Questionário da Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) – Dimensão: Apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente



	F1 - A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	F8 - As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade	F9 - A direção do hospital só parece interessada na segurança quando ocorre algum evento adverso
NEGATIVO	25,71	22,86	40
NEUTRO	28,57	17,14	5,71
POSITIVO	45,71	60	54,28

A seção F abrange três dimensões, sendo a primeira é em relação ao apoio da gestão hospitalar para a segurança do paciente, composta por três questões: F1 – a direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente; F8 – as ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade e F9 – a direção do hospital só parece interessada na segurança quando ocorre algum evento adverso.

O item F1 diz respeito a direção do hospital proporcionar um clima de trabalho que promove a segurança do paciente, sendo que 9 (25,71%) profissionais responderam negativamente, 10 (28,57%) foram neutros e 16 (45,71%) responderam positivamente.

Sobre as ações da direção do hospital demonstrarem que a segurança do paciente é uma prioridade (F8), 8 (22,86%) profissionais discordaram, 6 (17,14%) foram neutros e 21 (60%) concordaram com a afirmação.

O item F9 diz que a direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso, sendo assim 14 (40%) profissionais discordaram, 2 (5,71%) foram neutros e 19 (54,28%) concordaram com a assertiva.

Singer e Vogus (2013) mostraram que a prática pessoal do líder afeta positivamente a cultura de segurança, com um impacto forte e consistente. O que pode ser realizado, como por exemplo, com um estilo de liderança que capacita os funcionários e que possui abertura de comunicação entre os membros da equipe.

Figura 6. Questionário da Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) – Dimensão: Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares.

	F2 - As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	F4 - Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	F6 - Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	F10 - As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes
NEGATIVO	45,71	25,71	57,14	28,57
NEUTRO	17,14	28,57	31,43	22,85
POSITIVO	37,14	45,71	11,43	48,57

Outra dimensão abordada pela seção F está relacionada ao trabalho em equipe entre as unidades hospitalares como mostra a figura 6. Essa dimensão é composta por quatro questões, sendo elas: F2 – as unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si; F4 – há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto; F6 – muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital e F10 – as unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes.

No que refere-se as unidades de saúde não estarem bem coordenadas entre si (F2), 16 (45,71%) profissionais responderam negativamente, 6 (17,14%) foram neutros e 13 (37,14%) responderam positivamente, dado similar a uma pesquisa realizada em um hospital universitário da cidade de São Paulo que apresentou

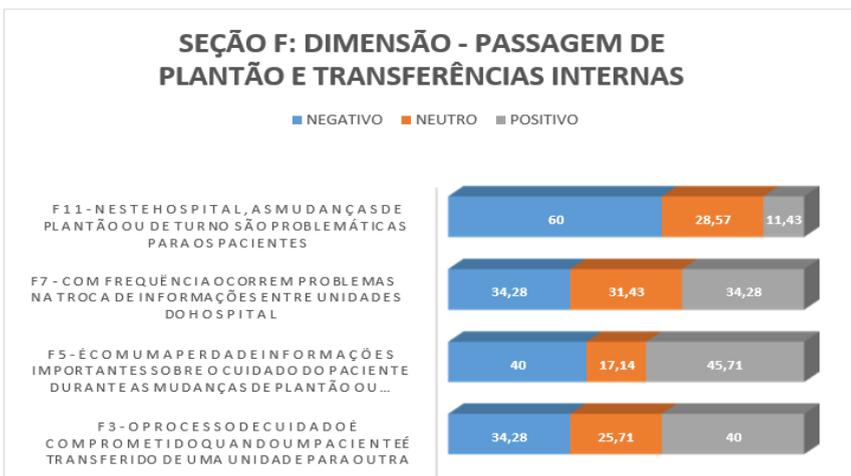
36,8% dos participantes discordando da afirmativa (RODRIGUES, 2016).

Sobre ter uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto (F4), 9 (25,71%) profissionais não concordaram, 10 (28,57%) foram neutros e 16 (45,71%) concordaram com a afirmação.

Com relação a muitas vezes ser desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital (F6), 20 (57,14%) profissionais discordaram, 11 (31,43%) foram neutros e 4 (11,43%) concordaram.

Com relação as unidades do hospital trabalharem bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes (F10), 10 (28,57%) profissionais não concordaram, 8 (22,85%) foram neutros e 17 (48,57%) concordaram com a asserção.

Figura 7. Questionário da Pesquisa sobre Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC) – Dimensão: Passagem de plantão e transferências internas.



	F3 - O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	F5 - É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou turno	F7 - Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre unidades do hospital	F11 - Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes
NEGATIVO	34,28	40	34,28	60
NEUTRO	25,71	17,14	31,43	28,57
POSITIVO	40	45,71	34,28	11,43

A terceira dimensão da seção F está relacionada com as passagens de plantão ou mudança de turno e as transferências internas, sendo composta por 4 questões, sendo elas: F3 – o processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra; F5 – é comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou turno; F7 – com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre unidades do hospital e F11 – neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.

Com relação ao processo de cuidado ser comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade a outra (F3), 12 (34,28%) profissionais discordaram, 9 (25,71%) foram neutros e 14 (40%) concordaram com a assertiva.

O item F5 diz respeito a ser comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno, 14 (40%) participantes negaram, 6 (17,14%) foram neutros e 16 (45,71%) concordaram com a asserção.

No que refere-se a frequência que ocorrem problemas de troca de informações entre as unidades do hospital (F7), 12 (34,28%) profissionais responderam negativamente, 11 (31,43%) foram neutros e 12 (34,28%) responderam positivamente.

A comunicação e a interação entre os profissionais deve ser um exercício cotidiano para o desenvolvimento do trabalho em equipe, ressaltando a necessidade de incentivar esses aspectos por meio da gestão hospitalar para melhorar a coordenação das unidades entre si (NETTO e SEVERINO, 2016).

Sobre no hospital as mudanças de plantão ou de turno serem problemática para os pacientes (F11), 21 (60%) profissionais responderam negativamente, 10 (28,57%) foram neutros, 4 (11,43%) responderam positivamente a afirmativa. Esse resultado diverge de um estudo realizado no Estado do Ceará que apresentou uma fragilidade na mudança de turnos (NETTO e SEVERINO, 2016).

A tabela 3 apresenta o percentual de positividade em relação a cada dimensão da cultura de segurança do paciente do instrumento aplicado durante a realização da pesquisa. Para a obtenção desses resultados foi realizada média aritmética das questões realizadas nesse estudo, com as respostas positivas.

Para a classificação foi utilizado o seguinte critério: acima de 75% o item é considerado como forte, entre 50% e 75% é considerado como adequado e abaixo de 50% de positividade é entendido como frágil.

Tabela 3. Percentual de positividade em relação a cada dimensão da cultura de segurança do paciente do questionário aplicado em um hospital público de Viçosa - MG

Dimensão	Percentual de Positividade	Classificação
Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes	69,28%	Adequado
Abertura da comunicação	46,66%	Frágil
Retroalimentação das informações e comunicação sobre os erros	38,09%	Frágil
Apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente	53,33%	Adequado
Trabalho em equipe entre as unidades hospitalares	49,28%	Frágil
Passagens de plantão/turno e transferências internas	44,99%	Frágil

A dimensão Expectativas e ações de promoção de segurança dos supervisores e gerentes, que está relacionada com as ações do supervisor do setor se apresentou como adequada, com 69,28%. Isso mostra que as ações realizadas pelo líder do setor são entendidas como favoráveis para a segurança do paciente.

Com relação a Abertura da comunicação foi possível obter um percentual de positividade de 46,66%, classificando esse item como frágil. Esse resultado mostra que ainda há uma

barreira na comunicação entre os profissionais e os líderes dos setores, impedindo assim a comunicação efetiva e a liberdade de questionamentos, afetando negativamente a segurança do paciente.

O item Retroalimentação das informações e comunicação sobre os erros obteve um percentual de 38,09%, o mais baixo entre todas as dimensões, sendo avaliado como frágil.

A dimensão Apoio a gestão hospitalar para a segurança do paciente se apresentou como adequada, com um percentual de 53,33%. Essa informação demonstra que a gerencia da instituição hospitalar prioriza a segurança do paciente e procura implementar ações com foco no aprimoramento da assistência.

Com relação ao trabalho em equipe entre as unidades hospitalares, foi possível obter um percentual de 49,28%, sendo classificado como frágil. Isso demonstra que ainda há a necessidade de melhorar a coordenação entre as unidades e o trabalho em equipe.

A dimensão sobre passagem de plantão e transferências internas apresentou um percentual de 44,99%, sendo avaliado como frágil. Esse fato afeta diretamente a cultura de segurança devido a falha na troca de informações durante as trocas de plantão ou transferências, podendo afetar a qualidade na assistência.

4. CONCLUSÃO

Cultura de segurança do paciente entre profissionais de um hospital tem ganhado um novo olhar, pois esta se reflete no comportamento dos membros da organização que a compõem, principalmente quando são abordados valores e crenças partilhados.

Esse estudo mostrou a importância da cultura de segurança para o desenvolvimento de sistemas de saúde com assistência de qualidade no cuidado e segurança do paciente, a fim de sensibilizar os profissionais sobre o tema.

É sabido que a comunicação é fator fundamental para o desenvolvimento do trabalho dos enfermeiros e sua equipe, uma vez que esta permite transmitir e receber informações corretas acerca da assistência de enfermagem.

De acordo com as orientações dos autores do instrumento HSOPSC, os resultados obtidos não evidenciaram nenhuma dimensão com escore de respostas positivas acima de 75%, para ser considerada uma área de força para a cultura de segurança do paciente, no entanto, destacou-se as dimensões com relação as expectativas das ações dos supervisores que favorecem a segurança do paciente e a de apoio da gestão hospitalar para segurança do paciente.

Ademais, foi possível observar que os técnicos de enfermagem não se sentem a vontade em questionar decisões tomadas sobre um cuidado do paciente. Porém, qualquer ação por mais correta que seja é passível de questionamentos. Outro ponto foi, a controvérsia de informações da seção F no que tange a passagem de plantão e suas consequências para o paciente, não ficando claro se causaria ou não danos ao paciente quando isso ocorrer.

Evidencia-se a necessidade dos funcionários e dos gestores obterem mais conhecimento em relação a implementação da cultura de segurança do paciente para identificar os problemas presentes no sistema e buscar melhorias para a qualidade do cuidado. Além disso, alimentar informações sobre mudanças implementadas e promover capacitações e treinamentos das equipes rotineiramente sobre a importância da comunicação refletindo positivamente na segurança do paciente.

5. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.A.N.; FILHO, W.D.L.; SILVEIRA, R.S.; SOUZA, J.C.; BARLEM, E.L.D; TEIXEIRA, N.S.; Segurança do paciente na visão de enfermeiros: uma questão multiprofissional. **Enferm. Foco**, v.8, n.1, p.52-56, 2017.

BOHRER C. D.; MARQUES, L.G.S.; VASCONCELOS, R.O.; OLIVEIRA, J.L.C.; NICOLA, A. L.; KAWAMOTO, A. M.; Comunicação e Cultura de Segurança do Paciente no Ambiente Hospitalar: Visão da equipe multiprofissional. **Rev Enferm UFSM** Jan./Mar.; v. 6; n. 1; p. 50-60; 2016.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 jul 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Implantação do núcleo de segurança do paciente em serviços de saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2016.

FORTE, E.C.N; PIRES, D. E.P; PADILHA, M.I; MARTINS, M.M. F.P.S. Erros de enfermagem: o que está em estudo. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n.2. 2017.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – Rio de Janeiro: CBA, 2011.

NETTO, F.C.B; SEVERINO, F. G.; Resultados da avaliação da cultura de segurança em um hospital publico de ensino do Ceara. **Revista Brasileira de Promoção a Saúde**. Fortaleza, 334-341, jul./set., 2016.

NOGUEIRA, J.W.S.; RODRIGUES, M.C.S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, v.20, n.3, 2015.

REIS, C.T; LAGUARDIA J, MARTINS, M. Adaptação transcultural da versão brasileira do Hospital Survey on Patient Safety Culture: etapa inicial. **Cad Saúde Pública**. v. 28; p.2199-210. 2012.

REIS, C.T; LAGUARDIA J, VASCONCELOS, A.G.G; MARTINS. M. Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study. **Cad Saúde Pública** [online] 2016; 32:11 e00115614.

RODRIGUES, W.V.D. **Avaliação da cultura de segurança do paciente entre profissionais de saúde em hospital público**. São Paulo, 2016. 119p. Dissertação de Mestrado – Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa.

SILVA, A.C.A.B; ROSA, D. O. S.; Cultura de segurança do paciente em organização hospitalar. **Cogitare Enfermagem**. v. 21 n. esp: 01-10. 2016.

SILVA, R.C.; BARROS, C.V.L.; Comunicação terapêutica relacionada ao cuidado humanizado e a segurança do paciente em unidade hospitalar. SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO - **Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde**. v.1, n. 01; jul-dez.2015.

SINGER, S.J; VOGUS, T.J. Reduzindo os erros no hospital: Intervenções que constroem a segurança do paciente. **Ann Rev Public Health**. v.34. p.373-396, 2013.

CAPÍTULO 17

SEGURANÇA DO PACIENTE: O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CENTRO CIRÚRGICO

Thayrine Franklin Assis
Danielle Cordeiro Mendes
Renata Siqueira Faria
Jaqueline Carrara Folly Valente

1. INTRODUÇÃO

A assistência segura ao paciente, tem sido um dos temas de saúde mais debatidos em todo o mundo, muito especialmente após a publicação do *American Institute of Medicine* intitulada “*To err is human*” que elucidou sobre os riscos decorrentes da forma de cuidar em saúde. Os resultados da publicação afirmam que os eventos adversos (EA) são presentes e recorrentes, sendo responsáveis por mortes e ou sequelas irreversíveis (ABREU et al., 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), (2013) e corroborada pelo Ministério da Saúde (2014), a segurança do paciente consiste na redução a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado à saúde (LOURENÇÃO, 2015).

A OMS estima que no período de um ano, há a realização de 1 procedimento cirúrgico para cada 25 pessoas e, no mesmo intervalo de tempo ocorram 234 milhões de cirurgias mundialmente, onde os EA no período perioperatório representam uma taxa de 3% do total de procedimentos cirúrgicos por ano e que cerca de 7 milhões de pacientes sofrerão complicações significativas em até 1 ano de pós-operatório (ANVISA, 2009; LOURENÇÃO, 2015).

O Centro Cirúrgico (CC) é considerado um setor complexo e de alto risco, e corresponde ao ambiente hospitalar onde ocorre a maioria dos EA. Estes ocorrem devido a causas multifatoriais e estão particularmente atribuídas à complexidade dos procedimentos, interação das equipes multiprofissionais, intensa atuação individual e coletiva, e o trabalho sob pressão (ABREU et al., 2019; BOHOMOL e MELO, 2019).

Abreu et. al.; (2019) salientam que a enfermagem enquanto

a maior força de trabalho neste setor apresenta relação direta e papel primordial na segurança do paciente cirúrgico, sendo esta completamente envolvida na assistência perioperatória, participando da atenção à equipe cirúrgica e tem a responsabilidade de promover um ambiente com qualidade e segurança (BOHOMOL; MELO, 2019).

Neste complexo contexto, diversas são as atribuições da enfermagem no cuidado ao paciente cirúrgico. Além das competências técnicas e do domínio de suas atividades privativas, cabe aos enfermeiros o papel inerente de educação, para com seus parceiros de trabalho bem como para os pacientes. Recai também sobre este profissional, como autônomo, líder e gestor, a responsabilidade do planejamento e a

implementação de medidas que previnam complicações, tornando, neste cenário, um profissional como elemento central no cuidado ao paciente cirúrgico (MIRANDA et al. 2016; RIBEIRO et al. 2019).

Diante do exposto, o presente capítulo avaliou o papel do enfermeiro frente a segurança do paciente em centros cirúrgicos, discutiu sobre as suas múltiplas atribuições e habilidades, bem como identificou os fatores que interferem na atuação do profissional e que podem implicar em riscos para a segurança do paciente cirúrgico.

2. IMPORTÂNCIA DA SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

Hipócrates (460 a 370 a.C.) cunhou o postulado *Primum non nocere*, que significa “primeiro não cause o dano”. Desde aquela época, o “pai da Medicina” tinha a ciência de que o cuidado

poderia causar algum tipo de agravo. Ao longo da história, outras personagens contribuíram para a melhoria da qualidade em saúde, como, por exemplo, Florence Nightingale - a precursora da enfermagem moderna (BRASIL, 2014).

A partir da divulgação do relatório “*To Err is Human*” do *Institute of Medicine*, o qual é considerado um estudo de vanguarda, foi definido o termo EA e também ressaltada que a taxa de mortalidade por EA é superior às taxas atribuídas ao câncer de mama e aos traumas por atropelamentos entre os americanos. Além da mortalidade, também são evidenciadas o grave acréscimo dos custos para os sistemas de saúde, devido a fatores como o aumento da permanência de internação (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000).

Em conformidade com a OMS, a ocorrência de EA relacionados a procedimentos cirúrgicos são classificados como *never events*, ou seja, falhas que nunca deveriam ocorrer. Estes são considerados intoleráveis, uma vez que os recursos e os conhecimentos disponíveis possibilitam a prevenção desses agravos (ARAÚJO, 2019).

Em países em desenvolvimento, as taxas de EA tendem a ser ainda mais preocupantes devido ao baixo investimento em cultura de segurança. Nesses países, as taxas variam de 2,5% a 18,4%, sendo que 83% dos EA são considerados evitáveis (GAMA, 2019).

No Brasil, estima-se que a cada 3 minutos, 2,47 brasileiros morrem em hospital público ou privado, em consequência de EA. A estimativa é de que se EA associados à assistência hospitalar fossem um grupo de causa de óbito registrado na Classificação Internacional de Doenças (CID), a mortalidade associada a estes

eventos estariam entre a 1^o e 5^o posições, portanto, considerada uma das causas de óbito mais prevalentes (KOLANKIEWICZ et al., 2020).

Dessa forma, Oliveira, Abreu e Almeida (2017) indagam que é sabido também que a incidência de EA em hospitais brasileiros é de cerca de 38,4%. Em um estudo

realizado em 3 hospitais de distintas regiões do Brasil tem-se evidenciado que 8 em cada 100 pacientes sofrem um ou mais EA no ambiente cirúrgico. Dentre os EA decorrentes da assistência, 67% são considerados evitáveis por meio de ações gerenciais eficientes. Além disso, entre os EA evitáveis, alguns são considerados intoleráveis como a troca de paciente, cirurgia ou da lateralidade do procedimento a ser realizado.

Ainda que o intuito seja ofertar os melhores cuidados e ainda que tenhamos o conhecimento e a prática, os EA podem acontecer e estes não possuem uma ocorrência tão rara como pensamos. Eles podem ser temporários, como por exemplo, a ocorrência de um quadro hemorrágico não prevenido devido à uma imprudência, ou permanentes, como a necessidade de uma amputação devido a uma imperícia.

O tema de segurança do paciente alavancou as investigações e promoveu a elaboração de estratégias em todo o mundo, além de ter sido incorporado como um dos atributos de qualidade da assistência à saúde (BRASIL, 2014). Corrobora da fala de Brasil (2014) Carvalho (2011) revela que desde 2004, a OMS articulou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, a qual elabora desafios globais que alertam sobre a necessidade e o comprometimento em prover segurança na assistência através do desenvolvimento

de políticas públicas que direcionem as práticas para a segurança do paciente. Em seu primeiro desafio, o foco fora as infecções relacionadas à assistência e o seu segundo desafio compreendeu as cirurgias seguras.

Mesmo que ainda sejam insuficientes, temos observado em nossos serviços a mobilização em prol da qualidade da assistência à saúde, sendo essa especialmente atrelada à segurança do paciente. Por termos sido alertados tanto pelas organizações de saúde mundiais como por nossos próprios indicadores, já é relevante a nossa preocupação com ações e estratégias que melhorem a qualidade da nossa assistência.

Posteriormente, foi elaborada a Política Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) mediante publicação da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, pelo Ministério da Saúde (MS), a qual tem por objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos do território nacional. Além disso, tem-se a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, através da qual se tem definida as ações para a segurança do paciente, inclusive a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) cujo objetivo é contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todas as instituições de saúde do país. Posteriormente, se tem instituída a Portaria nº 1.377, de 09 de julho de 2013, publicada pelo Ministério da Saúde, que aprova os protocolos de segurança do paciente, entre eles, o de Cirurgia Segura (BRASIL, 2013).

Apesar de se tratar de uma temática de preocupação relativamente recente no Brasil, observamos grande empenho do nosso país, que nos últimos 12 anos, por meio das normativas tem

respaldado e promovido estratégias com a finalidade de subsidiar ações e discussões acerca do tema. Esse é um ponto extremamente positivo, uma vez que convoca coletivos, especialmente os de enfermagem, a pensarem e articularem ações que promovam a segurança dos nossos pacientes cirúrgicos.

Para manejar o segundo desafio para efetiva segurança do paciente – promoção das cirurgias seguras, foi elaborado *checklist* que após testes bem sucedidos, subsidiaram a elaboração do protocolo de cirurgia segura (LOURENÇÃO, 2015), desde então, organizações de saúde de todo o mundo têm implementado iniciativas voltadas para os protocolos de cirurgia segura, com a finalidade de garantir que os padrões estabelecidos sejam observados durante os procedimentos, que os EA decorridos na sala de cirurgia e na recuperação pós-anestésica sejam descritos de forma efetiva, que promova adequada atenção ao paciente no transoperatório e que a comunicação entre os profissionais ocorra de modo eficaz. Todavia, essas ações devem estar fundamentadas no amadurecimento gerencial, no envolvimento das lideranças, na integração de equipes (BOHOMOL e MELO, 2019) e em estratégias para eliminar a cultura da punição (BARTIRA, 2018).

A elaboração de *checklist* para cirurgia segura foi uma estratégia unânime mundialmente, o que fortalece a potência do instrumento enquanto uma ferramenta chave para a promoção de uma assistência segura ao paciente cirúrgico. Entretanto, apesar das suas vantagens, é de primordial importância que a sua adaptação e implementação ocorram de forma cadenciada e em conformidade com o cenário de cada instituição. Para que isso seja efetivo, é necessário que a enfermagem – na figura do enfermeiro líder e gestor - seja capaz de gerir todo o processo que cerca o cuidado seguro ao paciente.

3. ATRIBUIÇÕES E HABILIDADES DO ENFERMEIRO PARA A PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA SEGURA AO PACIENTE CIRÚRGICO

O centro cirúrgico é uma unidade que compõem o ambiente hospitalar na qual são realizados procedimentos anestésico-cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, tanto de caráter eletivo quanto emergencial. Esse cenário apresenta uma dinâmica peculiar de assistência em saúde, em função do atendimento a uma variedade de situações e realização de intervenções invasivas que requerem o uso de tecnologias de alta precisão. Além disso, o trabalho no centro cirúrgico é marcado pelo desenvolvimento de práticas complexas e interdisciplinares, com forte dependência da atuação individual de alguns profissionais, mas também devido à necessidade do trabalho em equipe em condições, muitas vezes, marcadas por pressão e estresse (BARTIRA, 2018; GUTIERRES et al. 2018).

Atuar em unidade de Centro Cirúrgico é um desafio cercado de especificidades; características como a clausura, o grande volume de atividades burocráticas, a estreita relação interprofissional e a sutileza do próprio ato anestésico- cirúrgico se entrelaçam, compondo o cenário profissional do enfermeiro. O Manual de Práticas Recomendadas, da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), subdivide as atribuições do enfermeiro de Centro Cirúrgico em atribuições relacionadas ao funcionamento da unidade, atribuições técnico administrativas, atividades assistenciais e atividades de administração de pessoal, além de suas atribuições assistenciais (SANTOS; SILVA; GOMES, 2014).

Analogicamente à uma construção, um pilar de sustentação fora do eixo coloca em xeque todo um processo de cuidado. No

centro cirúrgico, devidos às suas extensas peculiaridades, além do domínio da prática assistencial, o enfermeiro necessita desenvolver (pois nem sempre está preparado para tal) e exercer habilidades de gestor, líder e autônomo. Aliado ao grande número de funções desempenhadas, ainda é necessário conseguir exercê-las em um cenário que também exige atenção, o que é uma missão possível, mas não é uma tarefa fácil para o enfermeiro.

O processo de trabalho do enfermeiro abrange subprocessos que compreendem a assistência, a gerência e a pesquisa/ensino. O enfermeiro gerencia o cuidado quando o elabora, o delega ou o faz, prevê e provê recursos, capacita sua equipe, educa o usuário, interage com outros profissionais, e ao ocupar espaços de articulação e de negociação. Em sua dimensão gerencial, sendo esta considerada um instrumento de política, precede de um caráter articulador e interativo a atuação do enfermeiro e tem por objetivo a organização do trabalho e dos recursos humanos, com a finalidade de prover condições adequadas de cuidado para os pacientes e para o melhor desempenho dos profissionais (MARTINS; DALL'AGNOL, 2016).

No ambiente do centro cirúrgico, o principal objetivo do trabalho de enfermagem é a realização de uma assistência segura, livre de danos, imperícia e imprudência. No contexto da gestão do cuidado, tem-se uma articulação entre as esferas gerencial e assistencial, e estas confirmam que há uma complementariedade entre o saber-fazer gerenciar e o saber-fazer cuidar na prática do enfermeiro, de modo que a gestão do cuidado se configura como uma atividade meio da atividade fim, que é o cuidado de enfermagem (GUTIERRES et al. 2018). No decorrer de sua prática, o enfermeiro deve ter um olhar à frente, vislumbrando o cuidado, o qual é a essência e diferencial do ser/saber/fazer enfermagem (SANTOS, SILVA; GOMES, 2014).

Com o avanço dos recursos tecnológicos disponíveis para a realização dos procedimentos anestésico-cirúrgicos, o uso de técnicas manuais vem se tornando obsoleto ao mesmo passo que as técnicas minimamente invasivas e a robótica vão evoluindo. Este novo cenário é desafiador para o enfermeiro, uma vez que além de suas atribuições, cabe à categoria não permitir que esses avanços estejam à frente do cuidado humanizado e seguro para cada paciente (GUTIERRES et al. 2018).

Apesar da assistência se dar em um contexto que exige múltiplas atribuições do enfermeiro, é crucial que o cuidado não deixe de ser a atividade principal da enfermagem. Ações em prol da segurança são essenciais e nitidamente devem ser garantidos para os pacientes, mas é preciso atentar que ele não lembrará de como foi seu posicionamento na mesa cirúrgica ou de qual foi o equipamento utilizado no seu procedimento, mas ele certamente se lembrará do rosto e das palavras de quem o acolheu com humanidade em um momento de aflição – e isso é ser/viver a enfermagem.

A enfermagem perioperatória abrange os períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório - fundamenta-se em seis princípios: integralidade, individualidade, participação, continuidade, documentação e avaliação. É o enfermeiro o responsável pelo planejamento e implementação de intervenções de enfermagem que previnam as complicações decorrentes do procedimento anestésico- cirúrgico, prestando assistência ao paciente conjuntamente a equipe multiprofissional, decidindo assim o melhor posicionamento para o paciente, facilitando as atividades durante o ato anestésico-cirúrgico (MIRANDA et al. 2016).

O enfermeiro permeia todos os processos para o cuidado seguro, entretanto, apesar das suas múltiplas faces dessa assistência segura, ele não o realiza sozinho. Pelo contrário, o enfermeiro

necessita envolver toda a sua equipe na assistência, e esta articulação, por mais que seja necessária, também pode ser um desafio a ser manejado pelo enfermeiro em prol do sucesso nesse processo de cuidar.

4. LISTA DE VERIFICAÇÃO (CHECKLIST) COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DE CIRURGIAS SEGURAS

Gama (2019) relata que cirurgia segura corresponde ao Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente, campanha proposta pela OMS, e seu conceito envolve medidas adotadas para redução do risco de EA que podem acontecer antes, durante e depois da cirurgia, tais como: prevenção de infecção de sítio cirúrgico, anestesia segura, equipe cirúrgica preparada e mensuração da assistência cirúrgica.

Souza et al. (2020) complementa a fala de Gama (2019) afirmando que ante a necessidade do cumprimento do Segundo Desafio Global para Segurança do Paciente, a OMS desenvolveu a Lista de Verificação de Cirurgia Segura (*checklist*), que deverá ser seguida pela equipe de profissionais da saúde, com o objetivo de minimizar erros considerados evitáveis que colocam em risco a vida e o bem-estar dos pacientes cirúrgicos.

A lista de verificação para a cirurgia segura caracteriza-se como um *checklist*, para o qual se tem a participação de toda a equipe cirúrgica - anestesista, cirurgião, assistentes e profissionais de enfermagem. Este é composto de três etapas: a primeira etapa (Identificação - *Sign In*), antecede a indução anestésica, já com o paciente na sala cirúrgica. A segunda etapa (Confirmação - *Time Out*)

é realizada antes da incisão cirúrgica, e a última checagem (Registro - *Sign Out*) ao final do procedimento (durante ou imediatamente após o fechamento) e antes que o paciente deixe a sala de cirurgia em direção à sala de recuperação (OLIVEIRA JÚNIOR, 2015).

Compartilham com Oliveira Júnior (2015), Gama (2019) e Rinaldi et al., (2019), elucidando que a primeira etapa (*Sign In*) prevê que sejam coletados e avaliados: identificação de dados e consentimento do paciente; sítio cirúrgico demarcado; verificação de segurança anestésica; oxímetro de pulso; alergias; via aérea difícil; e risco de perda sanguínea. A segunda etapa (*Time Out*) contempla a apresentação dos membros da equipe; confirmação de dados do paciente pela equipe; duração prevista; revisão do anestesologista; revisão da equipe de enfermagem; profilaxia antimicrobiana; e exames de imagens disponíveis. E por fim, a etapa 3 (*Sign Out*) prevê a confirmação do registro e contagem de instrumentos; contagem de compressas; identificação de amostras; problemas com equipamentos; e revisão das preocupações para a recuperação.

O processo de assistência no centro cirúrgico permeia processos que são realizados em todas as etapas de cuidado ao paciente cirúrgico. Cada uma dessas etapas consta de avaliações que devem ser monitoradas para que os eventos adversos sejam prevenidos e o enfermeiro é o principal personagem nesse processo. A OMS recomenda que uma única pessoa capacitada conduza a aplicação da lista do início ao fim, e que o condutor da lista confirme, com toda a equipe cirúrgica, se cumpriram todas as etapas e após confirmação, poderá prosseguir para o próximo passo (TOTI et al., 2020).

Assim Ribeiro et al. (2019) relatam que quanto ao *checklist* para a cirurgia segura, para além do seu correto preenchimento, é também papel do enfermeiro informar ao paciente sobre seu

problema de saúde, procedimento a ser realizado, orientações sobre o autocuidado em prol de sua plena recuperação, por meio de uma linguagem clara, respeitando seus conhecimentos e sua cultura. Logo, a enfermagem é responsável por todas as etapas da assistência no centro cirúrgico, e o seu cuidado reverbera inclusive no período pós-operatório.

Já é concreto o conhecimento acerca dos benefícios da utilização dos *checklist* para a promoção de cirurgias seguras, e estas reverberam para o paciente, para a equipe e para o serviço de saúde, entretanto, a sua implementação e o adequado uso, também apresentam barreiras. Apesar de ser uma ferramenta potente na promoção da segurança do paciente cirúrgico, o uso do *checklist* de cirurgia segura enfrenta obstáculos na prática, e estas também figuram como grande preocupação para o enfermeiro.

Segundo resultados do estudo transversal conduzido por Tostes e Galvão (2019), realizado com 91 enfermeiros em 25 hospitais de dois municípios do estado do Paraná, foram consideradas como barreiras para a implementação do *checklist*, a ausência do núcleo de segurança do paciente (NSP) ($p=0,005$), a introdução abrupta do instrumento ($p=0,001$) e a ausência de educação ($p<0,001$). Todos esses resultados merecem destaques especiais. O primeiro refere-se ao NSP, o qual é essencial para promover e apoiar a implementação de ações voltadas para a segurança do paciente; a definição de práticas de segurança em conformidade com as recomendações internacionais e nacionais vigentes; bem como ofertar condições e apoiar o uso do *checklist* para sua eficiente implementação.

Faz-se importante destacar que o enfermeiro deverá compor o NSP, de onde poderá realizar articulações em prol do desenvolvimento de ações e estratégias previstas pela PNSP

(BARTIRA, 2018). Além disso, Araújo (2019) completa que o NSP deve estar diretamente conectado à alta direção do serviço e deve ser composto por lideranças das áreas de enfermagem, farmácia, engenharia, compras, serviço de higienização e hotelaria, além do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), uma vez que a segurança do paciente depende de uma sistematização de práticas e da sensibilização e apoio de todos os colaboradores envolvidos direta ou indiretamente na assistência.

Nesse íterim, Gama (2019) informa que outra importante atribuição do NSP é a notificação dos EA relacionados a assistência à saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Entretanto, ainda enfrentamos um cenário de subnotificação de EA devido à culpabilização individual, ausência da cultura de segurança consolidada e ao crescente número de processos judiciais contra as instituições e profissionais de saúde, sendo o EA tratado pela mídia como ato inconcebível e não como reflexo de falhas no sistema que precisam ser revistas e adequadas ao processo de trabalho em saúde.

Na sua atuação no NSP, o enfermeiro deverá exercer o seu papel de articulador; suas atribuições nesse espaço podem subsidiar diversas etapas da assistência ao paciente cirúrgico, além desse se constituir em um espaço para discussão com seus pares e componentes de outros setores, cogestão e corresponsabilização da assistência segura ao paciente cirúrgico, e esse é um espaço em que o profissional não poderá deixar de se fazer presente.

Quanto à introdução abrupta do instrumento, esta pode ser compreendida como ausência de planejamento ou imposição, especialmente em presença de equipes e instituições resistentes a mudança. Assim, recomenda-se o envolvimento da equipe cirúrgica, desde o planejamento até a implementação gradual do *checklist*.

Ainda nesse contexto, outra questão que merece atenção é como será feita a incorporação de uma nova ferramenta naquele cenário de trabalho. Além de considerar a sua estrutura, é primordial que a sua incorporação seja realizada em congruência àqueles instrumentos já habituais do serviço. Logo, o *checklist* pode e deve ser adaptado para as necessidades da equipe, desde que essencialmente seja possível cumprir a sua finalidade. Outro ponto importante a se considerar é que o uso de *checklist* possui limitações e ressalvas, uma vez que podem ser considerados uma “barreira de segurança fraca” e vulnerável à normalização do desvio, ou seja, podem ser naturalmente negligenciados (TOSTES; GALVÃO, 2019).

Além disso, o fator educação é o de maior destaque neste cenário, uma vez que a ausência de treinamentos sistemáticos e a falta de clareza nas orientações dificultam o seu uso correto e continuado, e afetam o compromisso da multidisciplinaridade no processo. No Brasil, alguns trabalhos sobre a utilização de instrumentos para a promoção de segurança e prevenção de eventos adversos no centro cirúrgico identificaram que a equipe de enfermagem contribui com registros indispensáveis para o desenvolvimento de ações com segurança e cabe ao enfermeiro, enquanto líder, adotar e estimular tais iniciativas (MAZIERO et al, 2015; MARTINS; DALL’AGNOL, 2016).

Apesar de reconhecidas as habilidades de um enfermeiro, é necessário compreender que não se formam líderes e gestores – se formam enfermeiros que com a prática e com educação permanente se tornam líderes e gestores, para assim conseguem desenvolver essas habilidades. A promoção de atividades de educação deve ser estimulada para si e para os pares, uma vez que através do conhecimento e das discussões, é que práticas podem ser incorporadas e mudanças podem reverberar tanto na

segurança do paciente quanto em quaisquer âmbitos da assistência de enfermagem.

Para melhor subsidiar esse processo, recomenda-se a educação como um processo mais amplo sob a tríade: diálogo informal com cada membro da equipe cirúrgica, com a finalidade da proposta do novo instrumento e solicitar a colaboração para o seu uso, antes da efetiva implementação do mesmo; promover treinamento de cada membro da equipe cirúrgica antes do efetivo uso nos pacientes, promovendo assim a segurança da equipe; e sistematização de treinamentos e de orientações *in loco* (TOSTES; GALVÃO, 2019).

Outro importante fator que contribui para a ocorrência dos EA e que merecem destaque são as falhas na comunicação pela ausência de informações necessárias (SOUZA et al., 2020). No estudo descritivo de Garcia e Oliveira (2018), o qual foi realizado em dois hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais, com 133 profissionais (médicos preceptores/residentes), enfermeiros e técnicos de enfermagem, constatou que 61,2% (63) da equipe de enfermagem mencionou que a resistência da equipe cirúrgica está entre as maiores dificuldades para aplicação efetiva do *checklist*, enquanto 53,3% (16) dos médicos não apontam dificuldade para o cumprimento do protocolo. Este achado também é congruente com outro importante fator de limitação para a segurança do paciente cirúrgico - a falha na comunicação entre os membros da equipe assistencial. Esta constatação é corroborada nesse mesmo estudo, onde a melhoria da comunicação da equipe cirúrgica após a implementação do *checklist* foi referida apenas por 3% da equipe de enfermagem e 10% dos cirurgiões (GARCIA; OLIVEIRA, 2018).

A comunicação efetiva perfaz como importante tática em prol da assistência segura ao paciente e o enfermeiro precisa

não apenas saber se comunicar, mas promover a comunicação para com a sua equipe, seus pacientes e os seus pares dos demais setores da instituição, inclusive para a promoção das articulações que se fizerem necessárias. Essa atribuição provavelmente é a mais desafiadora ao mesmo passo que é aquela que pode mais contribuir para os melhores resultados do cuidado e por isso, é uma potente estratégia que deve ser desenvolvida e utilizada pelo enfermeiro enquanto detentor de saber-gerir-cuidar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os hospitais não são lugares tão seguros como imaginamos e um procedimento cirúrgico pode gerar sequelas ou até mesmo, a morte. Nos centros cirúrgicos, o recurso mais crítico para o sucesso do processo cirúrgico é a própria equipe, entretanto a adoção de medidas preventivas pode promover segurança para o paciente, sua família e também para os profissionais de saúde envolvidos.

Apesar de possuírem conhecimento técnico-assistencial, o centro cirúrgico é um setor com especificidades que exigem articulações entre o saber/fazer com as habilidades de gerência e liderança para que o enfermeiro possa realizar o seu trabalho e coordenar/auxiliar/treinar a sua equipe. Para que isso seja possível, é necessário que sejam realizadas atividades de educação permanente, reuniões/grupos de estudos interprofissionais, elaboração e divulgação de indicadores, discussões e proposição de soluções para as falhas e pontos críticos passíveis de controle. Além disso, é necessária comunicação efetiva tanto internamente quanto com os demais setores do serviço.

Quanto à utilização do *checklist* de cirurgia segura, este

pode ser considerado um instrumento simples, replicável, de fácil mensuração e podem ser utilizados em quaisquer tipos de serviços, porém essas características por si só não garantem o sucesso da sua adoção e implementação. É necessário que o enfermeiro envolva toda a sua equipe nessa decisão de uso, na realização das adaptações – que inclusive são encorajadas pela OMS - na forma de incorporar à rotina do serviço.

É importante ressaltar que mesmo que o enfermeiro esteja atento a essas necessidades e que ele seja o maior responsável por todo o funcionamento e organização do centro cirúrgico, é muito comum que o seu trabalho não seja devidamente respeitado. Em minha experiência, por exemplo, o anestesista (também responsável técnico do setor) nem sempre escuta e/ou concorda com o enfermeiro e assume uma posição verticalizada de chefia – “passando por cima do enfermeiro”, e adotando medidas que podem implicar em insegurança tanto para nós da equipe quanto para o paciente. Para exemplificar, cito o que acontece com frequência no meu setor que é a ausência de registro da segunda etapa do *check list (Time Out)* ou a omissão de alguns itens, por ordem do anestesista.

Outro ponto de extrema importância que deve ser considerado é que muitos erros são gerados por falhas no processo de comunicação, portanto, deve-se potencializar a efetividade da comunicação, assim como se investe em conhecimento teórico e gerencial. Esta habilidade deve ser encorajada tanto pela liderança de enfermagem, como por todos os profissionais da equipe, assim como para com os pacientes.

Este é outro ponto de importante destaque. Em minha experiência, por exemplo, a verticalização da chefia, por parte de alguns profissionais – em especial, os médicos limitam muito o

processo de comunicação da equipe tanto nas atividades rotineiras quanto nos processos de decisão. Nem sempre o conjunto de profissionais funciona como uma equipe, isso porque ficamos restritos ao que nos compete na parte assistencial e não conseguimos dialogar com o colega sobre o que compete à equipe como um todo. Muitas vezes observamos um esforço imenso da enfermeira (responsável técnica do setor) em promover um processo de comunicação e decisão coletivo, mas que não se concretiza/não tem uma implementação efetiva na prática por essa resistência médica.

E por fim, apesar de todas as especificidades da assistência nos centros cirúrgicos, é de primordial importância que o enfermeiro desenvolva as suas novas habilidades conforme as necessidades de cada realidade, porém, o mesmo não deve se distanciar da sua atividade fim – o cuidado. Que o cuidado seja seguro, mas que ainda sim seja cuidado humano e respeitoso.

6. REFERÊNCIAS

ABREU, I. M.; ROCHA, R. C.; AVELINO, F. V. S. D; GUIMARÃES, D. B. O; NOGUEIRA, L. T; MADEIRA, M. Z. A. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: visão da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.40, n.spe, p. 1-8, out. 2019.

ARAÚJO, B.S. **Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas como Desafio Global da Organização Mundial de Saúde**. 2019. Belo Horizonte, 2019, 176p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia, Políticas e Práticas de Saúde das Populações), Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

BARTIRA, A. C. S. **Cirurgia Segura: As Evidências Científicas Para Elaboração de Uma Intervenção Educativa**. Ribeirão Preto, 2018, 78p. Dissertação (Mestrado em Ciências), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (USP).

BOHOMOL, E; MELO, E. F. Cultura de segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção da equipe de enfermagem. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 132–138, jul/set. 2019.

BRASIL. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 abr. 2013, Seção 1, n.62, p.43-44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, 10 jul 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. 40p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 26 jul 2013.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural e validação do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil – Questionário de Atitudes de Segurança**. 2011. Ribeirão Preto, 2011, 173p. Tese (Doutorado em Ciências), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (USP).

GAMA, C. S. **Uso do Checklist de Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde como Estratégia de Redução de Complicações e Mortalidade em Cirurgia Colorretais: Uma análise de duas realidades, Brasil X Canadá.** 2019. Belo Horizonte, 2019, 108p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

GARCIA, T. F ; OLIVEIRA, A. C. Índice autorreferido pela equipe de cirurgia ortopédica sobre o protocolo e checklist de cirurgia segura. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 23, n. 1, p. e52013, abr/nov. 2018.

GUTIERRES, L. S; SANTOS, J. L. G; PEITERM C. C; MENEGON, F. H. A; SEBOLD, L. F; ERDMANN, A. L. Boas práticas para segurança do paciente em centro cirúrgico: recomendações de enfermeiros. **Rev Bras Enferm [Internet].**, v. 71, n.6, p. 2940- 2947, jun/jul. 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE. National Academy Press. To err is human: building a safer health system. Washington, DC, 2000. 34 p.

KOLANKIEWICZ, A. C. B; SCHMIDT, C. R; CARVALHO, R. E. F. L; SPIES, J. DAL PAI, S; LORENZINI, E. Cultura de segurança do paciente na perspectiva de todos os trabalhadores de um hospital geral. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.1, n.41, p.1- 10, jan. 2020

LOURENÇÃO, D. C. A. **Adaptação transcultural e validação do Safety Attitudes Questionnaire/Operating Room Version para o contexto brasileiro.** São Paulo, 2015, 144p. Tese (Doutorado em Ciências), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (USP).

MARTINS, F. Z.; DALL'AGNOL, C. M. Centro Cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.77, n.4, p. e5694, jul/ago, 2016.

MAZIERO, E. C. S; SILVA, A. E. B. C.; MANTOVANI, M. F; CRUZ, E. D. A. Adesão ao uso de um checklist cirúrgico para segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v.36, n.4, p. 14-20. fev/ago.2015.

MIRANDA, A. B; FOGAÇA, A. R.; RIZZETO, M; LOPES, L. C. C. Posicionamento Cirúrgico: Cuidados de enfermagem no transoperatório. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 52-58, jan/mar. 2016.

OLIVEIRA, A. C.; ABREU, A. R.; ALMEIDA, S. S. Implementação do checklist de cirurgia segura em um hospital universitário. **Rev. Enferm. Foco**, Brasília, v. 8, n. 4, p. 14-18, fev/dez. 2017.

OLIVEIRA JÚNIOR, N. J. **Segurança do Paciente: o checklist da cirurgia segura em um centro cirúrgico ambulatorial.** Porto Alegre, 2015, 79p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

RIBEIRO, W. A; MATTOS, I. F; MORAIS, M. C; SOUZA, D. M. S; COUTOS, C.S.; MARTINS, L.M. Cirurgia segura: a enfermagem protagonizando a segurança do paciente no centro cirúrgico. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 10, n. 1, p. 66–71, jan/jun. 2019.

RINALDI, L. C; MATILDE, J. D; PRATA, R. A; CASTRO, A. B; AVILA, M. A. G. Adesão ao checklist de cirurgia segura: análise das cirurgias pediátricas. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 24, n. 4, p.185-192, out/dez. 2019.

SANTOS, F. K; SILVA, M. V. G; GOMES, A. M. T. Conhecendo as formas de cuidar dos enfermeiros de centro cirúrgico: Uma construção a partir da teoria fundamentada nos dados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.23, n.3, p. 696-703, jul/set. 2014

SOUZA, A. T. G; SILVA, T. K. P; DOMINGUES, A. N; TOGNOLI, S. H; EDUARDO, A. H. A; MACEDO, J. I; MENDES, A. A. Segurança do paciente em centro cirúrgico: percepção dos profissionais de enfermagem. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.25, n.2, p. 75-82, abr/jun. 2020.

TOSTES, M. F. P; GALVÃO, C. M, Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.*; 40esp:e2018180. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/89091/51330>

TOTI, I. C. C; BITTENCOURT, J. F. V; BOREL, M. G. C; MONTEIRO, T. B. M; SILVA, C. N; THOFEHRN, M. B. Percepções dos profissionais de enfermagem na aplicação do checklist de cirurgia segura. **J. Nurs. Health**, Pelotas, v.10, n.1, p. e20101010, mar/maio. 2020.



ENFERMAGEM NA VEIA

ORGANIZADORES

Leonardo Santana Rocha
Cristiano Luiz Gomide Cabral
Mirella Gonçalves Lopes Pinto
Eliene da Silva Martins Viana
Flávia Xavier Valente
Marcelo Dias da Silva