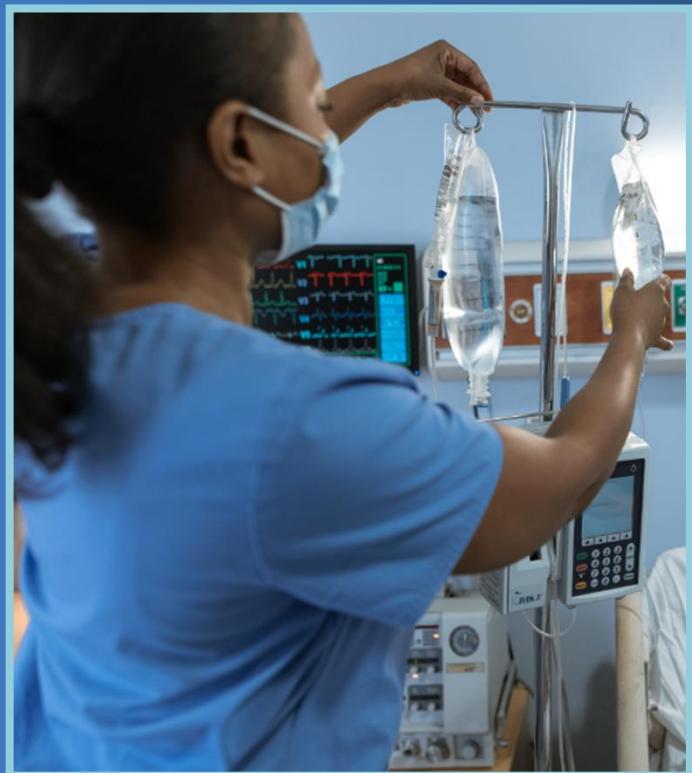


ASSISTÊNCIA DE Enfermagem: CUIDADOS VISANDO À SAÚDE DE PACIENTES

ANTONIO DA COSTA CARDOSO NETO
THIESA MARAMALDO DE ALMEIDA OLIVEIRA
DAVYSON VIEIRA ALMADA
MARCIA SILVA DE OLIVEIRA
BRUNA CRUZ MAGALHÃES
CHARLYAN DE SOUSA LIMA
ALFREDO JOSÉ DE PAULA BARBOSA
MARIA HELENA DA SILVA CASTRO
(Organizadores)

Volume 02



ANTONIO DA COSTA CARDOSO NETO
THIESSA MARAMALDO DE ALMEIDA OLIVEIRA
DAVYSON VIEIRA ALMADA
MARCIA SILVA DE OLIVEIRA
BRUNA CRUZ MAGALHÃES
CHARLYAN DE SOUSA LIMA
ALFREDO JOSÉ DE PAULA BARBOSA
MARIA HELENA DA SILVA CASTRO
(Organizadores)

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: CUIDADOS VISANDO À
SAÚDE DE PACIENTES**
(Volume 02)

ANTONIO DA COSTA CARDOSO NETO
THIESSA MARAMALDO DE ALMEIDA OLIVEIRA
DAVYSON VIEIRA ALMADA
MARCIA SILVA DE OLIVEIRA
BRUNA CRUZ MAGALHÃES
CHARLYAN DE SOUSA LIMA
ALFREDO JOSÉ DE PAULA BARBOSA
MARIA HELENA DA SILVA CASTRO
(Organizadores)

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: CUIDADOS VISANDO À
SAÚDE DE PACIENTES**
(Volume 02)

2022 by Editora Alfa Ciência
Copyright © Editora Alfa Ciência
Copyright do Texto © 2022 Os autores
Copyright da Edição © 2022 Editora Alfa Ciência
Direitos para esta edição cedidos à Editora Alfa Ciência pelos autores.
As ilustrações e demais informações contidas desta obra são integralmente de
responsabilidade dos autores.

Capa: Designed by Editora Alfa Ciência

Imagen da Capa: Foto de RODNAE Productions no Pexels

Diagramação e Edição de Arte: Editora Alfa Ciência

Revisão: Os Autores

CORPO EDITORIAL

Editor Chefe:

Dr. Charlyan de Sousa Lima

Editora Adjunta:

Ma. Bruna Cruz Magalhães

Conselho Editorial

Dr. Antonio da Costa Cardoso Neto

Dr. Cláudio Gonçalves da Silva

Dr. Diego Amorim dos Santos

Dr. Ivandro Carlos Rosa

Dra. Karlyene Sousa da Rocha

Dra. Kaiomi de Souza Oliveira Cavalli

Dr. Leonardo De Ross Rosa

Dra. Luana Lopes Padilha

Dra. Marcele Scapin Rogerio

Dra. Mayara da Cruz Ribeiro

Dr. Nítalo André Farias Machado

Dra. Paula Michele Lohmann

Dr. Renato Santiago Quintal

Dra. Thiessa Maramaldo de Almeida Oliveira

Dr. Wellyson da Cunha Araújo Firmo

Diagramação: Editora Alfa Ciência
Edição de Arte: Editora Alfa Ciência
Revisão: Os Autores
Organizadores: Antonio da Costa Cardoso Neto
Thiessa Maramaldo de Almeida Oliveira
Davyson Vieira Almada
Marcia Silva de Oliveira
Bruna Cruz Magalhães
Charlyan de Sousa Lima
Alfredo José de Paula Barbosa
Maria Helena da Silva Castro

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

Assistência de enfermagem [livro eletrônico]:
cuidados visando à saúde de pacientes:
volume 2. -- 1. ed. -- Chapadinha, MA:
Editora Alfa Ciência, 2022.
PDF.

Vários organizadores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-84518-08-7

1. Assistência de enfermagem 2. Pacientes
3. Pacientes - Atendimento 4. Pacientes -
Cuidados.

22-111128

CDD-610.73
NLM-WY-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Assistência de enfermagem: Ciências médicas
610.73
- Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

O conteúdo do livro, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. O download da obra e o seu compartilhamento somente são autorizados desde que sejam atribuídos créditos aos autores, sem alterá-la e de nenhuma forma utilizá-la para fins comerciais.

Editora Alfa Ciência
Chapadinha – Maranhão – Brasil
(98) 98585-2320
www.editoraalfaciencia.com.br
publicacao.alfaciencia@gmail.com
contato.alfaciencia@gmail.com

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
Capítulo 01 - A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	13
Maria Helena da Silva Castro	
Antonio da Costa Cardoso Neto	
Marcia Silva de Oliveira	
Ana Caroline Castro Pestana	
Wemerson Leandro dos Santos Meireles	
Jeofton Meira Trindade	
Bruna Cruz Magalhães	
Lúcia Camila Oliveira Friedrich	
Capítulo 02 - O USO DO BRINCAR COMO RECURSO PARA HUMANIZAÇÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR EM ALA PEDIÁTRICA.....	21
Polyanna Glaucê Pinheiro de Carvalho	
Eliene Teixeira Costa	
Josilene Lindoso Abreu Brito	
Andrea Barros Araújo	
Antonio da Costa Cardoso Neto	
Bruna Cruz Magalhães	
Renildo Matos dos Santos	
Wemerson Leandro dos Santos Meireles	
Capítulo 03 - DESAFIOS DA ENFERMAGEM FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19.....	38
Elaine Sila de Melo Barros	
Samara de Oliveira Abreu da Conceição	
Maria de Lurdes Gomes Pinto	
Everli Pinto de Oliveira	
Antonio da Costa Cardoso Neto	
Thiessa Maramaldo de Almeida Oliveira	
Davyson Vieira Almada	
Bruna Cruz Magalhães	
Capítulo 04 - FATORES QUE AFETAM A SAÚDE MENTAL DE PACIENTES PÓS-COVID-19.....	51
Samara de Oliveira Abreu da Conceição	
Elaine Sila de Melo Barros;	
Maria de Lurdes Gomes Pinto ¹ ; Everli Pinto de Oliveira ¹ ;	

Antonio da Costa Cardoso Neto²; Bruna Cruz Magalhães³;
Lairla Silveira Ripardo⁴; Brenda Steffane Viana Vasconcelos⁵

Capítulo 05 - TABAGISMO: IDENTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DE TRANSTORNOS À SAÚDE61

Adriana Maciel de Souza
Daiane Sampaio Araújo
Marcelina Lopes Xavier Gama
Suziane Cutrim Silva
Maria do Livramento da Silva Dias
Bruna Cruz Magalhães
Marcia Silva de Oliveira
Jeofton Meira Trindade

Capítulo 06 - SAÚDE MENTAL DE GESTANTES DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19: UMA ANÁLISE PRELIMINAR71

Marcelly Silveira Silva Lopes
Juliete Rocha Silva
Aldenize Moreira de Sousa
Eunice da Silva Sousa
Antonio da Costa Cardoso Neto
Thiessa Maramaldo de Almeida Oliveira
Lairla Silveira Ripardo
Bruna Cruz Magalhães

Capítulo 07 - FATORES DE RISCOS PARA OBESIDADE INFANTIL85

Daiane Sampaio Araujo
Marcelina Lopes Xavier Gama
Suziane Cutrim Silva
Antonio da Costa Cardoso Neto
Bruna Cruz Magalhães
Brenda Steffane Viana Vasconcelos
Jéssica Rayanne Vieira de Araújo Sousa
Carlos Alberto Goncalves Colares

Capítulo 08 - OS FATORES QUE LEVAM AO DESMAME PRECOCE E SUAS IMPLICAÇÕES NUTRICIONAIS ANTES DOS SEIS MESES DE IDADE98

Eunice da Silva Sousa
Juliete Rocha Silva
Marcelly Silveira Silva Lopes
Aldenize Moreira de Sousa
Brenda Steffane Viana Vasconcelos
Antonio da Costa Cardoso Neto
Bruna Cruz Magalhães
Gracilene Oliveira da Silva

Capítulo 09 - CONDIÇÃO DE SAÚDE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE111

Aldenize Moreira de Sousa
Juliete Rocha Silva
Marcelly Silveira Silva Lopes
Eunice da Silva Sousa
Brenda Steffane Viana Vasconcelos
Maria do Livramento da Silva Dias
Maria Helena da Silva Castro
Bruna Cruz Magalhães

**Capítulo 10 - FATORES QUE LEVAM À EXCLUSÃO DE DOADORES DE SANGUE
EM HEMONÚCLEOS 123**

Eliene Teixeira Costa
Josilene Lindoso Abreu Brito
Andrea Barros Araújo
Polyana Glauce Pinheiro de Carvalho
Antonio da Costa Cardoso Neto
Bruna Cruz Magalhães
Jeofton Meira Trindade
Carlos Alberto Goncalves Colares

Capítulo 11 - PREVENÇÃO AO MELANOMA: CÂNCER DE PELE – UM OLHAR DA ENFERMAGEM 132

Saara Marla Freitas Ferreira
Maria Vanda Ferreira da Silva
Geanilson Araújo Silva
Antonio Cardoso da Costa Neto
Marcia Silva de Oliveira
Flávia Holanda de Brito Feitosa
Íthalo da Silva Castro
Bruna Cruz Magalhães

**Capítulo 12 - A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA
AUTISTA 142**

Josilene Lindoso Abreu Brito
Eliene Teixeira Costa
Andrea Barros Araújo
Polyana Glauce Pinheiro de Carvalho
Antonio da Costa Cardoso Neto
Bruna Cruz Magalhães
Lairla Silveira Ripardo
Lúcia Camila Oliveira Friedrich Sousa

**Capítulo 13 - OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO DE
FERIDAS 153**

Marcelina Lopes Xavier Gama
Suziane Cutrim Silva
Daiane Sampaio Araújo
Davyson Vieira Almada

Antonio Cardoso da Costa Neto
Maria Helena da Silva Castro
Jéssica Rayanne Vieira Araújo Sousa
Bruna Cruz Magalhães

Capítulo 14 - A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A IMUNIZAÇÃO DAS CRIANÇAS DE 0 a 4 ANOS 161

Maria de Lurdes Gomes Pinto
Elaine Sila de Melo Barros
Samara de Oliveira Abreu da Conceição
Everli Pinto de Oliveira
Davyson Vieira Almada
Antonio Cardoso da Costa Neto
Jeofton Meira Trindade
Bruna Cruz Magalhães

Capítulo 15 - O PRECONCEITO ENFRENTADO PELOS PORTADORES DE HANSENÍASE NO BRASIL: UMA REVISÃO 174

Raimunda Aguiar Santos
Nildilene Costa Marques
Íthalo da Silva Castro
Antonio da Costa Cardoso Neto
Márcia Silva de Oliveira
Luís Martins Machado
Bruna Cruz Magalhães
Lúcia Camila Oliveira Friedrich Sousa

Capítulo 16 - EDUCAÇÃO E SAÚDE: CONSCIENTIZAÇÃO DE GESTANTES SOBRE CORRIMENTO VAGINAL 187

Everli Pinto de Oliveira
Maria de Lurdes Gomes Pinto
Elaine Sila de Melo Barros
Samara de Oliveira Abreu da Conceição
Antonio da Costa Cardoso Neto
Bruna Cruz Magalhães
Flávia Holanda de Brito Feitosa
Gracilene Oliveira da Silva

Capítulo 17 - PARTICIPAÇÃO DA ENFERMAGEM NO CONTROLE DA HANSENÍASE EM UNIDADE DE SAÚDE 194

Juliete Rocha Silva
Marcelly Silveira Silva Lopes
Aldenize Moreira de Sousa
Eunice da Silva Sousa
Antonio da Costa Cardoso Neto
Alfredo José de Paula Barbosa
Flávia Holanda de Brito Feitosa

Flávia Holanda de Brito Feitosa
Luís Martins Machado

Capítulo 18 - VIOLENCIA OBSTÉTRICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS204

Suziane Cutrim Silva
Daiane Sampaio Araújo
Marcelina Lopes Xavier Gama
Jéssica Rayanne Vieira Araújo Sousa
Antonio da Costa Cardoso Neto
Alfredo José de Paula Barbosa
Flávia Holanda de Brito Feitosa
Bruna Cruz Magalhães

Capítulo 19 - FATORES DE INFLUÊNCIA NA DECISÃO E DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO217

Keddma Damarys Sousa
Saara Marla Freitas Ferreira
Davyson Vieira Almada
Antonio Cardoso da Costa Neto
Brenda Steffane Viana Vasconcelos
Wemerson Leandro dos Santos Meireles
Bruna Cruz Magalhães
Lúcia Camila Oliveira Friedrich Sousa

Capítulo 20 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM RECEBIDA PELA GESTANTE DURANTE O TRABALHO DE PARTO.....226

Maria Vanda Ferreira da Silva
Saara Marla Freitas Ferreira
Jeofton Meira Trindade
Antonio da Costa Cardoso Neto
Wemerson Leandro dos Santos Meireles
Magno Pinto de Oliveira
Flávia Holanda de Brito Feitosa
Bruna Cruz Magalhães

Capítulo 21 - DESAFIOS ENFRENTADOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE O PÉ DIABÉTICO236

Adriene Cordeiro Costa
Nildilene Costa Marques
Magno Pinto de Oliveira
Íthalo da Silva Castro
Magno Pinto de Oliveira
Jéssica Rayanne Vieira Araújo Sousa
Geanilson Araujo Silva
Bruna Cruz Magalhães
Wemerson Leandro dos Santos Meireles

Capítulo 22 - PERFIL SOCIOECONÔMICO DE GESTANTES QUE REALIZAM O PRÉ-NATAL EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE 253

Andrea Barros Araújo
Eliene Teixeira Costa
Josilene Lindoso Abreu Brito
Polyana Glauce Pinheiro de Carvalho
Lairla Silveira Ripardo
Davyson Vieira Almada
Maria Helena da Silva Castro
Bruna Cruz Magalhães

Capítulo 23 - IMPACTO DA AUSÊNCIA DE UTI NEONATAL EM HOSPITAL MATERNIDADE 265

Karoline Conceição Cruz Pereira
Nildilene Costa Marques
Raimunda Aguiar Santos
Brenda Steffane Viana Vasconcelos
Antonio da Costa Cardoso Neto
Íthalo da Silva Castro
Bruna Cruz Magalhães
Alfredo José de Paula Barbosa

**Capítulo 24 - VULNERABILIDADE DOS ADOLESCÊNTES NO ÂMBITO FAMILAR E SOCIAL:
FATORES ASSOCIADOS A VULNERABILIDADE NA ADOLESCÊNCIA 275**

Nildilene Costa Marques
Raimunda Aguiar Santos
Davyson Vieira Almada
Antonio Cardoso da Costa Neto
Luis Martins Machado
Bruna Cruz Magalhães
Thiessa Maramaldo de Almeida Oliveira
Gracilene Oliveira da Silva

Capítulo 25 - ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO 290

Luisa Antonia Silva Lima
Saara Marla Freitas Ferreira
Lúcia Camila Oliveira Friedrich Sousa
Davyson Vieira Almada
Geanilson Araujo Silva
Bruna Cruz Magalhães
Magno Pinto de Oliveira
Maria Helena da Silva Castro

Capítulo 26 - CADERNETA DO IDOSO COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE NA SAÚDE DA FAMÍLIA 304

Rosângela Prata de Paula

Marcia Silva de Oliveira
Antonio da Costa Cardoso Neto
Maria Helena da Silva Castro
Thiessa Maramaldo de Almeida Oliveira

APRESENTAÇÃO

Estar saudável é um processo individual (e, em alguns casos, coletivo), natural e voluntário. Assim, distúrbios da infância, comunidade, obesidade, ludicidade, humanização, pandemia, tabagismo, nutrição, saúde mental, gestação, adolescência entre outros assuntos que estão em voga no tocante à saúde, são tratados nessa compilação de ideias relativas à assistência de enfermagem direcionada ao bem estar generalizado do paciente.

A real importância outorgada a esses temas ainda é muito parca, entretanto, conforme apresentado pelos autores dos capítulos que seguirão, muito ainda se tem a fazer para alcançarmos uma homeostase generalizada em termos de conhecimentos relativos às mais diversas áreas do cuidado e autocuidado.

Esta obra se fundamentou com base em compilações de trabalhos acadêmicos da Faculdade Santa Luzia e de vivência práticas, abordando de forma crítica a visão de diferentes enfermeiros sobre atuação profissional e a assistência de Enfermagem adotadas em benefício à saúde, além disso uma discussão sobre assuntos referente a saúde sob uma perspectiva multidisciplinar. Na obra são abordadas pesquisas relacionadas as ciências da enfermagem, cuidado com o paciente, assistência de enfermagem em diversas doenças, problemas de saúde em diferentes populações, dentre outros estudos.

Esperamos mostrar mais dessa premissa em uma próxima obra.

Profa. Dra. Marcia Silva de Oliveira

Prof. Dr. Antonio da Costa Cardoso Neto

Capítulo 01

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Maria Helena da Silva Castro¹, Antonio da Costa Cardoso Neto²,
Marcia Silva de Oliveira³, Ana Caroline Castro Pestana⁴,
Wemerson Leandro dos Santos Meireles⁵, Jeofton Meira Trindade⁶,
Bruna Cruz Magalhães⁷, Lúcia Camila Oliveira Friedrich⁸

¹Especialista em Enfermagem do Trabalho, Gestão em Enfermagem em UTI e Enfermagem Geriátrica Gerontológica pela UCAM. Professora da faculdade Santa Luzia.

²Doutor em Ciências da Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, UCES, Argentina. Professor do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Luzia.

³Doutora em Ciências da Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, UCES, Argentina. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Luzia.

⁴Graduada em Arquitetura e urbanismo – UNICEUMA.

⁵Especialização em Gestão em Saúde pela UEMA. Professor da Faculdade Santa Luzia,

⁶Mestre em Matemática pela Universidade Federal do Maranhão. Professor da Faculdade Santa Luzia. ⁷Mestre em Saúde do Adulto pela Universidade Federal do Maranhão.

Especialista em Nutrição esportiva. Professora da Faculdade Santa Luzia. ⁸Especialista em Docência do Ensino Superior e em Educação Especial e Inclusiva

RESUMO:

Realizou-se pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, objetivando conhecer a importância da comunicação no ambiente hospitalar. A comunicação consiste em uma troca de informações entre indivíduos, na qual essa mensagem possa ser transpassada de forma clara e que não haja desentendimento. Ela é variável em que se pode mudar e obter um novo significado, no ambiente hospitalar essa ciência é conspícua, precisa ser extremamente indispensável devido ao nível de complexidade de organização visto que possui uma variedade de serviços e diversos tipos de profissionais. Conclui-se com o presente estudo que para desenvolver um trabalho com excelência é necessário haver uma boa comunicação por meio de uma linguagem adequada, eficiente e com ausência de ruídos, Neste cenário, chamamos atenção dos gestores e profissionais da saúde para priorizarem uma assistência de qualidade evidenciada pela satisfação dos pacientes/usuários do serviço, e consequentemente a otimização do tempo para equipe, o que torna os serviços assistenciais mais ágeis e resolutivos.

Palavras-chave: Comunicação; Profissionais; Usuários; Ambiente hospitalar.

INTRODUÇÃO

A comunicação é estabelecida por meio de três elementos básicos sendo eles: o comunicador, a mensagem e o receptor. Pode ser manifestado “como aquele que transmite a comunicação, o conjunto de símbolos e/ou ações que compõem e dá forma a mensagem a ser transmitida e aquele que recebe essa mensagem” (SANTOS, MONTAGNA, 2015). Dessa forma, a comunicação tem como função conduzir todas as ações dos seres humanos, o principal intuito de comunicar é estabelecer uma boa comunicação.

O processo de comunicação se dá pela troca de informações onde é estabelecido um diálogo entre duas pessoas ou mais no qual visa garantir que o receptor além de mandar a mensagem ele entenda a mensagem e por fim a transmita. (TIBURCIO e SANTANA, 2013).

Nesse Sentido, a constituição do processo de comunicação ocorre de formas verbais e outras formas de comunicação humana que não envolve diretamente as palavras, o não verbal. Dessa maneira, entende-se que as formas de comunicações verbais são caracterizadas pela linguagem, enquanto as formas não verbais se caracterizam por expressões e gestos (BROCA, FERREIRA, 2015).

O presente trabalho está estruturado em tópicos que contemplam o desenvolvimento da comunicação no ambiente hospitalar, os benefícios, as fragilidades e a satisfação da comunicação no âmbito do hospital.

No presente estudo, a escolha do tema parte do desejo de entender sobre o gerenciamento da comunicação hospitalar visto que é algo conspícuo para o exercício profissional da Enfermagem. Nesse sentido, o desenvolvimento do trabalho está estruturado em tópicos objetivando conhecer a importância da comunicação no ambiente hospitalar.

DESENVOLVIMENTO DA COMUNICAÇÃO NO AMBIENTE HOSPITALAR

O hospital é um sistema complexo no qual se difere de todas as organizações. As variadas atividades nele desenvolvidas necessitam de preparação, bom senso, habilidade, autoridade, sensatez e ética (MALAGÓN-LANDOÑO, *et al.*, 2008). Dessa forma, dentro do âmbito hospitalar, a

comunicação se faz imprescindível devido as várias situações vivenciadas tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos usuários dos serviços prestados.

Nesse contexto, vale ressaltar que através da comunicação adequada será possível diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos previamente para a solução dos problemas detectados na interação dos pacientes, com vista a manter os clientes orientados e tranquilos. Deste modo, é imprescindível a existência da boa comunicação no ambiente de trabalho, para estabelecer um diálogo claro na assistência prestada ao usuário (SILVA, 2002). A existência de falhas na comunicação pode influenciar de forma negativa no atendimento e trazer prejuízos diretos para a assistência prestada ao cliente/paciente (SOUSA, et al., 2014).

Nesse sentido, a comunicação vem como ponto de partida, que acentua a articulação entre os campos sociais entendendo como espaço estruturado para relações (BOURDIEU, 1989). Além disso, a boa comunicação agiliza todo o contexto de atendimento assistencial, não esquecendo de utilizar para cada público uma linguagem diferenciada, isso porque, o ambiente hospitalar recebe pessoas de todos os níveis sociais e culturais.

A falha na comunicação é uma das mais importantes dificuldades dentre diversas outras, que são enfrentadas por equipes que buscam estabelecer em suas organizações o trabalho (SOUSA, et al. 2014). Com a iniciativa de obter menos falhas na comunicação neste ambiente complexo (hospitalar) pode-se alcançar uma compreensão melhor da linguagem e consequentemente estabelecer uma boa comunicação com ausência de ruídos.

Baseada nesta necessidade, o profissional precisa estar em constante processo de inovação das formas de comunicação verbal e não-verbal, haja vista, que é necessário o domínio das ferramentas de comunicação para que haja sucesso no processo comunicativo.

Benefícios da comunicação no âmbito hospitalar

Os benefícios da comunicação no âmbito hospitalar são diversos, quando estabelecidos, através de uma linguagem compreensível para profissionais, pacientes/clientes e o público diverso, a comunicação se torna eficaz. Nesse sentido, com a adoção de uma comunicação limpa têm-se a possibilidade de trabalhar de forma mais dinâmica, ou melhor, desenvolver as atividades, com a ausências dos ruídos, o que favorece a assistência de qualidade.

Nesse contexto, a comunicação deve se revestir de objetivos focados em competências, habilidades e metas a serem adquiridas, com vista a produzir determinada reação. Dessa forma, quando aprendermos a persistir nossas metas com vistas a alcançá-las em termos de respostas específicas da parte daqueles que recebem nossas mensagens, teremos conseguido marco o passo inicial para a comunicação positiva e eficiente (BROCA e FERREIRA, 2015)

A gestão da comunicação se tornou tático onde é conceituado como instrumento indispensável (NASSAR, 2006). Tal instrumento favorece para que não ocorra falhas em todo contexto assistencial, tais sejam: troca do plantão, preenchimento dos prontuários, evolução de Enfermagem, anotações de Enfermagem orientações ao paciente, relação interpessoal da equipe, multiprofissionais, atendimento ao paciente propriamente dito e disciplina.

Fragilidade da comunicação no âmbito hospitalar

A comunicação se torna algo fundamental para que se alcance à amplificação de toda a equipe e que se possa ter resultados positivos, entretanto, a mesma nem sempre é considerada positiva. Dessa forma, visa-se que durante a assistência no hospital, é necessário que seja estabelecido vários objetivos e dentre estes a boa comunicação, pois é através dela que ocorre a interação da equipe de profissionais com os pacientes/clientes, uma vez havendo fragilidade no processo da comunicação, ocorrerá comprometimento da mesma (Sousa et al., 2014).

Nesse contexto. Sousa *et al.*, (2014), corrobora com o presente estudo ao afirmar que o local onde ocorre a fragilidade de comunicação pode originar diversos problemas em consequência da assistência prestada, tais sejam: “a perda de tempo durante o ato assistencial, desgaste emocional dos profissionais, conflitos de equipes e informações distorcidas”. Dessa forma, entende-se que a comunicação interfere diretamente na qualidade da assistência prestada ao paciente/cliente, ela pode ser compreendida como uma solução a ser implementada de forma que garanta o sucesso da gestão desempenhada pelo profissional de Enfermagem.

A interação de equipes e a comunicação devem ser habilidades e competências que possam ser obtidas no processo da formação acadêmica devido singularidade de cada profissional, assim como sua especialização na qual devem ter cuidado e êxito em suas atividades (Broca e Ferreira, 2015). Além disso, o processo de enfermagem na assistência do paciente, insatisfação dos pacientes diante dos serviços prestados, para que se supere nesta problemática devido a mesma, tornando os profissionais conscientes da responsabilidade da boa qualidade da comunicação.

É importante preparar os profissionais de Enfermagem de forma interdisciplinar, para contribuir na potencialização do trabalho coletivo. Desta maneira, é necessário focar numa educação que possibilite a melhoria da interação prestada pela equipe, de forma que garanta uma comunicação clara, sem ruídos, e possibilite a garantia da segurança do paciente (Farias *et al.*, 2018).

Logo, as fragilidades levam a inúmeras falhas na qual os ruídos de comunicação se destacam como uma das principais, podendo ocasionar por exemplo: desperdício de insumos, desestímulo dos profissionais e desorientação dos mesmos, dificuldade de organização, dificuldade do diálogo, dificuldade de desenvolver o trabalho em equipe e dificuldade de realização de serviços de enfermagem (procedimentos, orientações, entre outros).

Satisfação da comunicação no âmbito hospitalar.

A motivação deve ser contemplada sempre nos trabalhos em equipe, uma vez que todos os ambientes são importantes e um complementa o outro.

Nesse sentido, deve-se entender que não há profissional mais importante que outro, o que deve haver é o entendimento de que o trabalho coletivo é melhor, e pode gerar satisfação profissional e qualidade nos serviços (PETRY, CHESANI E LOPES, 2017).

Dessa forma, com uma comunicação bem estabelecida entre profissionais e pacientes/clientes todo processo de enfermagem dentro do ambiente hospitalar flui de maneira positiva visando a prestação de serviço eficiente, onde todos têm a oportunidade de vivenciar as práticas de serviços, voltados para o compromisso, corporativismo e humanização.

Segundo Pereira (2017), “Com o aumento dos níveis de satisfação dos seus colaboradores com a comunicação, incrementa a sua motivação e produtividade e, consequentemente, o sucesso da organização”. À vista disso, o cliente / paciente é evidenciado para o centro da assistência, sendo o objeto singular neste processo, vendo-o em todos as suas dimensões: física, intelectual, social, emocional.

Uma das competências na área da gestão em enfermagem nele descritas diz respeito à gestão de recursos humanos, devendo os enfermeiros gestores desenvolver e promover a coesão, o espírito de equipe, o bom ambiente de trabalho, o empenhamento, a motivação e a satisfação (PEREIRA, 2017). Logo, no âmbito assistencial propicio para uma assistência de qualidade, onde a satisfação do usuário será evidenciada através do retorno da comunicação estabelecida entre ambos (equipe de enfermagem e clientes).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, pode-se identificar que o processo de comunicação da equipe de Enfermagem evidenciou-se como um processo continuo, mutuo e fundamental para os vínculos de enfermagem, seja na assistência ao paciente, ou nas relações multiprofissionais, quer na própria equipe, isto devido a conspicuidade do diálogo dentro do contexto assistencial. Dessa forma, para fluir o trabalho é necessário haver uma boa comunicação através de uma linguagem adequada, eficiente e com ausência de ruídos.

Neste cenário, chamamos atenção dos gestores e profissionais da saúde para priorizarem uma assistência de qualidade evidenciada pela satisfação dos pacientes/ usuários do serviço, e consequentemente a otimização do tempo para equipe, o que torna os serviços assistenciais mais ágeis e resolutivos.

REFERÊNCIAS

- BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico**. Rio Janeiro: Editora Bertrand, 1989. Disponível em: <https://nepegeo.paginas.ufsc.br/files/2018/06/BOURDIEU-Pierre.-O-poder-simb%C3%B3lico.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2021
- BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.467-474, 2015.
- FARIAS, E. S.; SANTOS, J. O.; GÓIS, R. M. O. Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar. **Cadernos de graduação - Ciências Biológicas e de Saúde Unit** Aracaju, v. 4, n. 3, p.139-154, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5168>. Acesso em: 4 abr. 2021.
- MALAGÓN-LANDOÑO, G. MORERA, R. G. e LAVERDE, G. P. **Administração Hospitalar**. Buenos Aires- Argentina: Editorial medico hospitalar, 2008. Disponível em: <<https://books.google.com.pe/books?id=lrMCVNsvX70C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 4 Abr. 2021.
- NASSAR, M. R. F. **O Papel da Comunicação nas Organizações de Saúde: oportunidades e desafios..** Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, CAMPINAS/SP: XXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – UnB, 2006. Disponível em: <http://www.portcom.intercom.org.br/pdfs/124774426789181000807901524350708876107.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2021.
- PEREIRA, Diana Gomes. **A satisfação dos enfermeiros com a Comunicação Organizacional em contexto hospitalar.** (Dissertação de Mestrado) Lisboa: Escola Superior de Enfermagem, 2017. Disponível em: <<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/20967>>. Acesso em: 8 abr. 2021.
- PETRY, K.; CHESANI, F. H.; LOPES, S. M. B. Comunicação como ferramenta de humanização hospitalar. **Sau. & Transf. Soc.** Florianópolis, v. 8, n. 2, 2017. p. 77-85. Disponível em: <file:///C:/Users/Not/Downloads/4195-18806-1-PB.pdf> . Acesso em: 5 abr. 2021.

SANTOS, C. A.; MONTAGNA, E. A comunicação integrada na área da saúde. **Revista Acadêmica Osvaldo Cruz**, [S. I.], ano 2, n.8, 2015.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 4. ed. São Paulo: Editora: Edições Loyola, 2002.

SOUSA, C.S. *et al.* Comunicação efetiva entre o centro cirúrgico e a unidade de terapia intensiva. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 19, n. 1, p.44-45, 2014.

TIBURCIO, J. S.; SANTANA, L. C. **A comunicação interna como estratégia organizacional**. [S. I.], 2013. Disponível em:
https://www.cairu.br/riccairu/pdf/artigos/2_COMUNICACAO_INTERNA_ESTRETEGIA.pdf . Acesso em: 25 abr. 2021.

Capítulo 02

O USO DO BRINCAR COMO RECURSO PARA HUMANIZAÇÃO DO AMBIENTE HOSPITALAR EM ALA PEDIÁTRICA

Pollyana Glauce Pinheiro de Carvalho¹; Eliene Teixeira Costa²;
Josilene Lindoso Abreu Brito²; Andrea Barros Araújo²;
Antonio da Costa Cardoso Neto³; Bruna Cruz Magalhães⁴;
Renildo Matos dos Santos⁵; Wemerson Leandro dos Santos Meireles⁶

¹ Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional pelo ISEC e em Gestão e Supervisão Escolar pela FAEME, Graduada em Letras pela UEMA e Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia – FSL; ² Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ³ Doutor em Saúde Coletiva pela UFMA, Ph.D em Saúde Pública pela Universidade de Ciências Empresariales y Sociales, UCES, Buenos Aires – Argentina. Graduado em Enfermagem – UNICEUMA, Graduado em Pedagogia – UEMA.

Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁴ Mestre em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia;

⁵ Especialista em Gestão e Educação ambiental. Docente da Faculdade Santa Luzia – FSL;

⁶ Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Maranhão. Graduado em Enfermagem pela UEMA. Docente da Faculdade Santa Luzia.

RESUMO:

A criança é um ser biopsicossocial, daí a importância de se observá-la por completo em cada etapa do seu desenvolvimento. Assim, deve ser respeitada e tratada como um ser único, com potencialidades, em processo de desenvolvimento, no qual vai se formando através de transformações vividas, tanto no aspecto biológico, como no meio social. O presente trabalho tem como objetivo propor estratégias lúdicas que possam contribuir no cuidado humanizado à criança hospitalizada na ala de pediatria. Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, de caráter qualitativo, realizada no período de agosto a dezembro de 2021, com a inclusão de 30 estudos relevantes relacionados ao objeto de estudo. Conclui-se o presente estudo chamando atenção das autoridades competentes e dos profissionais de enfermagem para as relevâncias e contribuições do lúdico, nos ganhos decorrentes de um período hospitalar mais humanizado, onde a Assistência de Enfermagem, sensível aos fatores psíquicos e emocionais das crianças, atue de forma mais humana, entendendo que as atividades lúdicas e brincadeiras realizadas no ambiente hospitalar funcionam como ferramenta para melhor recuperação e diminuição no tempo de internação dessas crianças.

Palavras-chave: Estratégias Lúdicas; Criança; Assistência de Enfermagem; Ambiente Hospitalar.

INTRODUÇÃO

A criança, como todo ser humano, ao longo do seu desenvolvimento, pode experimentar condições de saúde que exijam hospitalização, e esse processo pode causar inúmeros prejuízos e traumas, pois afasta a criança do ambiente natural e familiar, e promove um confronto com a dor, a limitação física e a passividade, gerando sentimento de medo e estresse.

Mesmo com os avanços na saúde e as perspectivas de um atendimento humanizado, observa-se que ainda há muito a ser feito. No âmbito hospitalar, são vários os desafios que vão de encontro com as atividades da Assistência de Enfermagem. Fala-se em mudanças, mas faltam oportunidades e liberdade para que essas mudanças de fato aconteçam.

Nota-se, no contexto hospitalar, uma prevalência de relações de comando, caracterizadas por um modelo assistencial pautado no paradigma biomédico, contribuindo para um tratamento unidirecional, prevalecendo um cuidado impessoal e protocolado, priorizando unicamente a técnica do procedimento terapêutico a ser realizado, desconsiderando a dimensão biopsicossocial da criança em crescimento e desenvolvimento.

Diante do exposto, é urgente e necessária a realização deste trabalho para demonstrar a criação de estratégias terapêuticas e a utilização das atividades lúdicas como recurso essencial na assistência à criança hospitalizada, a fim de promover o bem-estar desse indivíduo, onde a Assistência de Enfermagem, composta pelos profissionais que estão na linha de frente no processo de prestação de suporte, sensível aos fatores psíquicos e emocionais das crianças, atue de forma mais humana, entendendo que as brincadeiras realizadas durante o período de internação funcionam como ferramenta para facilitar a recuperação e diminuir o tempo de permanência das crianças no hospital. No entanto, para que se tenha êxito, as ações práticas não podem estar restritas ao fator orgânico (alimentação, higiene, curativo e medicação), mas devem atender as necessidades da infância, dentre elas brincar, expressar sentimentos, interagir, comunicar-se, sair do quarto e sentir-se apoiado.

Mediante esses apontamentos, percebe-se a relevância de valorizar as estratégias lúdicas enquanto ferramenta terapêutica de humanização, visto que

esse cenário propicia a ressignificação de experiências prévias desagradáveis, pois por meio das brincadeiras as crianças expressam seus sentimentos e pensamentos, contribuindo assim para a construção de vínculos entre elas e a Assistência de Enfermagem, facilitando assim a adesão para o tratamento.

Face ao exposto, questiona-se: Que contribuições as estratégias lúdicas podem propor no cuidado à criança hospitalizada? Nessa perspectiva, delimitou-se como objeto de estudo o uso das estratégias lúdicas com o intuito de auxiliar no cuidado da Assistência de Enfermagem para a criança hospitalizada.

Nesse contexto, o presente estudo se justifica porque o processo da internação pode gerar impactos traumáticos na vida de qualquer ser humano, e quando esse processo acontece com crianças, os prejuízos podem ser ainda maiores, pois afasta a criança do ambiente familiar e promove um confronto com a dor, a limitação física e a passividade, gerando sentimento de medo, dado o afastamento do seu meio social e das suas atividades rotineiras, o que causa modificações significativas nos seus hábitos cotidianos.

Quando o paciente é uma criança, torna-se ainda mais difícil o processo de aceitação, uma vez que as crianças não possuem dimensão das necessidades e complexidades dos procedimentos e tratamentos aos quais serão submetidas. Assim, julga-se necessário que o ambiente hospitalar pediátrico conte com uma Assistência de Enfermagem que comtemple aos fatores psíquicos e emocionais das crianças, de modo que as suas ações não se restrinjam somente às suas necessidades físicas, de tratamentos.

Desse modo, julga-se relevante a realização deste trabalho para demonstrar estratégias de ação e interação, que favoreçam uma efetiva e afetiva relação de cuidado, e a utilização das atividades lúdicas como recurso essencial na assistência à criança hospitalizada, visto que se trata de um dos elementos essenciais na prevenção de efeitos traumáticos da hospitalização.

A contribuição desta pesquisa se dirige para as relevâncias e contribuições do lúdico, nos ganhos decorrentes de um período hospitalar mais humanizado, onde a os profissionais de Enfermagem, comprometidos com a qualidade de vida das crianças, possam desenvolver de maneira mais humana uma assistência de Enfermagem que compreenda as atividades lúdicas e brincadeiras desenvolvidas no âmbito hospitalar. Tais brincadeiras atuam

positivamente numa melhor recuperação da saúde e diminuição no tempo de internação dessas crianças. Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo propor o uso do brincar como recurso para humanização do ambiente hospitalar em ala pediátrica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, de caráter qualitativo, elaborada através de uma revisão literária, buscando um maior aprofundamento do assunto aqui abordado, fundamentando-se na análise de artigos científicos, revistas e livros da biblioteca virtual, os quais foram selecionados pela sua especificidade e periodicidade. Os descriptores utilizados foram: estratégias lúdicas, criança, assistência de enfermagem, ambiente hospitalar.

O estudo foi realizado no período de agosto a dezembro de 2021. Foram incluídos os 30 estudos mais relevantes do levantamento bibliográfico relacionado ao objeto do presente estudo.

O LÚDICO

A palavra “lúdico” é sinônimo de brincar. A mesma envolve diversas atividades como música, jogos e brincadeiras em geral. A brincadeira é, portanto, o lúdico em ação, ou seja, o movimento vivenciado que proporciona à criança meios de construir sua própria identidade e/ou realidade.

Segundo Piaget (1978), “os jogos não são apenas uma forma de desafogo ou entretenimento para gastar energia das crianças, mas meios que contribuem e enriquecem o desenvolvimento intelectual.” Assim, pode-se dizer que é de grande valia serem considerados como sérios e uma importante ferramenta para procedimentos terapêuticos. “O lúdico faz parte das atividades essenciais da dinâmica humana, trabalhando com a cultura corporal, movimento e expressão”. (ALMEIDA, 2006, p. 27).

Ao trabalhar com as atividades lúdicas, proporciona-se à criança a socialização, a cooperação e a compreensão, ensinando-a sobre a importância

da relação com as pessoas, sobre si mesma e sobre o conhecimento de mundo.

Ainda de acordo com Piaget (1978), quando brinca, a criança assimila o mundo a sua maneira, sem compromisso com a realidade, pois sua interação com o objeto não depende da natureza do objeto, mas da função que a criança lhe atribui. Isso é o que se chama de jogo simbólico, que se apresenta inicialmente solitário, evoluindo para o estágio do jogo sociodramático, isto é, para a representação de papéis, como por exemplo brincar de médico, casinha, etc. Assim, o que caracteriza a função simbólica é a habilidade de comparar o real e o imaginário, como dar a forma de um brinquedo a um objeto qualquer, relacionando-o com outros significados.

Para Vygotsky (1999, apud WAJSKOP, 1999, p. 35):

A brincadeira cria para as crianças uma zona de desenvolvimento proximal que não é outra coisa senão a distância entre o nível atual do desenvolvimento, determinado pela capacidade de resolver independentemente um problema, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da resolução do problema, sob a orientação de um adulto, ou de um companheiro capaz.

Partindo desse pressuposto, podemos dizer que as brincadeiras são importantes em todas as fases da vida. Desse modo, devem ser trabalhadas suas especificidades desde cedo, dando incentivo e apoio para que a criança cresça criativa e participativa, pois é na Zona de Desenvolvimento Proximal – ZDP que ela adquire conhecimento, através de outras pessoas que saberão fazer essa interligação. A partir daí, a criança se apropria de meios para a sua futura formação e interesses próprios, através do fazer e do praticar.

De acordo com Ferreira, Missie e Bonadio (2004), imaginar o lúdico como atividade apenas de diversão e entretenimento, rejeitando seu caráter educativo, é uma concepção ingênua e sem fundamento. Segundo ela, a educação lúdica é uma ação inerente a criança e ao adulto, que aparece sempre como uma forma de troca em direção a algum conhecimento.

Percebe-se que a ludicidade é um canal de conhecimento e informação que está arraigado nos adultos e, principalmente, nas crianças, pois possibilita um grau significativo de aprendizagem. Por esse motivo, não pode ser considerada como pura diversão.

Nessa perspectiva, a ludicidade é, certamente, promotora de muitas aprendizagens e experiências da cultura humana, uma vez que eleva os níveis de produção de conhecimento, podendo ser importante, também, para o bem-estar físico e a saúde mental.

Brincar é meio de expressão, é forma de integrar-se ao ambiente que o cerca. Através das atividades lúdicas a criança assimila valores, adquire comportamentos, desenvolve diversas áreas de conhecimentos, exercita-se fisicamente e aprimora habilidades motoras (SANTOS, 1997, p. 56).

Dentro desse contexto, começa a desenvolver-se a imaginação, a criatividade, a capacidade crítica e a participação. Portanto, faz parte do desenvolvimento integral da criança.

A brincadeira como recurso exerce um papel importante no desenvolvimento das crianças, facilitando no processo de comunicação, expressão e construção do pensamento, levando a criança a expressar seus impulsos. “É indispensável entender a função educativa da brincadeira enquanto promotora de aprendizagem no indivíduo que ampliará prazerosamente seu saber, seu conhecimento e sua compreensão de mundo” (ROJAS, 2002, p.17).

De acordo com Rodrigues (2000, p. 23):

As experiências lúdicas de uma criança, desde bebê, vão lhe sofisticando as representações do universo social. Pelo brinquedo acontecem as adaptações, os acertos e erros, as soluções de problemas que vão torná-lo sujeito autônomo.

A natureza da criança é lúdica, de movimento, de curiosidade, de espontaneidade. Quando uma criança realiza o ato de brincar, percebe-se o quanto se concentra no que está fazendo. Nesse momento, ela incorpora suas fantasias e reproduz cenas do seu cotidiano, que pode ser violento, tenso e cheio de privações, mas também alegre, terno e prazeroso.

Oliveira (2003, p. 4), cita:

A conduta lúdica oferece oportunidades para experimentar comportamentos que, em situações normais, jamais seriam tentados por medo de erro ou punição. Brincando, a criança vai além da situação na busca por soluções, pela ausência de avaliação ou punição”.

Nessa perspectiva, a criança começa a desenvolver a imaginação, a criatividade, a capacidade crítica e a participação social. Bruner (1978) apud

Oliveira (2003) aponta que o brincar contribui para o processo da criança de aprender a solucionar problemas. Assim, a brincadeira aparece como o lugar em que a criança traduz e recria as imagens e representações que lhe são propostas.

Segundo Gardnei apud Ferreira (2004), nenhuma criança brinca só por brincar, para passar o tempo. Sua escolha é motivada por processos íntimos, desejos, problemas e ansiedades. As atividades lúdicas representam o que está acontecendo na mente da criança e/ou em seu cotidiano. Brincando, a criança, coloca para fora as suas emoções e personaliza seus conflitos. Uma criança que tem possibilidades lúdicas variadas, terá mais riqueza de criatividade, relacionamentos, capacidade crítica e de opinião. Quanto maior o contato com o meio ambiente e a variabilidade de estímulos que ele tem para oferecer, maior será a visão de mundo que a criança terá (RODRIGUES, 2000).

Assim, a utilização do brincar proporciona meios para o convívio social, além de determinar seus limites, desafios e anseios, proporcionando uma melhor adaptação, de forma a facilitar a sua coletivização de maneira flexível e sistemática.

A criança reproduz na sua brincadeira a sua visão de mundo, sua própria vida, e é através das atividades lúdicas que vai construindo o real, delimitando os limites frente ao meio e ao outro. A ludicidade é inerente a uma intencionalidade de propósitos reais, e consequentemente tem uma grande relevância, visto que está em todos os segmentos da vida. A partir dela, a criança vai desenvolver-se e descobrir-se interiormente, criando uma ponte com o mundo do faz-de-conta e a realidade que a cerca.

Dessa forma, existe na brincadeira um simbolismo secundário oculto, como diz Vera Barros de Oliveira apud Teles (2003, p. 16): “bem próximo do sonho, nesse terreno, estão as preocupações mais íntimas, secretas e continuadas que entram em jogo”.

Diante do exposto, percebe-se a importância da brincadeira no desenvolvimento motor, mental, emocional e social da criança. Por isso, mesmo hospitalizada, a criança não deve ser afastada das atividades lúdicas, da possibilidade de rir, de construir uma realidade melhor e mais agradável. O lúdico proporciona a ela socialização, cooperação e compreensão, ensinando-a

sobre a importância da relação com as pessoas e sobre si mesma, facilitando os procedimentos e tratamentos aos quais serão submetidas (TELES, 1999).

O Iúdico no contexto hospitalar

A criança é um ser biopsicossocial, daí a importância de se observá-la por completo em cada etapa do seu desenvolvimento. Assim, deve ser respeitada e tratada como um ser único, com potencialidades, em processo de desenvolvimento, no qual vai se formando através de transformações vividas, tanto no aspecto biológico, como no meio social (NICOLAU, 1994).

O período de hospitalização é um momento de difícil aceitação, marcado por uma ruptura com o meio social, atividades, hábitos e costume (MAGNABOSCO *et al.*, 2008), e, quando persiste por muitos dias, a criança pode apresentar retraimento, apatia, indiferença, depressão, redução no ganho de peso, atos impulsivos, como movimentos da cabeça, distúrbios da afetividade e dificuldades cognitivas (CASTRO NETO, 2000). Ainda nessa direção, Bortolote e Brêtas (2008) mencionam que, durante a internação, as crianças são submetidas a vários tipos de restrições. No entanto, as unidades hospitalares possuem uma organização direcionada ao tratamento coletivo, sem a inserção de um planejamento adequado para atender individualmente as crianças e necessidades globais da vida na infância.

De acordo com Golveia (1994) apud Baptista e Dias (2003), estar doente significa estar em uma condição que ameaça o bem-estar. Isso pode ser desencadeado por inúmeras razões, que quase sempre representam sofrimento orgânico e psicológico. A palavra “doente” é proveniente do latim e significa “falta de firmeza”: é um processo que acontece em um ser vivo e altera seu estado normal de saúde. Ao ser hospitalizado, o indivíduo passa a viver em um ambiente novo e estranho, cercado de pessoas desconhecidas, e tendo que estabelecer relações com a equipe de saúde e o ambiente no qual se encontra, proporcionando uma mudança em sua vida.

No que diz respeito ao período de internação infantil, a criança que já está física e emocionalmente debilitada pela patologia, passa a ter que enfrentar o afastamento do ambiente natural e familiar, e os prejuízos podem ser ainda maiores em virtude do confronto com a dor, a limitação física e a

passividade, gerando sentimento de medo, dado o afastamento do seu meio social e das suas atividades rotineiras, o que causa modificações significativas nos seus hábitos cotidianos, impactando diretamente no seu desenvolvimento motor, social, emocional e intelectual.

De acordo com Mondardo (1977) apud Baptista e Dias (2003, p. 56):

A hospitalização é uma experiência que não passa despercebida para o paciente que permanece internado e muito menos para seus familiares e/ou acompanhantes. E quando o assunto é internação de crianças, a reflexão deve ser redobrada, uma vez que a doença e o processo de hospitalização podem comprometer sua integridade física e seu desenvolvimento mental.

Nesse contexto, as crianças não possuem variedade de recursos para enfrentar situações inusitadas e dolorosas como a internação hospitalar. Portanto, torna-se conveniente que existam intervenções com recursos lúdicos para reduzir o sofrimento nesse período (FONTES et al., 2010).

Mendes, Broca e Ferreira (2009, p. 533) destacam que as atividades lúdicas contribuem para o desenvolvimento intelectual da criança. Pedrosa et al. (2007) acrescentam que os recursos lúdicos colaboram para a ampliação do conhecimento do corpo humano e os procedimentos terapêuticos a serem realizados.

De acordo com Lindquist (1993), as crianças em situação hospitalar não formam um grupo com a mesma idade nem com os mesmos antecedentes, ou as mesmas necessidades, logo, não podemos aplicar a elas um sistema inflexível de regras. Além de estarem debilitadas fisicamente e em sofrimento, as crianças são afastadas do seu ambiente natural, onde são recebidas e tratadas por estranhos, mudando completamente seu “estilo de vida normal”, ocasionando um grande prejuízo em seu estado emocional, tornando o processo hospitalar estressante e maçante.

Acredita-se que a vontade de brincar provém do entendimento da essência da brincadeira, inserida no fazer de novo, mudando a si mesmo e o mundo ao qual faz parte, tornando agente de sua própria experiência de brincar, uma vez que é obrigada a ser criativa e propor soluções, pois a universalidade do brincar possui caráter peculiar, de forma que o ritmo, as regras e a dinâmica da brincadeira combinam às condições em que ocorre (MERIZIO, 2008).

Ao trabalhar atividades lúdicas, proporcionam-se à criança condições que podem ajudá-la a se sentir melhor em meio a tantas circunstâncias desfavoráveis durante a internação. Ao brincar, a criança doente assimila o mundo a sua maneira, adquire comportamentos, exercita-se fisicamente, aprimora atividades motoras e experimenta diferentes respostas de ajustamento ao seu meio. Além de predispor bem-estar mental e físico, as brincadeiras ainda possibilitam readquirir a autoconfiança, melhorar a comunicação e gerar coragem para superar a adversidade (SANTOS *et al.*, 2011).

O lúdico é uma forma de diversão, descanso e desenvolvimento educativo, e um meio auxiliar na prevenção e/ou reabilitação de doenças (SANTOS *et al.*, 2011). Assim, para minimizar os traumas da internação hospitalar infantil, a criança necessita de uma estimulação organizada, adequada e acessível. Dessa forma, mesmo estando hospitalizada, a criança deve ter preservado o seu direito de brincar, e a estimulação por parte da Assistência de Enfermagem faz-se necessária para o desenvolvimento de tecnologia comportamental adequada à situação hospitalar.

(1999) apud Soares (2001, p. 65):

Considerou o brincar como uma das estratégias facilitadoras da adaptação da criança à condição de hospitalização, permitindo que ela expresse seus sentimentos, proporcionando melhora no repertório de enfrentamento desta condição. Crianças aprendem, através do brincar, acerca de seu mundo e de como lidar com esse ambiente (de objetos, tempo, espaço, estrutura e pessoas).

De acordo com Soares (2001), incentivar a criança a manifestar seus sentimentos e fantasias torna possível à criança expor um repertório para enfrentar o medo de determinadas situações, a ansiedade, e a sensação de falta de controle existentes em sua internação hospitalar. Assim, as atividades lúdicas podem ser utilizadas como ferramenta terapêutica para auxiliar a criança a se expressar.

De acordo com Petrillo e Sanger apud Ângelo (1985, p. 214),

O brinquedo no hospital devolve, em parte, aspectos normais da vida diária e previne maiores perturbações. Além disso, proporciona à criança a oportunidade de reorganizar a sua vida, diminuindo assim sua ansiedade e dando-lhe um sentido de perspectiva.

Para Beuter (1994) apud Santos (2011, p. 90), “a importância das atividades lúdico-educativas está na promoção do bem-estar e recuperação da saúde dos indivíduos”, pois o brinquedo pode ajudar a fazer do hospital um cenário menos hostil e estressante, proporcionando uma relação com o mundo do faz-de-conta e a realidade que a cerca, causada pela doença e pelas visões estranhas à sua volta, acelerando com isso a recuperação dessa criança.

De acordo com Carvalho e Begnis (2006), a aplicação de atividades lúdicas no ambiente hospitalar contribui de forma positiva para recuperação da criança, que assim aprende a se adaptar diante das transformações a partir da sua admissão na instituição. O brincar é eficaz na diminuição de tensão, raiva, frustração, conflito e ansiedade. Ainda segundo eles, o lúdico contribui para que as crianças expressem seus sentimentos e pensamentos. Com isso, o brincar pode contribuir para a construção de vínculos entre a criança e os profissionais de saúde, facilitando assim a adesão para o tratamento.

De acordo com Camon (2003), quando as crianças manipulam brinquedos e criam situações parecidas com as que estão vivenciando, elas conseguem aliviar o sofrimento causado pela hospitalização. Frente a essa discussão, é pontual a prática de uma nova práxis, um novo modelo de cuidar da Assistência de Enfermagem, no qual as ações práticas não devem estar restritas ao fator orgânico (alimentação, higiene, curativo e medicação), mas possam atender as necessidades da infância, dentre elas brincar, expressar sentimentos, interagir, comunicar-se, sair do quarto e sentir-se apoiado.

Segundo Novaes (apud CALEGARI, 2003, p. 72),

[...] a criança ao ser hospitalizada se vê envolvida em uma grande aventura com ameaça a seu bem-estar físico e emocional, junto com sua família e os profissionais da saúde. É reconhecido o vínculo existente entre a mente e o corpo, emoção, e o sintoma físico, em que mais importante é a criança doente e não a doença da criança.

Nesse contexto, para que o atendimento às crianças se torne mais atrativo, alegre e interativo, e minimize o espaço vazio e tedioso do ambiente hospitalar, é necessário que a Assistência de Enfermagem promova práticas diversificadas e divertidas, que se adequem às condições de saúde e limitações com as quais a criança se encontra.

Assim sendo,

[...] para a criança doente o lúdico apresenta três diferentes funções: recreativa, terapêutica e educacional. A primeira refere-se ao brincar como momento de diversão, seria o brincar livremente; a função terapêutica estaria relacionada com o desenvolvimento neuromotor, social e emocional; por fim, a educacional representaria o ensino-aprendizagem (NOVAES, apud CARDOSO, 2011, p. 55).

Nesse sentido, a oportunidade de contato com o lúdico no ambiente hospitalar contribui para que a criança continue se sentindo criança, apesar da mudança em seu cotidiano. Daí a importância da atuação da equipe de saúde, que a partir da sua prática, pode auxiliar a criança a adquirir novos conhecimentos e ainda mantê-la mais próxima do mundo das coisas comuns que ficaram para trás, enquanto estiver hospitalizada.

Segundo Ângelo (1985) apud Mello (2021), em geral, a pessoa com quem a criança brinca é a mesma a quem ela recorre quando se sente assustada, por não entender o que está se passando com ela por causa da doença. E, a partir desse vínculo de confiança, é possível estabelecer condições para um tratamento que favoreça uma efetiva relação de cuidado, na qual a os profissionais de Enfermagem por meio de uma assistência humanizada fundamentada nas atividades lúdicas melhorar a recuperação da saúde reduzindo o tempo de hospitalização desse publico alvo.

De acordo com Guimarães (1988, p.108):

O impedimento ou redução de oportunidades para brincar devido a restrições ambientais ou das condições da criança, conduz a consequências adversas como inabilidade para usar efetivamente o próprio corpo, interagir com as pessoas e solucionar problemas.

Para Camon (2003, p. 64), “o objetivo não é fazer com que crianças brinquem por brincar, mas sim que através do brinquedo verbalizem e elaborem seus sentimentos enquanto pacientes”.

Magnabosco *et al.* (2008) acrescentam que o brincar deve ser considerado como uma necessidade básica das crianças, portanto, deve ser valorizado tanto quanto higiene, alimentação, curativo e medicação. Além disso, brincar confere uma boa alternativa para situações de angústia e preocupação. Brincando, a criança passa a ter um leque de possibilidades para expressar suas emoções perante cada experiência (FONTES *et al.*, 2010).

Nesse sentido, as atividades lúdicas no ambiente hospitalar seriam uma tentativa de proporcionar aos pacientes pediátricos momentos descontraídos e

insubstituíveis, atuando na facilitação de demonstrações de carinho e afeto, e melhorando as relações interpessoais e efetivação do trabalho profissional (MENDES; BROCA; FERREIRA, 2009).

Beuter e Alvim (2010) mencionam que os recursos lúdicos contribuem para melhora das relações interpessoais, à medida que substituem o trabalho mecânico e técnico por um trabalho acolhedor, constituído de sentimentos e prazer no ato de cuidar.

Com isso, Mendes, Broca e Ferreira (2009, p. 534) dizem que:

O lúdico pode ser utilizado como estratégia no enfrentamento adequado da criança à internação, promovendo o seu bem-estar e ampliando suas expectativas quanto ao ambiente hospitalar, favorecendo o trabalho da equipe profissional.

De acordo com Rodegheri (2004), os benefícios da ludicidade são para todos: hospital, corpo clínico, enfermeiros, doentes, familiares, amigos e comunidade de modo geral, contribuindo para a recuperação de forma breve, com menor período possível de internação, sendo menos dolorosa e traumática a permanência hospitalar, assegurando a qualidade de vida e bem-estar da criança hospitalizada na ala pediátrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São inúmeros os benefícios das estratégias lúdicas que esta pesquisa traz para a sociedade, comunidade científica, hospital, corpo clínico, enfermeiros, crianças, familiares, amigos e comunidade de modo geral. O lúdico pode contribuir de forma significativa para a recuperação de forma breve, com menor período possível de internação, sendo menos dolorosa e traumática a permanência hospitalar, assegurando a qualidade de vida e bem-estar das crianças hospitalizadas, favorecendo assim o trabalho de toda equipe profissional, além de diminuir os custos do hospital com a internação desse paciente.

Quando as crianças experimentam condições de saúde que exijam hospitalização, elas não possuem dimensão das necessidades e complexidades dos procedimentos e tratamentos aos quais serão submetidas. Se a Assistência de Enfermagem fizer uso de estratégias lúdicas, com o intuito

de auxiliar no cuidado à criança hospitalizada, poderá construir vínculos com esta, facilitando assim a adesão ao tratamento, auxiliando na recuperação e diminuindo o tempo de internação dessa criança, pois o brinquedo pode ajudar a fazer do hospital um cenário menos hostil e estressante.

É possível que as estratégias lúdicas tenham uma relação significativa com bem-estar mental e físico, além de possibilitar à criança condições para readquirir a autoconfiança, melhorar a comunicação e gerar coragem para ultrapassar as adversidades e tantas outras circunstâncias desfavoráveis durante a internação.

Espera-se que este estudo empodere a importância das estratégias lúdicas no contexto da criança hospitalizada, uma vez que o uso destas traz benefícios não apenas para o paciente que está internado, mas também para seus familiares e para a Assistência de Enfermagem, que está na linha de frente dos serviços, proporcionando, assim, um cuidado mais humanizado.

Se a Assistência de Enfermagem, juntamente com o corpo clínico, fizer uso das brincadeiras em sua rotina diária com as crianças hospitalizadas, pode conseguir melhorar as relações interpessoais, efetivar o trabalho profissional, e reduzir o estresse e a ansiedade dos pacientes, além de ajudar a fazer do hospital um cenário menos hostil.

Ao brincar, a criança doente irá assimilar o mundo a sua maneira, exercitar-se fisicamente, aprimorar atividades motoras e experimentar diferentes respostas de ajustamento ao seu meio, bem como experimentar momentos de bem-estar mental e físico, readquirir a autoconfiança, melhorar a comunicação e gerar coragem para ultrapassar a adversidade.

O presente estudo pode contribuir significativamente para avanços na área da Assistência de Enfermagem Pediátrica, de forma a possibilitar a esses profissionais a identificação de estratégias lúdicas aplicáveis ao contexto do cuidado humanizado à criança hospitalizada na ala pediátrica.

Por fim, conclui-se o presente estudo chamando atenção das autoridades competentes e dos profissionais de enfermagem para as relevâncias e contribuições do lúdico, nos ganhos decorrentes de um período hospitalar mais humanizado, onde a Assistência de Enfermagem, sensível aos fatores psíquicos e emocionais das crianças, atue de forma mais humana, entendendo que as atividades lúdicas e brincadeiras realizadas no ambiente

hospitalar funcionam como ferramenta para melhor recuperação e diminuição no tempo de internação dessas crianças.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Anne. **Ludicidade como instrumento pedagógico**. Petrópolis: vozes, 2006.
- ÂNGELO, Margareth. Brinquedo: um caminho para a compreensão da criança hospitalizada. **Revista da escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 216-223, 1985.
- BAPTISTA, Makilim Nunes; DIAS, Rosana Righetto. **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003.
- BEUTER, Margrid; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Expressões lúdicas no cuidado hospitalar sob a ótica de enfermeiras. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2010.
- BORTOLOTE, Giovana Soares; BRÊTAS, José Roberto da. O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 42, n. 3, p. 422-429, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300002. Acesso em: 13 out. 2021.
- CALEGARI, Aparecida Meire. **As inter-relações entre educação e saúde: implicações do trabalho pedagógico no contexto hospitalar**. 2003. 140 p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2003.
- CAMON, Valdemar Augusto Angerami. **A psicologia no hospital**. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003.
- CARVALHO, Alysson Massote; BEGNIS, Juliana Giosa. Brincar em unidade de atendimento pediátrico: aplicações e perspectiva. Minas Gerais, **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 11, n. 1, p. 109-117, 2006.
- CARDOSO, Mirelle Ribeiro. **Desafios e possibilidades da ludicidade do atendimento pedagógico hospitalar**. 134 p. 2011. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Brasília, Brasília, 2011.
- CASTRO NETO, Alfredo. As fases turbulentas da hospitalização. **Pediatria Moderna**, v. 36, n. 4, p. 245-247, 2000. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=761&fase=imprime. Acesso em: 10 de out 2021.
- FERREIRA, Carolina; MISSIE, Cristina; BONADIO, Sueli. **Brincar na educação infantil é coisa séria**. Akrópolis: Umuarama, 2004.

FONTES, Cassiana Mendes Bertoncello; MONDINI, Cleide Carolina da Silva Demoro; MORAES, Márcia Cristina Almendros Fernandes BACHEGA, Maria Irene; MAXIMINO, Natália Patrisi Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, SP, v. 16, n. 1, 2010.

GUIMARÃES, Suely Sales. A hospitalização na infância. Universidade de Brasília. **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, v. 4, n. 2, p. 102-112, 1988.

LINDQUIST, Ivonny. **A criança no hospital**: terapia pelo brinquedo. São Paulo: Scritta Editorial, 1993.

MAGNABOSCO, Gisele; TONELLI, Ana Lúcia Nascimento Fonseca; SOUZA, Sarah Nancy Deggau Hegeto. Abordagens no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada submetida a procedimentos: uma revisão de literatura. **Revista Cogitare Enfermagem**, Londrina, v.13, n.1, p. 103-108, 2008.

MELO, Belane Rodrigues de. **A importância da brincadeira como recurso de aprendizagem**. Disponível em: <http://www.faedf.edu.br/faedf/Revista/AR01.pdf>. s/d. Acesso em: 27 set. 2021.

MENDES, Lívia Rodrigues. BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção. A leitura mediada como estratégia de cuidado lúdico: Contribuição ao campo da enfermagem fundamental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, 2009. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20093/artigo%209.pdf. Acesso em: 27 set. 2021.

MERIZIO, Lorena Queiroz. **Brincadeira e amizade**: um estudo com alemães, brasileiros e libaneses. psicologia argumento. 2008. 257 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória - SC, 2008.

NICOLAU, Marieta. **Educação Pré-escolar**. São Paulo: Ática, 1994.

OLIVEIRA, Sâmela Soraya Gomes de. O Lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.16, n.1, p. 1-13, 2003.

PEDROSA, Arli Melo MONTEIRO, Hélio; LINS, Kelly; PEDROSA, Francisco; Melo, Carolina. Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira (IMIP). **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 1, p. 99-106, 2007.

PIAGET, Jean. **A formação do símbolo na criança**. Rio de Janeiro. Zahar. 1978.

RODEGHERI, Gladis Salete Marafon. **Ludoteca hospitalar, resgate do impulso lúdico**. Rio Grande do Sul: [s.n.], 2004.

RODRIGUES, Rejane Penna (org.). **Brincalhão**: uma brinquedoteca itinerante. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2000.

ROJAS, Jucimara. **O lúdico**: hora de ensinar x hora de brincar, 2002.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos *et al.* Vivências de familiares de crianças internadas em um serviço de pronto-socorro. **Revista da Escola de enfermagem da USP**. São Paulo, v. 45, n. 2, p. 463-468, 2011.

SANTOS, Santa Marli Pires dos. **Brinquedoteca**: O lúdico em diferentes contextos. 6 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

SOARES, Maria Rita Zoéga. A inclusão do brincar na hospitalização infantil. Universidade Estadual de Londrina. **Revista Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 18, n. 2, p. 64-69, maio/ago. 2001.

TELES, Maria Luiza Silveira. **Socorro! É proibido brincar!** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1999.

WAJSKOP, Gisela. **Brincar na pré-escola**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

Capítulo 03

DESAFIOS DA ENFERMAGEM FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19

Elaine Sila de Melo Barros¹; Samara de Oliveira Abreu da Conceição¹;
Maria de Lurdes Gomes Pinto¹; Everli Pinto de Oliveira¹;
Antonio da Costa Cardoso Neto²; Thiessa Maramaldo de Almeida Oliveira³;
Davyson Vieira Almada⁴; Bruna Cruz Magalhães⁵

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia-FSL; ²Doutor em Saúde Coletiva pela UFMA, Ph.D em Saúde Pública pela Universidade de Ciências Empresariales y Sociales, UCES, Buenos/Aires Argentina e Docente da Faculdade Santa Luzia – FSL ³ Doutora em Ciências: Química Analítica e Inorgânica pela Universidade de São Paulo - USP. Docente da Faculdade Santa Luzia. ⁴ Especialista em Farmácia Hospitalar pelo Instituto Brasil de Pós-Graduação. Coordenador do Curso de Farmácia da Faculdade Santa Luzia; ⁵ Mestre em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia;

RESUMO:

A pandemia da COVID-19 tem modificado a vida de todos, principalmente aqueles que trabalham diretamente ligados ao tratamento dos enfermos, como é o caso dos profissionais de enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo de caráter qualitativo, elaborado através de uma revisão literária, com o objetivo de conhecer os principais desafios enfrentados pela Enfermagem diante da Pandemia da COVID-19. O estudo, foi realizada no período de agosto a dezembro de 2021, com a inclusão de 29 trabalhos mais relevantes do levantamento bibliográfico. O desenvolvimento do trabalho aborda como a equipe de enfermagem teve que lidar com o despreparo da saúde pública para a assistência da população em um cenário permeado por dificuldades e com um número elevado de pessoas para atender. Concluiu-se o presente estudo chamando atenção das autoridades competentes no sentido de tomar decisões que possam empoderar esses profissionais que têm enfrentado em sua rotina de cuidados o combate à COVID-19. Espera-se ainda, que a presente pesquisa possibilite ao público, de maneira geral, e principalmente aos profissionais de saúde já atuantes e em formação, a reflexão e agregação de novos saberes acerca da atuação da enfermagem diante de uma situação de pandemia.

Palavras-chave: Pandemia, Covid-19, Enfermagem, Cuidado

INTRODUÇÃO

O Enfermeiro é um profissional que se faz presente nos mais diversos modelos de organização da Atenção à Saúde, atuando sempre de forma a proporcionar cuidado humanizado a todos os pacientes que recebe. Seja em

uma Unidade de Saúde ou em um Centro de Atendimento a Urgências e Emergências, a atuação do Enfermeiro é essencial para que o paciente seja acolhido, atendido de acordo com suas necessidades e encaminhado ao plano de cuidados que lhe será prestado.

Ele está presente em todo o processo de cuidar, sendo na maioria das vezes aquele que fará a mediação entre o paciente e os serviços de saúde. No Sistema Único de Saúde (SUS), o Enfermeiro tem uma atuação ainda mais evidente, pois todos os serviços e equipes de saúde contam com a presença deste profissional, que desempenhará um leque de funções, sempre em busca de ofertar o melhor cuidado ao paciente, de acordo com a necessidade deste e a realidade vivenciada na Unidade de Atendimento.

Desde o início de 2020 as nações têm enfrentado um grave problema de saúde pública: a infecção pelo SARS-CoV-2, popularmente conhecido como coronavírus, que deu origem à pandemia de COVID-19 – já tendo infectado a mais de 223 milhões de pessoas globalmente e levado a óbito mais de 4,6 milhões destas (OPAS, 2021).

Diante de uma situação inesperada como a pandemia de COVID-19, novos desafios são enfrentados na saúde pública. Atender os casos suspeitos de COVID-19, identificar os infectados pelo coronavírus e oferecer tratamento, criar formas de prevenir a infecção e ampliar o número de equipes de saúde representam apenas alguns desses desafios.

Na saúde brasileira, especialmente no Sistema Único de Saúde, os desafios no enfrentamento da pandemia de COVID-19 abrangem diversas vertentes. Uma pesquisa realizada pela Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde em 2020 demonstrou que o Brasil vivencia várias dificuldades em relação ao atendimento dos pacientes acometidos de COVID-19: indisponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual; realização de capacitação e treinamento dos profissionais que atuam na linha de frente abaixo do esperado; indisponibilidade de insumos para avaliação e manutenção clínica do paciente (BOUSQUAT *et al.*, 2020).

Dentro desse contexto, é possível perceber que os profissionais de enfermagem estão ativamente envolvidos em todas as frentes de combate e tratamento da COVID-19, lidando diariamente com os desafios e limitações com as quais se deparam no exercício do cuidado com os pacientes. Esta

realidade atinge aos Enfermeiros que atuam em todas as equipes de saúde, bem como àqueles que atuam na Gestão. Todos estes profissionais de enfermagem têm vivenciado os impactos e desafios gerados pela pandemia, lidando com diferentes desafios.

Considerando todos estes aspectos, o tema central desta pesquisa consiste em conhecer os principais desafios enfrentados pela Enfermagem diante da Pandemia da COVID-19.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de caráter qualitativo, elaborado através de uma revisão literária, com a finalidade conhecer os principais desafios enfrentados pela Enfermagem diante da Pandemia da COVID-19. O estudo, fundamenta-se na análise de artigos científicos, revistas e leitura de livros da biblioteca virtual, os quais foram selecionados 41 estudos.

A pesquisa foi realizada no período de agosto a dezembro de 2021 e foram incluídos os 26 trabalhos mais relevantes do levantamento bibliográfico relacionado ao objeto estudado.

ATUAÇÃO HISTÓRICA DA ENFERMAGEM

Nas últimas décadas, a Enfermagem tem se popularizado e demonstrado expressivo crescimento no Brasil, tanto em relação à demanda de profissionais, quanto no que tange às possíveis áreas de atuação. Dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), órgão ligado ao Governo Federal, apontam que o número de contratações de enfermeiros nos primeiros 6 meses do ano de 2020, foi 51% maior do que no mesmo período de 2019. Reforçando esta realidade, um estudo divulgado pelo Site de empregos *Catho*, demonstrou que, em março de 2020 houve um aumento de 397% do número de vagas para enfermeiros, em relação ao mesmo período de 2019 (SÃO PAULO, 2020).

Além do crescimento da demanda de enfermeiros no mercado de trabalho, também tem crescido as possibilidades de atuação deste profissional. Atualmente, um enfermeiro pode atuar em quatro distintas dimensões:

Assistência Direta ao Paciente; Gestão; Docência/Pesquisa; e Empreendedorismo – o que tem dado maior abertura ao mercado de trabalho e à procura pela Graduação em Enfermagem (COFEN, 2018).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), existem cerca de 28 milhões de profissionais de enfermagem em todo o mundo. Apesar do número expressivo, a OMS estima que haja um déficit de quase 6 milhões de profissionais de enfermagem, especialmente em regiões que enfrentam instabilidade, como é o caso da África e do Sudeste Asiático. O crescimento da Enfermagem no Brasil também foi apontado pela OMS: considerando apenas o período entre 2013 e 2018 foi observado um aumento de 39% no número de profissionais de Enfermagem – considerando que, atualmente, já existem cerca de 80 enfermeiros para cada 10 mil habitantes (OMS, 2020).

O crescimento, reconhecimento da importância e a popularização da enfermagem têm atingido novos patamares. Porém, é importante destacar que a atual realidade é fruto de um longo caminho, trilhado durante séculos, onde aos poucos as contribuições daqueles que se dedicaram a zelar pelos enfermos fundamentaram a importância do cuidado que é dispensado por um profissional de enfermagem (PADILHA, 1999).

Desde seus primórdios, a enfermagem está intrinsecamente ligada ao ato de cuidar, de ofertar cuidados e tratamentos àqueles que deles necessitam. Historicamente, os primeiros registros do exercício da enfermagem apontam para a era pré-cristã, onde os sacerdotes aprenderam a utilizar as plantas medicinais para tratar enfermidades e transmitiram este conhecimento a outras pessoas, delegando a estas a função de cuidar dos enfermos (COFEN, 2012).

Nos tempos medievais, a enfermagem permaneceu ligada a figura das curandeiras, que eram mulheres que haviam aprendido a se utilizar de plantas e ervas no tratamento de doenças e repassado este conhecimento de geração em geração. Embora tenham salvado vidas durante gerações, por se utilizarem de conhecimentos que apenas elas detinham e adotar o uso de tratamentos com ingredientes pouco conhecidos, muitas delas chegaram a ser tratadas com desconfiança ou mesmo acusadas de bruxaria (STERZA, 2019).

Já na era cristã, a enfermagem passa a ser exercida por pessoas religiosas como monges e freiras – além dos cristãos em geral – como um ato de amor ao próximo, o que desperta cristãos em todo o mundo para se

dedicarem ao cuidado com as pessoas pobres e enfermas (PEREIRA *et al.*, 2020). Este movimento perde força após o fim da Idade Média, graças à influência dos acontecimentos históricos – como as Cruzadas e a Revolução Protestante. A enfermagem então passa a ser exercida, principalmente por serventes, aos quais foi delegada a função de cuidar dos doentes, visto que poucos eram os religiosos que ainda se dedicavam a este fim (OLIVEIRA, 2009 *apud* DOURADO, 1948).

O exercício da enfermagem só volta a ganhar força e notoriedade a partir do século XIX, quando a atuação de Florence Nightingale no cuidado dos soldados ingleses que lutaram na Guerra da Crimeia, além de suas contribuições aos métodos de tratamento dos enfermos, demonstraram a importância da atuação de um Enfermeiro. A partir deste momento, a Enfermagem passa a ser reconhecida, de fato, como um ofício que deve ser ensinado, praticado com dedicação e aprimorado por novos saberes – o que não ficou restrito à Inglaterra, mas acabou sendo disseminado em vários países do mundo, inclusive o Brasil (PEREIRA *et al.*, 2020).

A Enfermagem Brasileira tem seu maior desenvolvimento também no século XIX, especialmente após a atuação de Ana Nery, que se prontifica a prestar cuidados como enfermeira aos soldados brasileiros que lutavam na Guerra do Paraguai. A enfermagem praticada por Ana Nery ajudou a salvar a vida de muitos soldados, o que auxiliou na compreensão geral de que a Enfermagem é um ofício essencial e para o qual é necessário formação e aperfeiçoamento (PEREIRA *et al.*, 2020).

A partir de então, começa a se desenvolver no Brasil a formação de enfermeiros e a ser reconhecida a atuação destes no enfrentamento das doenças e cuidados com a saúde pública. Em meados do Século XX, é criada a graduação em Enfermagem, que vem crescendo, se aperfeiçoando e se popularizando até os dias atuais. (PEREIRA *et al.*, 2020).

Analisando-se o cenário histórico de desenvolvimento da Enfermagem, é possível compreender que ao longo de todo este processo, diversas dificuldades foram enfrentadas e superadas: conhecimentos rudimentares, acusações infundadas, escassez de recursos e baixa aceitação da enfermagem como ofício, entre tantos outros. Porém, independente do cenário divergente, nota-se que a atuação dos profissionais de enfermagem tem sido

essencial para que a humanidade avance, mesmo diante de períodos de mazela, epidemias, guerras e tragédias (GEREMIA et al., 2020).

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

O enfermeiro, dentro do contexto da Saúde Pública do Brasil, é um profissional que está presente em todos os níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Logo, sua presença pode ser notada em Unidades Básicas de Saúde, Equipes de Saúde da Família, Serviços de Atenção Especializada, Clínicas, Serviços de Urgência e Emergência, além de toda a Assistência Hospitalar (FISMA, 2021). Assim, comprehende-se que o Enfermeiro é um profissional versátil, capaz de desempenhar diversas funções dentro da Estrutura do SUS.

Na atenção básica, o Enfermeiro atua prestando atendimento individual e coletivo à população da área de abrangência, gerenciando a Equipe, a Unidade e os Sistemas de Saúde, ocupando-se da promoção da Educação em saúde – tanto de sua Equipe quanto da população – além de ser o responsável pela produção científica na área da saúde. Nas ESF's, a atuação deste profissional é ainda mais abrangente, contemplando também o planejamento, supervisão e realização de atividades voltadas a públicos específicos – como a mulher, a criança e o idoso – além de realizar cuidados diretos de enfermagem e promover a saúde pública (BRASIL, 2002).

Nos níveis de atenção secundário e terciário, a atuação do Enfermeiro fica mais focada ao cuidado com o paciente, a proporcionar rápida melhora/recuperação, e ao desenvolvimento das atividades ligadas ao setor onde o profissional atua – Como Centro Cirúrgico, Obstetrícia, e Central de Materiais Esterilizados. Cabem aos enfermeiros destes níveis de atenção funções como: prestar assistência no ambiente hospitalar; proporcionar uma recuperação sem intercorrências; prestar ao paciente orientações que favoreçam sua recuperação, incentivar a promoção do autocuidado; e assegurar que haja a comunicação entre os três níveis de atenção à saúde, a partir de uma dimensão sistêmica, a fim de proporcionar todo o cuidado necessário ao paciente (FISMA, 2021).

Como se pode notar, a atuação dos Enfermeiros no SUS é abrangente e integra toda a rede de cuidados em saúde pública, inclusive na Gestão de órgãos governamentais, na coordenação das Equipes e Unidades e no envolvimento com questões epidemiológicas em todos os níveis de atenção (SÃO PAULO, 2016).

Uma pesquisa publicada pela Fundação Oswaldo Cruz, em 2015, demonstrou que cerca de 59,3% dos Enfermeiros Graduados no Brasil atuam no Saúde pública, dentro de diversos cenários e em todas as complexidades da atenção (SÃO PAULO, 2016)

Em suma, o papel do enfermeiro é reconhecido pela capacidade e habilidade de compreender o ser humano como um todo, pela integralidade da assistência à saúde, pela capacidade de acolher e identificar-se com as necessidades e expectativas dos indivíduos e famílias, pela capacidade de acolher e compreender as diferenças sociais, bem como, pela capacidade de promover a interação e a associação entre os usuários, a equipe de saúde da família e a comunidade (BACKES *et al.*, 2012).

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE AO CENÁRIO DA PANDEMIA DA COVID-19

No final do ano de 2019, o mundo foi surpreendido com o surgimento de uma nova doença originada na cidade chinesa de Wuhan, inicialmente caracterizada como um tipo de pneumonia. Já no início de 2020, as autoridades chinesas confirmaram a identificação de um novo tipo de coronavírus, o Sars-CoV-2, que seria o agente causador da nova doença – que a partir de então passou a ser denominada COVID-19 (SAÚDE, 2021).

Acompanhou-se um rápido crescimento nos casos da COVID-19, que passaram a atingir não apenas aos chineses, mas a pessoas de diversos países que tiveram contato com o novo coronavírus. Mortes por COVID-19 começaram a acontecer, ao mesmo tempo que o número de casos crescia exponencialmente. No início, a disseminação do novo coronavírus foi considerada um surto. Posteriormente, uma epidemia. Até que em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde caracterizou a COVID-19 como uma pandemia global (SAÚDE, 2021).

Conforme destaca Oliveira (2020, p. 1),

com a notificação dos primeiros casos, percebeu-se que pouco se conhecia sobre a doença, sua forma de prevenção, patogênese ou tratamento. As únicas premissas conhecidas, pela experiência dos países acometidos, eram sua alta disseminação, circulação e capacidade de contágio de elevado número de pessoas de forma acelerada, atravessando fronteiras e se convertendo em uma pandemia mundial com alta probabilidade de pessoas contaminadas evoluírem a óbito.

O registro do primeiro caso confirmado da COVID-19 no Brasil aconteceu em fevereiro de 2020, em um homem de 61 anos que visitara a Itália recentemente, contraíra o vírus e já estava recuperado (PINHEIRO, 2020). A partir de então, os novos casos da doença permaneceram em constante crescimento, chegando atualmente a 21.664.779 casos confirmados, com a ocorrência de mais de 603 mil óbitos em todo o país (BRASIL, 2021).

Dentro desta nova realidade a rotina dos serviços de saúde foi grandemente alterada. A demanda por profissionais de saúde como médicos e enfermeiros cresceu repentinamente. A nova rotina dos profissionais de enfermagem que atuam na linha de frente do combate à COVID-19 passou a incluir desafios ainda maiores do que os enfrentados anteriormente (SANTOS *et al.*, 2021).

Desde o início da pandemia, um dos grandes desafios da enfermagem foi lidar com a falta de conhecimentos sobre o tratamento e prevenção da COVID-19. Os profissionais passaram a atuar dentro de um sistema de saúde sob condições precárias, mas que ainda assim necessitava atender a grande demanda de pacientes infectados – mesmo sem os saberes necessários para este fim (MARINS *et al.*, 2020).

As condições de trabalho dos profissionais de saúde, inclusive os enfermeiros, passaram a exigir extensas jornadas, ritmo intenso, desvalorização profissional e desgastes físico e psíquico (MIRANDA *et al.*, 2020). A equipe de enfermagem teve que lidar com o despreparo da saúde pública para a assistência da população, vivenciando um cenário permeado por dificuldades e com um número elevado de pessoas para atender. A falta de suprimentos essenciais, EPIs, dispositivos médicos hospitalares e leitos de UTI, além do aumento da pressão sobre as equipes de enfermagem - tanto na assistência, quanto na liberação de vagas para o internamento de novos pacientes – complicaram ainda mais a situação (MAGATON, 2020).

À toda a carga excessiva de trabalho, falta de conhecimentos e suprimentos necessários, somou-se a grande quantidade de profissionais de saúde que foram infectados pelo Sars-CoV-2. De acordo com o Ministério da Saúde, até outubro de 2021, cerca de 58 mil profissionais de enfermagem haviam sido atingidos pela COVID-19, dos quais 869 foram a óbito em decorrência da doença (COFEN, 2021).

Frente a toda esta situação, os Enfermeiros passaram a lidar também com cargas de estresse ainda maiores, originadas de vários fatores como o desgaste físico e emocional, as extensas jornadas de trabalho e sensações como o medo e a solidão, em decorrência de toda a situação criada pela Pandemia (FERNANDEZ *et al.*, 2021).

Outro fator a ser considerado são os baixos salários que são pagos aos profissionais de enfermagem. Mesmo com sua atuação essencial no enfrentamento da pandemia, e tendo que lidar com todas as adversidades supracitadas, os salários pagos a estes profissionais estão abaixo dos valores ideais, o que os impele a ter mais de um emprego – e por consequência a se expor a riscos ainda maiores (VEODOVATO *et al.*, 2021).

A pandemia da COVID-19 tem sido algo inesperado e que tem modificado a vida de todos, principalmente aqueles que trabalham diretamente ligados ao tratamento dos enfermos, como é o caso dos profissionais de enfermagem. (MIRANDA *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem tem demonstrado mais uma vez a importância de sua atuação durante todo período de pandemia. Sua atuação heroica, executada sob várias adversidades, tem sido essencial para que vidas sejam salvas e o cuidado seja garantido nas diversas realidades vivenciadas dentro do Sistema Único de Saúde. Novamente, a história se repete e pode-se contemplar como a Enfermagem ainda continua a ser peça chave para que a humanidade avance diante de situações adversas, como a que é enfrentada durante a pandemia da COVID-19.

Dentro desta realidade, comprehende-se que os Enfermeiros que atuam em seus municípios vivenciam o enfrentamento sob os mais variados

cenários: dentro das Unidades Básicas; realizando Atendimentos nas Equipes de Saúde da Família; atuando na linha de frente de combate à COVID-19 nos Hospitais; gerenciando os Estabelecimentos e Organizações de Saúde.

Em toda a estrutura do Sistema de Saúde Pública brasileiro, o enfermeiro ocupa um papel de destaque, compondo as Equipes de Saúde, sob diversas configurações. Diante do cenário de pandemia, a presença do Enfermeiro na linha de frente de combate e tratamento da COVID-19 se faz evidente, sendo este profissional essencial para que o cuidado se estenda à toda a população. Logo, comprehende-se que este profissional enfrenta grandes desafios neste contexto da pandemia, e que o conhecimento dos desafios e dificuldades é necessário para que se possa enfrentá-los, superá-los e buscar melhorias em toda a estrutura de atendimento.

Com o presente estudo, identificou-se que o conhecimento da realidade enfrentada pelos Enfermeiros é de grande relevância, para que sejam implementados aspectos organizacionais e operacionais que necessitam ser aprimorados e trabalhados, a fim de proporcionar também melhores condições de trabalho aos profissionais de enfermagem, considerando sua atuação tão significativa no combate ao coronavírus.

O presente trabalho, possibilitou conhecer a realidade vivenciada pelos enfermeiros que atuam em diferentes estabelecimentos de saúde durante a Pandemia e levam à reflexão sobre as melhores formas de encarar os desafios e até mesmo propor intervenções que possam levar a mudanças positivas na rotina desses profissionais. A pesquisa estudou trabalhos originados de diferentes perspectivas e olhares, o que torna possível vislumbrar as diferentes vertentes do enfrentamento da Pandemia e as distintas dificuldades e desafios que foram vivenciados – e superados.

Conclui-se o presente estudo chamando atenção das autoridades competentes no sentido de tomar decisões que possam melhorar a condição de trabalho desses profissionais que tem enfrentado em sua rotina de cuidados, o combate à COVID-19. Espera-se ainda, que a presente pesquisa possibilite ao público, de maneira geral, e principalmente aos profissionais de saúde já atuantes e em formação, a reflexão e agregação de novos saberes acerca da atuação da enfermagem diante de uma situação de pandemia.

REFERÊNCIAS

BOUSQUAT, Aline; GIOVANELLA Lígia; MEDINA, Maria G.; MENDONÇA Maria H.M.; FACCHINI Luiz A.; TASCA Renato; NEDEL Fúlvio; LIMA Juliana G.; MOTA Paulo H. S.; AQUINO Rosana. **Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS.** Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da ABRASCO. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS ABRASCO. Agosto de 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/>. Acesso em: 12 set. 2021.

BACKES, Dirce S.; BACKES, Marli S.; ERDMANN, Alacoque L.; BRUSCHER, Andreas. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p. 223-230, 2012.

BRASIL, Secretarias Estaduais de Saúde. **Painel Coronavírus**. 2021. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica nº 16 – atuação do enfermeiro na Atenção Básica**. 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informe16.pdf>. Acesso em: 20 Out. 2021.

CESÁRIO, Jonas M. dos S.; FLAUZINO, Victor H. de P.; MEJIA, Judith V. C.; HERNANDES, Luana de O.; GOMES, Daiana M.; VITORINO, Priscila G. da S. O impacto da COVID-19 na rotina da enfermagem na Unidade de terapia intensiva (UTI). **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. v.2, n.5, p. 175-187, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE NEFERMAGEM (COFEN). **Origem da Enfermagem**. 2012. Disponível em: <http://www.coren-pe.gov.br/novo/origem-da-enfermagem>. Acesso em: 19 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE NEFERMAGEM (COFEN). **Mercado de Trabalho para Enfermagem amplia áreas de atuação**. 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/mercado-de-trabalho-para-enfermagem-amplia-areas-de-atuacao_65154.html. Acesso em: 19 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE NEFERMAGEM (COFEN). **Profissionais infectados com COVID-19 informado pelo serviço de saúde**. Observatório da Enfermagem, 2021. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>. Acesso em: 20 out. 2021.

FERNANDEZ, Michelle; LOTTA, Gabriela; PASSOS, Hozana; CAVALCANTI, Pauline; CORRÊA, Marcela G.; Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à Covid-19 no Brasil. **Revista Saúde Soc. São Paulo**, v.30, n.4, 2021.

FISMA, Faculdade Integrada em Santa Maria, Rio Grande do Sul. **Áreas de atuação do Enfermeiro.** 2021. Disponível em:
<https://www.fismaenfermagem.com.br/areas-de-atuacao-do-enfermeiro/>. Acesso em: 20 out. 2021.

GEREMIA, Daniela S.; VENDRUSCOLO, Carine; CELUPPI, Ianka C.; ADAMY, Edlamar K.; TOSO, Beatriz R. G. de O.; SOUZA, Jeane B. 200 Anos de Florence e os desafios da gestão das práticas de enfermagem na pandemia COVID-19. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v.28, e 3358, 2020.

MAGATON, A.P.F.S. Consequências ao Sistema de Saúde no Brasil e a repercussão ao profissional Enfermeiro: SARS-CoV 2 e sua COVID-19. Revista Eletrônica Nurses – REN. V.1,n.1, p.1 -2, 2020.

MIRANDA, Fernanda. M. A; SANTANA, Leni de L.; PIZZOLATO, Aline C.; SAQUIS, Leila M. M. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a COVID-19. **Revista Cogitare enfermagem**. v.25, 2020.

OLIVEIRA, Alexandre Barbosa de. História da Enfermagem: o período de declínio da enfermagem nos séculos que se seguiram a Idade Média. **Fac-Símile Escola Ana Nery**, v.13, n.3, 2009.

OLIVEIRA, A. C. Desafios da enfermagem frente ao enfrentamento da pandemia da Covid19. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, 2020.

PADILHA, Maria Itayra C. de S. As representações da história da enfermagem na prática cotidiana atual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.52, n.3, p.443-454, 1999.

PEREIRA, M. C.; OLIVEIRA, M. L. C.; SANTOS, A. M.; COSTA, F. C. S.; CALASSA, J. Q.; ARANTES, A. A.; MORAES FILHO, I. M.; SANTOS, O. P.; BEZERRA, M. L. R.; SOUSA, T. V.; CARVALHO FILHA, F. S. S. Resgate histórico da enfermagem global, brasileira e goiana: uma revisão narrativa de literatura. **International Journal of Development Research**. v.10, n.11, p. 42239-42247, 2020.

PINHEIRO, Chloé. Grande estudo mostra como o coronavírus chegou e se espalhou pelo Brasil. **Revista Veja Saúde**, 2020. Disponível em:
<https://saude.abril.com.br/medicina/grande-estudo-mostra-como-o-coronavirus-chegou-e-se-espalhou->

SANTOS, Katarina M. R. dos; GALVÃO, Maria H. R.; GOMES, Sávio M.; SOUZA, Talita A. de; MEDEIROS, Arthur de A.; BARBOSA, Isabelle R. Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2021.

SÃO PAULO, Conselho Regional de Enfermagem de. **Enfermagem, uma força que transforma o SUS**. 2016. Disponível em: <https://portal.coren-saude.org.br/>

sp.gov.br/noticias/enfermagem-uma-forca-que-transforma-o-sus/. Acesso em: 20 out. 2021.

SÃO PAULO, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de. **Pandemia de covid-19 aumenta demanda por profissionais de Enfermagem**. 2020. Disponível em: <https://fcmsantacasasp.edu.br/blog/pandemia-de-covid-19-aumenta-demanda-por-profissionais-de-enfermagem/>. Acesso em: 19 Out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Painel da OMS do Coronavírus (COVID-19)**. 2020. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 12 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Situación de la Enfermeria en el mundo**. 2020. Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331675/9789240003392-spa.pdf>. Acesso em: 17 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Histórico da Pandemia de COVID-19**. 2020. Disponível em:
<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em: 19 out. 2021.

STERZA, Valentino. **Plantas mágicas do medievo: mulheres, magia e Igreja**. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/16652/1/VS31102019.pdf>. Acesso em: 19 out. 2021.

VEDOVATO, Tatiana G.; ANDRADE, Cristiane B.; SANTOS, Daniela L.; BITENCOURT, Silvana M.; ALMEIDA, Lidiane P. de; SAMPAIO, Jéssyca F. S. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.46, n.1, 2021.

**Capítulo
04**

FATORES QUE AFETAM A SAÚDE MENTAL DE PACIENTES PÓS-COVID-19

Samara de Oliveira Abreu da Conceição¹; Elaine Sila de Melo Barros¹;
Maria de Lurdes Gomes Pinto¹; Everli Pinto de Oliveira¹;
Antonio da Costa Cardoso Neto²; Bruna Cruz Magalhães³;
Lairla Silveira Ripardo⁴; Brenda Steffane Viana Vasconcelos⁵

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia-FSL;

² Doutor em Saúde Coletiva pela UFMA, Ph.D em Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, UCES, Argentina. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia – FSL; ³ Mestre em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁴ Especialista em Psicoterapias Comportamentais Contextuais – IPOG. Graduada em Psicologia. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁵ Especialista em Docência em Ciências da Saúde e Cardiologia e Hemodinâmica pelo Instituto Brasileiro de Formação, UNIBF. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁵ Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Maranhão. Graduado em Enfermagem pela UEMA. Docente da Faculdade Santa Luzia;

RESUMO:

A produção do cuidado no campo da saúde mental floresce a partir do encontro entre profissionais e usuários. Trata-se de um estudo qualitativo de caráter observacional, elaborado através de uma revisão literária, para identificar os fatores que afetaram a saúde mental de pacientes pós-covid-19. A pesquisa relata que as conversas e debates sobre saúde mental no trabalho e em grupos sociais e alguns discursos ainda são atrelados a questões distorcidas que foram fomentados ao longo do tempo, podendo influenciar diretamente nas ações que viabilizem uma agenda de acolhimento aos que precisam. Nesse contexto, a discussão sobre um pós-pandemia se aproxima, e é necessário que a temática saúde mental esteja incluída nela, para assegurar o bem-estar social de todos os profissionais da saúde, da educação e da sociedade em geral. Conclui-se o presente estudo, chamando atenção das autoridades competentes para o cuidado com a saúde mental dos profissionais de saúde e dos pacientes que apresentam algum problema de saúde mental relacionados à covid-19. É necessária a realização de estudos mais extensos para compreender de forma mais ampla os fatores que afetaram a saúde mental de pacientes pós-covid -19.

Palavras-chave: Saúde mental; Covid-19; Profissionais da saúde.

INTRODUÇÃO

No ano de 2020, a OMS declarou como pandêmico um novo vírus. Possuindo a nomenclatura de covid-19, a nova emergência mundial surgiu, quebrando todos os protocolos de normalidade social. Portanto, é notório que a covid-19 causou verdadeiras preocupações, até mesmo nos períodos de quarentenas declaradas pelo poder público municipal e estadual.

A maior parte das pessoas contaminadas que sobreviveram tiveram sequelas graves, não só físicas, mas também no que diz respeito à saúde mental. Destacando os idosos, que apresentaram a maior parcela de infectados, é necessário que haja estudos e mobilizações para que se trabalhe o pós-covid19.

Nesse sentido, o referido estudo se torna relevante, porque busca identificar os fatores que afetam a saúde mental de pacientes pós-covid -19.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter observacional, elaborado através de uma revisão literária, buscando um maior aprofundamento dos fatores que afetaram a saúde mental de pacientes pós-covid -19, fundamentando-se na análise de artigos científicos, revistas e leitura de livros da biblioteca virtual, dentre os quais foram selecionados 23, pela sua especificidade e periodicidade.

A pesquisa foi realizada no período de agosto a dezembro de 2021. Foram incluídos os 15 mais relevantes do levantamento bibliográfico relacionado ao objeto do presente estudo.

REVISÃO DE LITERATURA

SAÚDE MENTAL

Almeida (2019) conta que a Política Nacional de Saúde Mental, implementada no período de transição das décadas de 1970 e 1980, foi fundamental para que pudessem estruturar melhor ações que hoje são tão importantes. Como a saúde mental sempre esteve ligada à psiquiatria, essa

política afetou diretamente os hospitais psiquiátricos, e proporcionou a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), focando na melhoria dos serviços prestados à comunidade.

Almeida (2019, p. 2), relata que as primeiras reformas, implementadas em algumas cidades (por exemplo, Santos, Estado de São Paulo), tiveram um papel decisivo no desenvolvimento de um modelo adaptado às especificidades do contexto brasileiro e deram contribuições valiosas para os primeiros passos na construção de uma política nacional de saúde mental. Essa política viria, no decurso dos anos 1980, a integrar-se ao processo de redemocratização iniciado nesse período no país e a fortalecer-se progressivamente em nível legislativo, administrativo e financeiro.

Segundo Fernandes (2017), a política nacional de saúde mental, respaldada na lei de nº 10.216/02, tem por objetivo modificar o modelo clínico, possibilitando que o indivíduo retorne para a sociedade, tão logo saia do isolamento social, fomentando a integralização das pessoas, apoiando sua emancipação como ser, e oferecendo ajuda através dos milhares de CAPS dentro da comunidade.

Cury (2017) diz que a sociedade tende a aumentar seus ritmos e mudanças ao longo do tempo, e que a saúde mental acaba não conseguindo acompanhar essas mudanças na mesma velocidade, fazendo com que cada vez mais as pessoas adoeçam psicologicamente, por não se enquadarem nos padrões psíquicos hegemônicos.

A saúde mental está ligada direta e indiretamente nas vivências do dia a dia do indivíduo. Mudanças em hábitos ou rotinas e exigências pessoais são fatores que certamente afetam a mente do sujeito, influenciando até mesmo nas emoções expostas e não expostas. Tentar se enquadrar, se sobrestrar de tarefas ou sentimentos reprimidos, estresses, incapacidades e limitações, pode causar um desequilíbrio emocional, criando assim um terreno fértil para doenças mentais, afetando corpo, mente e espírito.

Para a Organização Mundial da Saúde (2017), "a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade". Infelizmente, essa realidade não se aplica a uma sociedade que se encontra cada dia mais doente (SOUZA E SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019, p. 2).

Níveis de ansiedade e depressão, por exemplo, estão cada vez mais altos e profundos. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, o Brasil é o país que mais possui pessoas ansiosas e depressivas no mundo, atingindo milhares de pessoas. Vale lembrar que o agravamento do desemprego e da fome, entre outras situações, faz com que esse número aumente cada vez mais (GAMEIRO, 2020).

Segundo Assis, Fonseca e Ferro (2018), no Brasil, as políticas de ações referentes à atenção da saúde mental avançam através das redes dos Centros de Referências em Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS). Os movimentos promovidos por cada entidade referenciada buscam a aproximação dos pacientes por meio de um cuidado humanizado e certeiro, naquilo que deve ser realmente tratado e assistido pelas autoridades competentes. Acampamento contínuo por profissionais, terapias coletivas, promoção de bem-estar e saúde mental estão entre as diversas atividades fornecidas por esses centros.

O homem, por natureza, já se integra com a sociedade em que está inserido, desenvolvendo suas habilidades e competências no lócus em que está inserido, tendo como resultado um controle maior de suas vivências e experiências ali criadas.

Segundo Netto & Braz (2007, p. 37-38), o surgimento do ser social foi resultado de um processo mensurável numa escala de milhares de anos. Através dele, uma espécie natural, sem deixar de participar da natureza, transformou-se através do trabalho, em algo diverso da natureza – mas essa transformação deveu-se à sua própria atividade, o trabalho: foi mediante o trabalho que os membros dessa espécie se tornaram seres que, a partir de uma base natural (seu corpo, suas pulsões, seu metabolismo etc.), desenvolveram características e traços que os distinguem da natureza. Trata-se do processo no qual, mediante o trabalho, os homens produziram-se a si mesmos (isto é, se autoproduziram como resultado de sua própria atividade), tornando-se – para além de seres naturais – seres sociais. Numa palavra, este é o processo da história: o processo pelo qual, sem perder sua base orgânico natural, uma espécie de natureza constituiu-se como espécie humana – assim, a história aparece como a história do desenvolvimento do ser social, como processo de humanização, como processo da produção da humanidade

através da sua autoatividade; o desenvolvimento histórico é o desenvolvimento do ser social.

A Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (2018) menciona que a saúde mental está muito ligada a questões sobre como estamos socialmente e emocionalmente. Mente e corpo são vertentes que se interligam diretamente. O que acontece no corpo, acaba refletindo na mente, e da mesma forma, da mente para com o corpo. Estresse diário, demências, dependências de álcool e uso de drogas ilícitas são situações que podem provocar um problema de saúde mental grave.

A qualidade de vida está ligada diretamente à forma como o indivíduo se comporta em sociedade. Um exemplo disso é o cronograma de trabalho com cargas horárias excessivas, causando males principalmente para o corpo e a mente. É fato que a exploração do trabalho sobre o trabalhador acaba causando males fatais, tais como doenças cardíacas e acidente vascular cerebral (AVC). Conhecer o limite do corpo e da mente, principalmente, é proteger a própria saúde mental.

Minóia e Minozzo (2015) referem que, as conversas e debates sobre saúde mental no trabalho e em grupos sociais, são importantes ações que viabilizam uma agenda de acolhimento aos que precisam. Negar a importância de se debater uma ação, é negar um atendimento que pode trazer qualidade de vida, melhoramento dos pensamentos, emoções e sentimentos para o indivíduo. O autoconhecimento é de extrema relevância, pois, a cada descoberta, os limites subjetivos podem ser trabalhados, de forma que auxiliem no desenvolvimento do corpo, da mente e do espírito.

COVID-19 E SEUS REFERIDOS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL

Nos dias atuais, a pandemia mundial da COVIDE-19, trouxe novos desafios que impactaram negativamente a saúde pública da população, dentre eles podemos citar os temas como saúde mental, desigualdade social, impactos sociais e econômicos, consequências psicológicas, socialização, saúde pública, entre outras situações que os impactos contemplam em período pandêmico. (NOAL, PASSOS e FREITAS 2020).

Desde as primeiras notícias em 2019, com os primeiros focos de transmissão na cidade de Wuhan, da China, a COVID-19 (síndrome respiratória) já mostrava o quanto seria avassaladora. Em 2020, já tinha alcançado mais de 180 países nos cinco continentes. Para cumprir com os novos desafios da humanidade, ações como distanciamento social e quarentena foram as principais políticas norteadoras de combate ao vírus. Contudo, essas políticas acabaram afetando algo de extrema importância: a saúde mental das pessoas (SANTOS; SOUZA, 2021, p. 15).

Santos e Souza (2021, p. 15) ainda relatam que a pandemia do coronavírus tem sido um dos maiores problemas para a saúde pública internacional dos últimos tempos, tendo impactado a maioria das regiões do planeta. Um acontecimento com essa intensidade e importância ocasiona problemas psicológicos, como também sociais, consequentemente afetando a capacidade de enfrentamento de toda a sociedade. Essa dificuldade se dá porque, além do fato de ter o medo de contrair a doença, a COVID-19 gera na sociedade a sensação de angústia, medo e insegurança a respeito da vida coletiva à individual, como também das modificações nas relações interpessoais, causadas pelas medidas de proteção.

Uma nova rotina, hábitos de higiene, trabalhos e reuniões de formas remotas e principalmente o aumento da carga de horas trabalhadas na pandemia: tudo isso influenciou no aumento dos picos de casos dos sintomas psíquicos. Por um lado, foram realizadas ações benéficas para frear o contágio da COVID-19 e, por outro, essas situações trouxeram os sentimentos de solidão e afastamento dos familiares e pessoas próximas, trazendo impactos diretos na saúde mental dos indivíduos.

Segundo Bezerra et al. (2020. pg. 2412), a prática do isolamento social tem causado muitas polêmicas no país, uma vez que algumas autoridades se mostram céticas quanto à sua eficácia. O fato é que a maior parte dos tomadores de decisão optaram por incentivar essa medida, adotando estratégias de controle da mobilidade da população, como o fechamento de escolas e universidades, do comércio não essencial, e de áreas públicas de lazer, etc. Como resultado, grande parte da população brasileira apoiou e aderiu ao movimento do isolamento social, com o objetivo de se prevenir da COVID-19 e de colaborar com a atenuação da curva de contágio no país.

A perda de parentes e amigos também foi um fator preponderante para afetar a saúde mental das pessoas. Afloraram-se os sentimentos de aflição e autossabotagem, e fizeram com que os indivíduos pudessem ter surtos de ansiedade e depressão de forma mais rápida e duradoura. Pessoas que habitam em cidades grandes, como capitais e cidades sede no interior, assim como localidades intituladas como povoados ou quilombos, sentiram o impacto na saúde mental de forma diferente, pois, com as medidas de segurança para conter o avanço do vírus, as perdas foram sentidas nas economias pessoais, no trabalho e na renda. Cada realidade foi afetada de alguma forma.

Bezerra et al. (2020, pg. 2418) também relatam que a grande adesão ao isolamento, por parte dos inquiridos, pode ter alguma relação com o medo de se infectar e de sofrer prejuízos à saúde e financeiros ainda maiores. Participantes de estudos anteriores, sobre situações de surtos epidêmicos que exigiram quarentena, relataram temores sobre sua própria saúde e medo de infectar outras pessoas, em especial os membros da família. Esse medo era maior entre os que praticavam a quarentena do que entre aqueles que não estavam em quarentena.

Estando há quase dois anos à frente no combate à COVID-19, os profissionais chegam em sua exaustão, enquanto reivindicando seus direitos e melhores condições trabalhistas. As jornadas de trabalho, seguidas pelos enfermeiros no período de pandemia, são algo a se salientar e dar destaque, pois, com a expansão do vírus, ficou evidente o sucateamento da máquina pública no que diz respeito às estruturas dos hospitais, enfermarias e UBS (RIBEIRO; SCORSOLINI-COMIN; SOUZA, 2021, p. 364).

Faltas de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados e medo de contaminação foram fatores preponderantes para que se atentasse à saúde mental do profissional de saúde. Ribeiro, Scorsolini-Comin e Souza (2021, p. 364) ressaltam que a saúde, como já discutida antes, está exposta em casa, no trabalho, no grupo social ou onde quer que se esteja. O local em que o indivíduo está inserido influencia diretamente sobre como a funcionalidade da mente irá acontecer. Em um período de pandemia, é necessário que haja aplicação direta de políticas públicas que façam uma proteção e acompanhamento da mentalidade dos pacientes.

Souza et al. (2020) relatam que o SUS enfrenta muitos problemas pela falta de investimentos pesados, que permitam ampliar o acesso aos serviços e melhorar o atendimento oferecido. Isso não só é uma forma de violência estrutural, mas impacta diretamente a luta e as medidas necessárias contra o novo coronavírus. Embora o SUS seja o nosso grande, e talvez o único, aliado para enfrentar esta pandemia, suas respostas dependem da estrutura e dos recursos humanos, e de insumos existentes que precisam ser reforçados urgentemente.

A discussão sobre um pós-pandemia se aproxima, e é necessário que a temática saúde mental esteja incluída nela. Olhar para os menos assistidos pelo Estado é fundamental para assegurar o bem-estar social de todos que formam a sociedade, sejam eles profissionais de saúde ou da educação, empreendedores de cidades grandes ou pequenas (SOUZA et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo observou a elevação das jornadas de trabalho, seguidas pelos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente no período pandêmico. Com a expansão do vírus, observou-se com mais intensidade o sucateamento da máquina pública, no que diz respeito às estruturas dos hospitais, enfermarias e Unidades Básicas de Saúde, o que pode ter contribuindo assim para afetar a saúde mental desses profissionais.

Nesse contexto, a discussão sobre um pós-pandemia se aproxima, e é necessário que a temática saúde mental esteja incluída nela, para assegurar o bem-estar social de todos os profissionais da saúde e da educação, e da sociedade.

Conclui-se o presente estudo, chamando atenção das autoridades competentes para o cuidado com a saúde mental dos profissionais de saúde e dos pacientes que apresentam algum problema de saúde mental relacionados à covid-19. É necessária a realização de estudos mais extensos para compreender de forma mais ampla aos fatores que afetaram a saúde mental de pacientes pós-covid -19.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cad. Saúde Pública, Lisboa /Portugal, v.35, n.11, 2019.

ASSIS, S.G.; FONSECA, T. M. A.; FERRO, V. S. (organizadoras). **Proteção social no SUAS a indivíduos e famílias em situação de violência e outras violações de direitos: fortalecimento da rede socioassistencial.** Brasília: Fundação Oswaldo Cruz; Ministério do Desenvolvimento Social, 2018. Disponível em:
http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/2019/Curso%20de%20Prote%C3%A7%C3%A3o%20social%20no%20SUAS.pdf. Acesso em: 22 out. 2021.

BEZERRA, A. C. V.; SILVA, C. E. M.; SOARES, F. R. G.; SILVA, J. A. M. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19, Rio de Janeiro, v. 25 (Supl.1), p. 2411-2421, 2020.

CURY, A. J. **Ansiedade: como enfrentar o mal do século.** Editora Saraiva, 2017.

FERNANDES, A. S. **Saúde Mental e Políticas Públicas: Um estudo com mulheres rurais no Município de Mairi – BA.** 2017. 108 p. Dissertação (Mestrado em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cruz das Almas - Bahia, 2017.

GAMEIRO, N. **Depressão, ansiedade e estresse aumentam durante a pandemia.** Brasília: Fiocruz, 2020. Disponível em:
<https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/depressao-ansiedade-e-estresse-aumentam-durante-a-pandemia/>. Acesso em: 20 out. 2021.

MINÓIA, N. P. MINOZZO, F. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, 2015. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/pcp/a/CPqyH9xbLLbLScNkfF4jN5c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2021.

NETTO, José Paulo & BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica.** Capítulo 1 – Trabalho, sociedade e valor. 2.ed. São Paulo: Cortez. 2007.

NOAL, Débora da Silva; PASSOS, Maria Fabiana Damasio; FREITAS, Carlos Machado de (org.) **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 342 p. Disponível em: https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf. Acesso em: 28 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946.** 2017 [cited Mar 21 2017]. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-daSa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundialda-saude-omswho.html>. Acesso em: 21 out. 2021.

RIBEIRO, B. M. S. S.; SCORSOLINI-COMIN, F; SOUZA, S. R. Síndrome de burnout em profissionais da enfermagem de unidade de terapia intensiva na pandemia da COVID-19. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, [S.I.], v. 19, n.3, p. 363-371, 2021. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v19n3a14.pdf> . Acesso em: 20 out. 2021.

SANTOS, D.F.D; SOUZA, P.C. **Impactos biopsicossociais na saúde mental dos sujeitos com quadro de ansiedade durante a pandemia do COVID-19.** Belo Horizonte, 2021. Disponível em: https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/14736/1/TCC%20final_Impactos%20biopsicossociais%20na%20sa%C3%BAde%20mental%20dos%20sujeitos%20com%20quadro%20de%20ansiedade%20durante%20a%20pandemia%20do%20COVID-19.docx.pdf . Acesso em: 20 out. 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO - SESES. **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental.** Vitória – Espírito Santo, 2018. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

SOUZA, E. R.; NJAINE, K.; RIBEIRO, A.P.; LEGAY, L.; MEIRA, K.C. **Violência Estrutural e Covid-19. 2020.** Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/gtviolenciaesaude/2020/05/19/violencia-estrutural-e-covid-19/>>. Acessado em 16 out. 2021.

SOUZA E SILVA, M. J.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n.1, p. 1-19, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/phyisis/2019.v29n1/e290102/pt>. Acesso em: 20 out. 2021.

Capítulo 05

TABAGISMO: IDENTIFICAÇÃO E RECONHECIMENTO DE TRANSTORNOS À SAÚDE

Adriana Maciel de Souza¹; Daiane Sampaio Araújo¹;
Marcelina Lopes Xavier Gama¹; Suziane Cutrim Silva¹;
Maria do Livramento da Silva Dias²; Bruna Cruz Magalhães³;
Marcia Silva de Oliveira⁴; Jeofton Meira Trindade⁵

¹Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia-FSL;

²Mestra em Linguagem pela Universidade Federal do Piauí. Docente da Faculdade Santa

Luzia; ³Mestra em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão.

Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁴Doutora em Ciências da Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, UCES, Argentina. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ⁵Mestre em Matemática pelo Profmat na Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Graduado em Ciências Habilitação Matemática pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). Docente da Faculdade Santa Luzia;

RESUMO:

O tabagismo é uma das doenças mais comuns no mundo, reconhecida por sua alta capacidade acarretar problemas nos mais diversos sistemas do organismo, culminando assim em uma vida com sérias restrições físicas, comportamentais e sociais. Considerando os nefastos efeitos nocivos gerados pelo uso do tabaco, é de grande necessidade um plano de atendimento e tratamento para os usuários dessa substância. Este estudo buscou discutir, por meio de uma pesquisa bibliográfica, quais os protocolos indicados para aferir o nível de dependência à nicotina. Analisou-se os documentos oficiais do Ministério da Saúde, bem como estudos que discutem a eficácia dos instrumentos de avaliação. Os resultados demonstram que as etapas de atendimentos indicadas para os dependentes são de grande importância para o início do tratamento. Além disso a efetiva aplicação dos instrumentos de avaliação corrobora para uma elaboração mais efetiva do tratamento a ser realizado. Conclui-se que, se bem aplicado, o protocolo de orientações existente pode ser de grande valia para a recuperação desse vício, ajudando assim na melhoria do sistema de saúde pública uma vez diminuindo os casos de males advindos do tabagismo.

Palavras-chave: Tabagismo; Avaliação de dependência; Transtornos.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é um dos fatores que mais agrava a saúde das pessoas que utilizam o produto, reconhecido como um dos maiores causadores de

doenças crônicas, gerada pela dependência da nicotina. Basta ver os efeitos causados por ele ao longo dos anos, sendo um fator causador da dependência química, pois tal elemento é visto como um parecer puramente pessoal (CARAM, 2009). Ainda assim, este fato conceitual é contestado, pois grande parte dos fumantes tem o intuito de parar de usar quando toma conta dos efeitos danosos a saúde, encontrando parcelas difíceis, devido os princípios viciantes da nicotina. (OMS, 2021).

Para o tratamento do dependente do tabaco ter eficiência, é necessário fazer uma avaliação da dependência à nicotina, sendo desenvolvidos instrumentos de abordagens qualitativa e quantitativa. Souza et al (2010, p. 769) afirma que “a identificação precisa dos fatores distintivos que levam as pessoas a fumar contribui para o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção e controle do fumo, bem como para o desenvolvimento de estratégias personalizadas para a cessação do tabagismo”.

O Ministério da Saúde por meio da Secretaria da Assistência à Saúde apresenta procedimentos para o tratamento desta enfermidade no guia *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista*. O documento também traz informações protocolares de como identificar um viciado em tabaco bem como avaliar o nível de dependência dessa substância.(INCA, 2021c).

O presente estudo teve como objetivo adentrar a temática do tabagismo apresentando quais os procedimentos atualmente disponíveis para enfrentamento do tabagismo por meio da identificação e nível de dependência dos usuários. Para tal usou fez uso de uma pesquisa bibliográfica em bases científicas para obter um conhecimento mais amplo, confiável e atual do tema, aplicando uma abordagem qualitativa no material pesquisado.

Inicialmente apresenta-se as principais enfermidades advindas do uso do tabaco, demonstrando assim o efeito altamente nocivo dessa substância. Em seguida, comenta-se sobre a relação de enfermidades inclusas na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) relacionadas ao uso do tabaco. Posteriormente discute-se as formas de avaliação da dependência da nicotina, detalhando os instrumentos e finalmente. Por fim, as considerações finais sobre o estudo.

O USO DO TABACO E SEUS DESDOBRAMENTOS

Segundo Silva *et al* (2008), o tabagismo é considerado uma doença neurocomportamental causada pela dependência da nicotina no organismo. Essa dependência se torna um processo complexo que envolvem uma inter-relação entre farmacologia, fatores adquiridos (ou condicionadores), como socioambientais, de personalidade comportamental entre outros. (LEMES, 2017).

A dependência do tabaco é uma doença crônica, progressiva e recorrente, mediada por ações de receptores centrais e periféricos (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Para os autores Chatkin (2006), a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2016), a dependência tabagismo explica porque cerca de 70% das pessoas que fumam desejam largar de fumar, mas não o conseguem e cerca de um terço dos que iniciam o processo de abandono do vício tem êxito por apenas um dia, todavia, menos de 10% ficam em abstinência por doze meses. Só ocorrendo a interrupção definitiva do tabagismo geralmente após várias tentativas, com inúmeras de recaídas.

A dependência de nicotina tem relação com aproximadamente 50 enfermidades, dentre elas vários tipos de câncer (INCA, 2021a). Os fumantes têm a tendência de adoecerem com uma frequência duas vezes maior que os não fumantes. A resistência física menor, menos fôlego nos esportes e na vida sexual o desempenho é pior do que os não fumantes. Sem falar que acelera o envelhecimento, os dentes ficam amarelados, com cabelos sem claridade, pele enrugada e ensopada pelo odor do fumo.

O tabaco continua sendo um grave problema de saúde pública e o líder de mortalidade evitável no mundo, atingindo cerca de 6 milhões de óbitos e mobilizando centenas de bilhões de dólares da economia mundial a cada ano, onde a maioria dessas mortes ocorre em países de baixa e média renda. (FERNANDES *et al.*, 2014).

Segundo o Instituto Nacional de Câncer – INCA (2007), o tabagismo chegar a ser o fator de quase 50 diferentes doenças fatais. Responde por infarto do miocárdio, das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema) são 85%, 25% das mortes por doença cerebrovascular (derrames),

das mortes por câncer 30%. E 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes; além disso, intensifica o agravamento de condições como a hipertensão e diabetes, aumentando o risco de tuberculose e óbito. No mundo anualmente são 5 milhões de mortes em decorrência do tabagismo. (INCA, 2021b).

Durante o atendimento ao fumante que esteja ou não interessado em cessar o hábito de fumar é importante torná-lo ciente de todos os males que essa prática traz à sua saúde, bem como interferência de sua vida social. (CAMPOS e GOMIDE, 2015). Para Brasil (2015, p. 86):

A identificação de doenças relacionadas ao tabaco pode motivar o indivíduo tabagista para a cessação, do mesmo modo que a ausência delas durante a avaliação pode sinalizar ao tabagista o momento ideal para redução dos riscos. Cabe ao profissional ter conhecimento das informações que se seguem, para melhor informar e apoiar os seus usuários (BRASIL, 2015, p. 86)

Umas das principais formas de prevenção e tratamento dessa doença está na conscientização sobre as consequências desta para a saúde.

CLASSIFICAÇÃO DO TABAGISMO

A décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) ao indicar uma lista de enfermidades e problemas relacionados à saúde cita os efeitos causados pelo tabaco em dois capítulos: Capítulo V (F00-F99) - Transtornos Mentais e Comportamentais e Capítulo XXI (Z00-Z99) – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde. As especificações são indicadas no guia *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista* (BRASIL, 2015, p. 43)

Capítulo V – Transtornos Mentais e Comportamentais (F00-F99)
F17 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de fumo
F17.0 – Intoxicação aguda.
F17.1 – Uso nocivo para a saúde.
F17.2 – Síndrome de dependência.
F17.3 – Síndrome (estado) de abstinência.
F17.4 – Síndrome de abstinência com delirium.
F17.5 – Transtorno psicótico.
F17.6 – Síndrome amnésica.
F17.7 – Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia.
F17.8 – Outros transtornos mentais ou comportamentais.
F17.9 – Transtorno mental ou comportamental não especificado.

Capítulo XXI – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)
Z72 – Problemas Relacionados ao Estilo de Vida
Z72.0 – Uso do Tabaco.

Percebe-se que muitos são os impactos causados pelo uso do tabaco. Em diversos níveis o tabagismo atinge o pleno funcionamento do organismo, a classificação do CID indica especialmente desordens mentais e emocionais que interferem numa vida saudável.

A forma de classificação e os critérios utilizados para os Transtornos Mentais e Comportamentais Relacionados ao Fumo na CID-10 (F17) seguem a mesma padronização usada para os transtornos relacionados às demais substâncias psicoativas/de dependência (F1x), às quais se incluem álcool, opiáciros, cannabis e cocaína, por exemplo. Algumas categorias são individualizadas, como “uso nocivo” (F17.1), “síndrome de dependência” (F17.2) e “síndrome (ou estado) de abstinência” (F17.3), o que pode conceitualmente gerar confusão aos profissionais de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993; 2004 *apud* BRASIL, 2015, p. 44).

Tais como outras substâncias tóxicas, que socialmente são mais reconhecidas como nocivas à saúde, o tabaco tem o potencial em gerar compulsão e compromete seriamente a vida dos indivíduos.

AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA À NICOTINA

O sistema de saúde ao receber paciente que relatam fazer uso do tabaco precisa levar em conta esse hábito como fator de origem ou de alta interferência com as queixas declaradas. Há protocolo para a realização da avaliação que indica o nível de dependência à nicotina.

A dependência à nicotina pode ser avaliada de forma qualitativa e quantitativa. A avaliação quantitativa ocorre por meio de perguntas fechadas padronizadas ao tabagista, visando reconhecer os sintomas da dependência física e sua intensidade. A avaliação qualitativa, reconhecendo os componentes psicológico e social da dependência, objetiva conhecer as razões e as situações que levam o tabagista a fumar (BRASIL, 2015, p. 49)

O teste de Fagerström é o mais indicado para uma avaliação quantitativa, neste são aplicadas perguntas que averiguam o uso do cigarro relacionado à rotina do indivíduo. Conforme quadro abaixo:

Quadro 1. Teste de Fagerström

TESTE DE FAGERSTRÖM

- 1) Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?
Dentro de 5 minutos = 3
Entre 6-30 minutos = 2
Entre 31-60 minutos = 1
Após 60 minutos = 0
 - 2) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, cinemas, ônibus, etc?
Sim = 1
Não = 0
 - 3) Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
O primeiro da manhã = 1
Outros = 0
 - 4) Quantos cigarros você fuma por dia?
Menos de 10 = 0
De 11 a 20 = 1
De 21 a 30 = 2
Mais de 31 = 3
 - 5) Você fuma mais frequentemente pela manhã?
Sim = 1
Não = 0
 - 6) Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama?
Sim = 1
Não = 0
- Grau de Dependência**
- 0 - 2 pontos = muito baixo
3 - 4 pontos = baixo
5 pontos = médio
6 - 7 pontos = elevado
8 -10 pontos = muito elevado

Fonte: FAGERSTRÖM; SCHNEIDER, 1989. *apud* BRASIL, 2015

No intuito de obter sucesso no tratamento com a cessação do fumo, o Teste de Fagerström possibilita melhor entendimento das necessidades do paciente e da atuação da assistência farmacêutica durante o tratamento farmacológico. O grau de dependência à nicotina e o acompanhamento multidisciplinar se torna essencial no tratamento de tabagistas idosos. (CUNHA, 2021).

A avaliação qualitativa por sua vez monitorar os efeitos que o tabagismo incluindo um processo de autorreflexão do fumante sobre esse hábito, é indicado que se aplique em usuários que tenha motivação ou já esteja disposto a iniciar tratamento contra o tabagismo.

A Avaliação Qualitativa pretende identificar em quais situações o fumante usa o cigarro, relacionando-se não só com a dependência física mas também com a dependência psicológica e o condicionamento. Dessa forma, a avaliação ajuda o próprio fumante a tomar consciência das situações de risco do seu dia a dia, além de auxiliar o profissional de saúde a identificar os principais pontos a serem trabalhados durante todo o processo da abordagem intensiva do fumante (SOUZA et al., 2010 *apud* BRASIL, 2015, p. 49)

A Escala de Razões para Fumar Modificada é um instrumento para avaliação qualitativa. Considerando sua vivência e relação com o fumaço, o usuário deve julgar 21 afirmações (ver anexo A) como *Nunca, Raramente, Às vezes, Frequentemente ou Sempre*, os quais correspondem a determinada escala. A pontuação final indica os fatores: Dependência, Prazer de fumar, Redução da tensão, Estimulação, Automatismo, Manuseio, Tabagismo social, Controle de peso ou Associação estreita. (BRASIL, 2015)

Souza et al., 2010 *apud* (BRASIL, 2015, p.134) assim descreve cada um dos fatores da escala

Dependência (física): caracterizada pelo tempo que o indivíduo consegue permanecer sem fumar e tem a ver com a tolerância da nicotina e com a redução dos sintomas de abstinência.

- *Prazer de fumar*: a nicotina libera substâncias hormonais que dão maior sensação de prazer através das atividades neuroquímicas do cérebro nas vias de recompensa.
- *Redução da tensão (relaxamento)*: a nicotina do cigarro chega aos receptores cerebrais, ajuda a diminuir a ansiedade/estresse que o fumante apresenta, dando-lhe uma sensação momentânea de alívio dela.
- *Estimulação*: o fumar é percebido como modulador de funções fisiológicas, melhorando a atenção, a concentração e a energia pessoal.
- *Automatismo (habito)*: condicionamento do fumar em determinadas situações, tais como logo após o almoço.
- *Manuseio (ritual)*: envolve todos os passos dados até se acender o cigarro.
- *Tabagismo social*: fumar junto aos amigos, em situações de festa, em baladas, na praia.
- *Controle do peso*: envolve preocupações a respeito do ganho de peso relacionado à cessação do tabagismo.
- *Associação estreita*: definida por uma forte conexão emocional do tabagista com o fumo e o cigarro.

Ciente de qual fator relaciona-se mais diretamente com o hábito de fumar, a assistência médica junto com o paciente consegue direcionar melhor um tratamento que atinja o marco de origem do vício.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A classificação do grau de dependência à nicotina se torna fundamental para definir o tratamento mais adequado para o fumante, principalmente em idosos, que possuem esse grau de dependência maior. Nesse sentido, utiliza-se o Teste de Fagerström capaz de estimar o nível de dependência à nicotina em fumantes, demonstrando relação entre medidas bioquímicas com a quantidade de cigarros fumados por dia (PIETROBON *et al.*, 2008).

Uma vez o usuário aceitando o tratamento indica-se uma avaliação qualitativa, por meio da *A Escala de Razões para Fumar Modificada*, para traçar estratégias que foquem nos fatores desencadeadores do hábito de fumar.

Realizados esses procedimentos, as decisões sobre o melhor tratamento podem ser feitas considerando o perfil de cada paciente. Os direcionamentos dados pelo Ministério da Saúde são de extrema importância para o combate ao uso do tabaco. A efetiva prática das diretrizes no tratamento do tabagismo representa grandes chances de sucesso nessa luta. Diminuir os fumantes significa menos doentes; para o Estado, menos gastos com serviços de saúde; para o cidadão, maior qualidade de vida. Em vista disso, tal protocolo apresenta-se como vital para a saúde pública.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** o cuidado da pessoa tabagista. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPOS, Paulo Cesar Moreira; GOMIDE, Marcia. **O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social:** a análise de redes, capital e apoio social. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.436-444, 2015.

CARAM, L. M. O.; TANNI, S.R.; COELHO, L. C.; GODOY, I.; MARTIN, R.S.S.; GODOY, I. Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. **J Bras Pneumol.**, v.35. n.10, p.980-985, 2009.

CHATKIN, José Miguel . A influência da genética na dependência tabágica e o papel da farmacogenética no tratamento do tabagismo. **J Bras Pneumol.** v.32, v.6, p.573-579, 2006.

CUNHA, Valéria. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo no Brasil: avanços e desafios**. 33 slides. [2021]. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Programa_nacional_de_controle_d_o_tabagismo.pdf. Acesso em: 17 out. 2021.

FERNANDES, Janainny Magalhães; SANCHES, Vinicius Santos; MUZILI, Nayara de Araújo; CHRISTOFOLETTI, Gustavo. Fatores socioambientais e mídia: exposição e influência ao tabagismo e uso de drogas na infância. **Cadernos de Educação Saúde e Fisioterapia.**, v.1, n.2, 2014;

RESEARCHGATE.net. Mato Grosso do Sul, 2015. 14 p. Disponível em:
<https://www.researchgate.net/publication/281478762>. Acesso em: 15 out. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER - INCA. **Tabagismo - um grave problema de saúde pública**. 1ª ed. 2007. 26 p. Disponível em:
<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/tabcismograveproblema-de-saude-publica-2007.pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

_____. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo** 2021a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>. Acesso em: 17 out. 2021.

_____. **Quais são as doenças causadas pelo uso do cigarro e outros produtos derivados de tabaco?** 2021b. Disponível em:
<https://www.inca.gov.br/perguntasfrequentes/quais-sao-doencas-causadas-pelo-uso-cigarro-e-outros-produtos-derivados-tabaco>. Acesso em: 18 out. 2021.

_____. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco: Dados e números da prevalência do tabagismo. Ministério da Saúde, 2021c. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politicanacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabcismo>. Acesso em: 17 out. 2021.

JOSÉ, Bruno Piassi de São; CORRÊA, Ricardo de Amorim; CORRÊA, Deborah Carvalho; PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; FRANÇA, Elisabeth Barboza; TEIXEIRA, Renato Azeredo; CAMARGOS, Paulo Augusto Moreira. Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. **Revista Brasileira Epidemiol**, v. 20, n. 1, p. 75-89, MAIO 2017. SUPPL.

LEMES, E. O.; FÁTIMA, G. G.; SANTOS, G. C. B.; COSTA, J. B. Análise do Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. **UNICIÊNCIAS**, v. 21, n. 2, p. 86-92, 2017.

NUNES, Sandra Odebrecht Vargas; CASTRO, Márcia Regina Pizzo de. **Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento**. SciELO - EDUEL, v. 3, f. 112, 2011. 224 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS). **Tabagismo & saúde nos países em desenvolvimento**. bvsms.saude.gov.br. Tradução Instituto Nacional de Câncer/ Ministério da Saúde do Brasil. 2003. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/tabcismo_saude.pdf. Acesso em: 11 out. 2021.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 767-783, 2008.

RODRIGUES, D. M. C.; BEZERRA, B. M. S.; OLIVEIRA, M. E. L.; PACHÚ, C. O . **Avaliação do grau de dependência à nicotina em idosos**. In: VI Congresso Nacional de Envelhecimento Humano. 2019. Anais eletrônicos [...]. Pernambuco, 2019. 10 p. Disponível em:
https://editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2019/TRABALHO_EV125_MD1_SA3_ID2059_04062019221542.pdf. Acesso em: 17 out. 2021.

SILVA, A. O.; SOUSA, C. M. M.; GASPAR, M. F. M.; PAREDES, M. A. S. P. D. S.; TURA, L. F. R.; JESUÍNO, J. C. . Tabaco e saúde no olhar de estudantes universitários. **Rev bras de enferm**, Brasília-DF, p. 423-7, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Controle do tabagismo**: desafios e conquistas. scielo.br. Brasília-DF, 2016. 9 p. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/9ZRBLwC4JbRYGXb66krwjBC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2021.

SOUZA, Elisa Sebba Tosta de; CRIPPA, José Alexandre de Souza; PASIAN, Sonia Regina; MARTINEZ, José Antônio Baddini. Escala Razões para Fumar da Universidade de São Paulo: um novo instrumento para avaliar a motivação para fumar. **Jornal Brasileiro de Pneumologia [online]**, v. 36, n. 6, 2010.

SOPTERJ. **Dia Nacional de Combate à Tuberculose**. Sociedade e Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro. RJ, 2020. Disponível em:
http://www.sopterj.com.br/wpcontent/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2009/atualizacoestematicas/tabagismo-e-dpoc.pdf. Acesso em: 11 out. 2021.

**Capítulo
06**

**SAÚDE MENTAL DE GESTANTES DURANTE
A PANDEMIA DA COVID-19:
UMA ANÁLISE PRELIMINAR**

Marcelly Silveira Silva Lopes¹; Juliete Rocha Silva¹;
Aldenize Moreira de Sousa¹; Eunice da Silva Sousa¹;
Antonio da Costa Cardoso Neto²; Thiessa Maramaldo de Almeida Oliveira³;
Lairla Silveira Ripardo⁴; Bruna Cruz Magalhães⁵

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia-FSL;

² Doutor em Saúde Coletiva pela UFMA, Ph.D em Saúde Pública pela Universidade de Ciências Empresariales y Sociales, UCES, Buenos/Aires Argentina. Docente da Faculdade Santa Luzia – FSL; ³ Doutora em Ciências: Química Analítica e Inorgânica pela Universidade de São Paulo - USP. Docente da Faculdade Santa Luzia. ⁴ Especialista em Psicoterapias Comportamentais Contextuais – IPOG. Graduada em Psicologia. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁵Mestre em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia.

RESUMO:

O isolamento social ocasionado pela Pandemia da COVID-19 trouxe alertas ao mundo no que se refere a saúde mental da população, em especial a saúde mental das gestantes, visto que o período gestacional já traz consigo mudanças físicas, hormonais e psicológicas que são intensificadas pela situação de calamidade pública devido a Covid-19. Neste sentido, no presente trabalho foi desenvolvido um estudo descritivo com enfoque qualitativo, realizado por meio de revisão sistemática da literatura bibliográfica, com o objetivo de analisar a saúde mental de gestantes durante a pandemia da Covid-19. No presente trabalho foram incluídos os 21 estudos mais relevantes da revisão bibliográfica para atender ao objeto do estudo proposto. Os resultados referem que apesar dos governantes e profissionais de saúde priorizarem a saúde física da população e o combate ao vírus, a saúde mental e suas implicações não podem ser negligenciadas. Portanto, é imprescindível alertar às autoridades competentes quanto ao aumento progressivo de transtornos mentais em mulheres grávidas durante a pandemia, de forma a reduzir os casos de depressão, ansiedade, suicídio, automutilação e garantir suporte emocional no contexto em questão.

Palavras-chave: Saúde mental; Gravidez; Covid-19.

INTRODUÇÃO

O vírus SARS-CoV-2 foi descoberto no ano de 2019 e teve seus primeiros casos na cidade de Wuhan, na China. Após os primeiros casos, a doença, que foi denominada de COVID-19, se espalhou rapidamente pelo

mundo e em março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de pandemia pela quantidade de infectados espalhados pelo mundo inteiro (LANA *et al.*, 2020; ABRI, 2021).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2022), já foram confirmados mais 511 milhões de casos da Covid-19 pelo mundo e 6 milhões de mortes. Esses dados causam incertezas na população em relação a cura, vacina e medidas de proteção, fazendo com que a sociedade não sofresse apenas da doença, mas de dificuldades deixadas por ela. Além disso, muitas pessoas perderam seus empregos, familiares e/ou amigos e isso afetou diretamente a saúde mental da população.

No meio de todos esses problemas, as mulheres que ficaram gestantes durante a pandemia tiveram sua gravidez ainda mais conturbada pela instabilidade que a situação de pandemia promove. De acordo com Sarmento e Setúbal (2003), as transformações emocionais enfrentadas pelas mães durante a gravidez, o parto e o puerpério e refletem diretamente na maneira com que a gestação acontece. Além disso, as alterações emocionais encaradas pelas mães são multiplicadas no meio das incertezas e sofrimentos deixados pela pandemia.

Em virtude do isolamento social físico, recomendado pelos cientistas como a principal medida para frear o avanço da doença, muitas famílias deixaram de trabalhar e passaram a isolarse em casa, gerando diversos problemas familiares e financeiros. Levando em consideração que grande parte dos brasileiros têm o trabalho informal como única fonte de renda, a permanência em casa afetou de forma direta a manutenção do orçamento familiar e dificultou o acesso da população a sua renda.

Essas mudanças trazem consigo múltiplas alterações no cotidiano da população, o que pode ocasionar sintomas de diversas doenças, como estresse pós-traumático, ansiedade, raiva, entre outros (BROOKS *et al.*, 2020).

É importante ressaltar que a saúde mental não foi considerada prioridade durante a pandemia, apesar de algumas medidas para regulamentar o atendimento profissional durante esse período. Esse fato causa preocupação, uma vez que é conhecida a influência que uma boa saúde mental pode oferecer para os profissionais e melhorar seu rendimento.

Diante desse cenário, o presente trabalho pretende estudar a saúde mental em tempos de pandemia, em especial das mulheres que ficaram gestantes nesse cenário pandêmico. Sabe-se que durante esse período, a gestante passa por diversas mudanças e, com a pandemia, isso se multiplica. A gestação altera a rotina familiar, assim como a pandemia e o isolamento, portanto, essa dificuldade com a adaptação torna-se dobrada.

Para esse estudo, é necessário entender que a saúde da gestante sofre alterações devido ao período vivenciado. Ainda há poucas publicações sobre essa temática, uma vez que a pandemia se instaurou a menos de 2 anos no mundo. Percebe-se a existência de carência de estudos robusto que analisam a saúde mental das gestantes no período gestacional supracitado, que possam responder a questão da saúde mental para, então, apresentar futuras opções para tratar a questão psíquica das gestantes nesse período tão delicado e singular como a pandemia.

Portanto, esse estudo tem como objetivo analisar a saúde mental de gestantes durante a pandemia da Covid-19.

METODOLOGIA

O trabalho em questão, constitui-se de uma análise preliminar de um estudo que fará um apanhado sobre a saúde mental das gestantes durante a Pandemia Covid-19.

Trata-se de um estudo descritivo, com enfoque qualitativo, realizado por meio de revisão sistemática da literatura bibliográfica, com o objetivo de analisar a saúde mental de gestantes durante a pandemia da Covid-19. Para a revisão dos trabalhos foram utilizadas as bases de dados nacionais das bibliotecas: scielo, capes, biblioteca brasileira de tese e dissertações (BDTD) e Google Scholar. O critério de inclusão foram os artigos publicados nos últimos 19 anos. Os descriptores de saúde selecionados para a realização das pesquisas foram: saúde mental, gravidez, covid-19.

A pesquisa foi realizada no período de agosto a dezembro de 2021 e foram selecionados 23 artigos.

PANDEMIA DA COVID – 19

A doença da COVID-19 é causada por uma espécie de coronavírus, denominado de SARS-CoV-2. Como os primeiros casos da doença começaram no ano de 2019, a doença recebeu essa numeração no nome. De acordo com o Portal Dasa (2020), esse vírus já circulava no Brasil e era responsável por vários dos resfriados comuns. Entretanto, pesquisadores chineses relatam que a doença começou a se espalhar na China entre outubro e novembro de 2019 (REUTERS, 2021).

Gruber (2020) relata que os primeiros casos da COVID surgiram em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, posteriormente considerada o epicentro da doença. Em seguida, um surto atingiu a cidade através de um mercado comercial, porque um paciente infectado frequentou o mercado, espalhando, assim, a doença na cidade inteira e posteriormente no mundo.

De acordo com o Instituto Butantan (2021), um importante centro de pesquisa biológica da cidade de São Paulo, as hipóteses acerca de como o ser humano se infectou variam entre um acidente de laboratório da China e o contato entre o ser humano com um animal infectado. Entretanto, o Instituto Butantan (2021) relata que, no final de março de 2021, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um relatório de cientistas chineses que verificava a origem natural do vírus da COVID-19.

Ainda de acordo com o Instituto Butantan (2021), a OMS considera que o vírus presente no morcego infectou um mamífero e este mamífero intermediário chegou a um humano, revelando, assim, que a transmissão direta de morcego para ser humano é possível, apesar de pouco aceito. Nesse mesmo relatório a OMS relatou que a hipótese do vírus ter chegado aos humanos através de produtos alimentícios é remota, mas não impossível. É importante ressaltar que neste relatório a OMS classificou como “extremamente improvável” que o vírus tenha escapado accidentalmente do Instituto de Virologia de Wuhan ou que tenha sido criado em laboratório para infectar a população propositalmente.

Com os estudos acerca da origem do vírus capaz de infectar os humanos, os cientistas acreditam que possam impedir a existência de novas pandemias evitando, assim, tantas outras mortes. Aquino *et al.* (2020) discutem

sobre as medidas de distanciamento social para controlar a pandemia no Brasil e como esse isolamento reflete na vida da população brasileira. Por conta da transmissão do vírus ser através do contato e gotículas, a principal medida de prevenção é o distanciamento social físico e isolamento de casos confirmados e suspeitos.

Ainda de acordo com Aquino *et al.* (2020), muitos países tomaram medidas para frear a evolução da pandemia. As medidas foram implementadas de modo gradual e consistem, principalmente, em isolar os casos, incentivar a higienização das mãos e uso de máscara, fechamento de instituições educacionais, proibição de eventos que promovam aglomeração de pessoas, restrição a viagens ou saídas na rua, que chegam até toque de recolher e fechamento do comércio não essencial.

Com as medidas de isolamento e o pânico instaurado pela quantidade de mortes diárias, muitas pessoas tiveram dificuldades para enfrentar a pandemia. Muitas famílias, impedidas de trabalhar por não fazerem parte do comércio considerado essencial (alimentação e saúde) perderam sua fonte de renda e, consequentemente, enfrentaram dificuldades para manter-se em casa e com saúde.

Segata (2020, p. 1), reforça essas afirmações, quando afirma que "Surtos, epidemias e pandemias não formam apenas tendências epidemiológicas". Como eventos críticos, eles expõem estruturas de sofrimento, injustiça e desigualdade". Com a pandemia tudo foi maximizado, pois a população passou a enxergar mais o que já existia. Esses eventos críticos deixaram a mostra problemas relacionados a saúde mental, uma vez que geraram mais preocupações e dificuldades para a sociedade.

SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE PANDEMIA

O conceito de saúde mental tem se tornado cada vez mais importante com o passar do último século. De acordo com Gaino *et al.* (2018), nos dois últimos séculos o conceito de saúde e saúde mental tem se tornado específico do campo da medicina, todavia, os autores revelam ainda que vários campos do conhecimento humano têm incorporado os conceitos de saúde mental nas suas áreas.

A Organização Mundial da Saúde (ONU) conceitua a saúde, refletindo que "A saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade" (ONU, 2017). Esse conceito reflete a modernidade da saúde, englobando a noção de aspectos físicos, mentais e sociais, entretanto, não foi atualizado desde o ano de 1946. Gaino *et al.* (2018), relata que várias são as críticas que esse conceito tem sofrido ao longo de 75 anos, principalmente por conta dos vários eventos políticos e econômicos que forçam o surgimento de novos paradigmas que possam tratar a saúde como uma produção social.

Já a saúde mental é definida pela OMS como "[...] um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe suas próprias habilidades e, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e capaz de contribuir para sua comunidade" (ONU, 2014).

Esse conceito, apesar de ainda ser internacionalmente aceito, não reflete de fato a saúde mental, pois trata-se de um discurso internamente psiquiátrico, como se a saúde mental fosse antônimo de loucura e indivíduos com transtornos mentais não pudessem ter saúde mental ou uma vida normal.

Gaino *et al.* (2018, p.3) discute que

Frente ao exposto, entende-se que há dois paradigmas principais para discussão dos conceitos de saúde e saúde mental, ou seja, o paradigma biomédico e o da produção social de saúde. No primeiro, o foco é exclusivamente na doença e em suas manifestações, a loucura como sendo essencialmente o objeto de estudo da psiquiatria. No segundo, a saúde é mais complexa que as manifestações das doenças e inclui aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais. Neste paradigma, loucura é muito mais que um diagnóstico psiquiátrico, pois os pacientes com um transtorno psiquiátrico podem ter qualidade de vida, participar da comunidade, trabalhar e desenvolver seus potenciais.

Pensando nisso, é importante ressaltar que o segundo conceito é o que está sendo tratado no presente trabalho, pois as influências socioeconômicas, culturais e ambientais influenciam de diversas formas a saúde mental, na atual conjuntura do mundo.

Com o avanço da doença da COVID-19 e as medidas restritivas para frear o avanço da doença, muitas dificuldades acometeram a população, dentre elas, doenças psicológicas em virtude do que foi chamado de Coronofobia (ASMUNDSON; TAYLOR, 2020). Pensando nisso, Schmidt *et al.* (2020) discute que, apesar dos governantes e profissionais de saúde

priorizarem a saúde física das pessoas e o combate ao vírus, a saúde mental e as implicações dela não podem ser negligenciadas. Brooks *et al.* (2020) reforçam essa ideia, afirmando que é necessário que haja medidas para reduzir as implicações psicológicas da pandemia na população.

De acordo com Asmund e Taylor (2020),

[...] Estudos têm sugerido que o medo de ser infectado por um vírus potencialmente fatal, de rápida disseminação, cujas origens, natureza e curso ainda são pouco conhecidos, acaba por afetar o bem-estar psicológico de muitas pessoas.

Segundo Brooks *et al.* (2020), além das complicações geradas pela COVID-19, os efeitos das medidas de isolamento possuem diversas consequências negativas, com sintomas de estresse pós-traumático, confusão e raiva. Esses sintomas gerados pelas influências externas que a população vem passando se agravam cada vez mais com o avanço das infecções pela doença e com a incerteza acerca do futuro que a população enfrenta, uma vez que surgem diversas notícias falsas sobre a COVID-19. Dessa forma, faz-se necessário que a saúde mental da população seja tratada, principalmente, no foco do problema, ou seja, o coronavírus, a vacina, a cura e o tratamento, além da parte econômica que afeta a população.

É muito preocupante que a saúde mental não seja considerada prioridade em uma situação em que as pessoas correm risco ao sair na rua e sentem pânico mesmo dentro de casa. Além disso, ainda há os supracitados problemas econômicos enfrentados pela população em virtude do isolamento e da pandemia.

Levar em consideração a saúde mental da população é pensar em uma vida mais saudável e, consequentemente, mais duradoura e isso deveria ser prioridade dos governantes.

Entretanto, é difícil mensurar a saúde mental nos tempos de pandemia, ou mesmo tratar suas implicações na população. O período vivenciado é novidade para os governantes e cientistas e a maioria não têm experiência para gerir ou estudar os impactos causados pela COVID-19 na saúde mental dos brasileiros.

Schmidt *et al.* (2020) discute esse ponto comparando com a epidemia de Ebola de 1995, refletindo com base nos relatos dos sobreviventes, se

afirmavam principalmente "medo de morrer, de infectar outras pessoas, desafastar ou sofrer abandono nas relações com familiares e amigos, bem como estigmatização social" (HALL; CHAPMAN *apud* SCHMIDT, 2020, p. 4).

Sobre os profissionais de saúde, Schmidt revelou em seu estudo que eles tinham medo de se infectar e infectar a família, além de saudades de casa por estarem afastados dos seus lares, estresse, desvalorização profissional, preocupação com a duração da epidemia, dentre outros problemas. Os estudos de Schmidt foram ainda mais além, dividindo entre os dois principais grupos afetados, que é a população e os profissionais de saúde.

Schmidt (2020), relatou que a população em geral sofre muito com as incertezas sobre a doença, seu avanço e controle, principalmente no que se diz respeito à disseminação de notícias falsas e orientações errôneas sobre a doença. De acordo com o autor, as pessoas que possuem a suspeita do novo coronavírus desenvolvem sintomas obsessivos-compulsivos (LI *apud* SCHMIDT, 2020).

Além disso, a presença da sociedade em relação à saúde, que provoca uma interpretação equivocada das sensações do corpo, deixando as pessoas confusas sobre a presença de sintomas da doença. O autor também relata que o distanciamento social, com o fechamento das escolas e a distância da família, diminui o contato da população face-a-face e das interações sociais, deixando a população com o nível de estresse avançado.

Sobre os profissionais de saúde, o autor discute sobre as principais dificuldades relatadas por eles, que são:

[...] risco aumentado de ser infectado, adoecer e morrer; possibilidade de inadvertidamente infectar outras pessoas; sobrecarga e fadiga; exposição a mortes em larga escala; frustração por não conseguir salvar vidas, apesar dos esforços; ameaças e agressões propriamente ditas, perpetradas por pessoas que buscam atendimento e não podem ser acolhidas pela limitação de recursos; e afastamento da família e amigos (TAYLOR *apud* SCHMIDT, 2020, p. 6).

Todos esses problemas acabam desencadeando dificuldades para os profissionais, surgindo como um gatilho para sintomas de ansiedade. Zhang *et al.* (2020) realizaram uma pesquisa com diversos médicos que atuavam no hospital durante a pandemia e revelaram que 73,4% dos participantes da

pesquisa relataram sintomas de estresse, 50,7% de depressão, 44,7% de ansiedade, e 36,1% de insônia. Além disso, ao passo que as medidas de prevenção do coronavírus para a sociedade em geral é pedir que a população fique em casa, os profissionais de saúde mantêm a sua jornada de trabalho, que por muitas vezes é aumentada.

Para diminuir esses sintomas é necessário que sejam tomadas intervenções psicológicas voltadas à população e aos profissionais de saúde para o enfrentamento das complicações na saúde mental por causa da pandemia. Por todo o mundo tem surgido medidas de levar acompanhamento psicológico a quem precisa, mesmo de maneira virtual.

Em 26 de março de 2020 foi publicada a Resolução nº 4, do Conselho Federal de Psicologia (CFP), que dispõe sobre a regulamentação de serviços psicológicos prestados através das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) durante a pandemia da COVID-19.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) publicou a Portaria nº 639, no dia 31 de março de 2020, que dispõe sobre a ação estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais de Saúde", que foi voltada à capacitação e cadastramento de profissionais da área da saúde para enfrentamento da covid-19, que incluía profissionais da Psicologia. Esses documentos consistem em medidas para diminuir os impactos causados pela pandemia na saúde mental da população em geral.

Vale ressaltar que todos os sintomas e situações comuns na sociedade foram intensificados durante a pandemia e as incertezas geradas por ela. Isto também vale para a gravidez, momento tão singular na vida da família e tão dificultado durante a pandemia, por suas características únicas. Levando em consideração a dificuldade encontrada na população em geral por conta da saúde mental na pandemia, percebe-se que a gravidez no período pandêmico pode afetar saúde mental das gestantes.

SAÚDE DA GESTANTE

A gravidez é o período da vida de uma mulher, em que ela passa por diversas transformações, tanto emocionais, quanto físicas e psicológicas.

Esse período não afeta apenas a gestante, mas seu parceiro, a família e todos em volta pela espera de uma nova vida.

Maldonado (1976) reflete que a gravidez é um momento que transforma os valores da mulher, não apenas fisiologicamente, mas também há mudanças sociais e psicológicas. A autora propõe o que chama de Intervenção Psicológica-Educacional (IPE), que consiste em conjugar as técnicas tradicionais com aspectos psicoterápicos. Com isso autora pretende que a ansiedade seja diminuída através de descarga de emoções, com o trabalho em conjunto entre o obstetra e o psicólogo, onde os dois possuem a função de auxiliar a gestante nesse momento tão decisivo para sua vida, tanto do ponto de vista de crescimento pessoal, quanto para o surgimento de uma nova vida e de uma nova estruturação para sua vida.

Sarmento e Setúbal (2003) também discutem acerca do assunto, refletindo que, com a evolução do conhecimento científico sobre a obstetrícia, proporcionou que o médico tenha um atendimento mais focado na paciente como pessoa, com seus sentimentos e ansiedades e sua história de vida. As autoras discutem, ainda que.

[...] os aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério são amplamente reconhecidos; sendo que a maioria dos estudos converge para a ideia de ser esse período um tempo de grandes transformações psíquicas, de onde decorre uma importante transição existencial. (SARMENTO; SETUBAL,2003, p. 262).

Devido aos impactos na saúde mental e no bem-estar psicológico devido às mudanças nas rotinas e relações familiares (SCHMIDT *et al.*, 2020), os efeitos da pandemia são dobrados em caso de gravidez, pois os cuidados triviais na saúde da gestante devem ser redobrados para proteger-se de uma possível infecção de COVID-19 e, também, de outras doenças.

A gestante torna-se ainda mais vulnerável no que diz respeito à sua saúde mental, principalmente por conta de situações ligadas à sua autoestima e experiências pessoais pré-existentes. Quartiero e Barrancos (2021), em reportagem à revista Veja, revelam que, para discutir a saúde mental das mulheres, precisa-se adotar um olhar além da perspectiva biológica e pensar as condições de gênero, que trazem implicações e exposições a diferentes riscos no sofrimento psicológico das mulheres em relação aos homens.

Uma pesquisa feita pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) revelou que, durante a pandemia da COVID-19, os efeitos psicológicos foram mais severos nas mulheres em comparação aos homens. A pesquisa concluiu que 40,5% das mulheres possuem sintomas de depressão, 37,3% com sintomas de estresse, e 34,9% com sintomas de ansiedade (SERAFIM, 2021).

Alves (2020, p.18) revelou que

Estudos efetuados recentemente na Itália e na China mostraram que o surto da COVID- 19 teve um impacto psicológico de moderado a severo em mulheres grávidas, potenciando um aumento significativo dos níveis de ansiedade, depressão e estresse. (ALVES, 2020, p.18).

Entretanto, sabe-se que essas mudanças foram além do nível físico dos impactos, pois os ajustes nas rotinas tornaram-se necessário por causa da pandemia. Além disso, a autora revela que o acompanhamento durante a gravidez, o parto e o puerpério, também sofreram alterações, para proteger a saúde da mãe e da criança. Alves (2020) revela, ainda que a vulnerabilidade psicológica, os sintomas de ansiedade e depressão da gravidez e o isolamento social contribuíram para os impactos na saúde mental da gestante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Covid-19 é uma patologia que é transmitida e disseminada de forma acelerada, que atinge diversos grupos de pessoas ocasionando inúmeras mortes. Neste sentido, faz-se relevante acompanhar as mudanças que ocorrem na saúde mental de grávidas no período pandêmico, visto que durante a gestação ocorrem diversas mudanças desde físicas à psicológicas.

O estudo em questão, trata-se da análise inicial de um estudo que fará um apanhado sobre a saúde mental das gestantes durante a Pandemia Covid-19, visto que os resultados gerais deste estudo podem colaborar com o entendimento sobre os desfechos e sobre as formas de lidar com os transtornos mentais decorrentes da Pandemia Covid-19, além de alertar as autoridades competentes para a importância da saúde mental desse grupo

populacional, de forma a reduzir as implicações psicológicas da pandemia nessa parcela da população.

De forma complementar, a revisão em questão pode colaborar com o entendimento sobre a saúde mental das gestantes em períodos de isolamento social e incertezas sobre o futuro.

REFERÊNCIAS

ABRIL. **OMS decreta pandemia do novo coronavírus:** saiba o que isso significa. [S. I.]: Veja, 2021. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina>. Acesso em: 3 nov. 2021.

ALVES, C. F. B. **Vinculação pré-natal e vivência psicológica da gravidez:** implicações da pandemia COVID-19?. 2020. 71 p. Dissertação (Mestre em Psicologia) - Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/33619/1/Claudia20Filipa20Barbosa20Alves.pdf>. Acesso em: 4 out. 2021.

AQUINO, ESTELA M. L. ET AL. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2423-2446, 2020.

ASMUNDSON, G. J. G.; TAYLOR, S. Coronofobia: medo e surto da COVID-19. **Journal of Anxiety Disorders**, n. 70, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.1>. Acesso em: 1 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 639, de 31 de março de 2020.** Dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Diário Oficial da União.

Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/>. Acesso em: 4 out. 2021.

BROOKS, S. K., WEBSTER, R. K., SMITH, L. E., WOODLAND, L., WESSELY, S. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução do exercício profissional nº4, de 26 de março de 2020.** Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. 2020. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/>.

DASA. **Coronavírus:** tudo sobre a COVID-19. 2020. Disponível em: www.dasa.com.br. Acesso em: 30 set. 2021.

GAINO, L. V.; SOUZA, J.; CIRINEU, C. T.; TULIMOSKY, T. D. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo.

Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog., Ribeirão Preto, v.14, n.2, p. 108-116, 2018 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php> Acesso em: 2 out. 2021.

GREENBERG, N., & RUBIN, G. J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912-920, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30). Acesso em: 1 out. 2021.

GRUBER, Arthur. COVID-19: o que se sabe sobre a origem da doença. **Jornal da USP**, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://jornal.usp.br/artigos>. Acesso em: 30 set. 2021.

INSTITUTO BUTANTAN. **Como surgiu o novo coronavírus?**: conheça as teorias mais aceitas sobre sua origem. 2021. Disponível em: <https://butantan.gov.br/covid/> Acesso em: 30 set. 2021.

LANA, R. M. et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, 2020.

MALDONADO, MARIA TEREZA P. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Petrópolis, Vozes, 1976, 118 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO) –1946. 2017 Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br>. Acesso em: 1 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Mental health**: a state of well-being. 2014. Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/. Acesso em: 1 out. 2021.

QUARTIERO, M. F.; BARRANCOS, L. Por que devemos falar mais sobre a saúde mental das mulheres. **Veja Saúde**, 2021. Disponível: <https://saude.abril.com.br/coluna/com-a-palavra/por-que-devemos-falar-mais-sobre-a-saude-mental-das-mulheres/>. Acesso: 03 maio 2022.

REUTERS, P. **Primeiro caso de COVID-19 pode ter surgido na China em outubro de 2019, diz estudo**. G1, 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar>. Acesso em: 30 set. 2021.

SARMENTO, R.; SETUBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v.12, n. 3, p. 261-268, jul. /set. 2003. Disponível em: <https://d1wqxts1xzle7.cloudfront.net/>. Acesso em: 4 out. 2021.

SCHMIDT, B.; CREPALDI, M. A.; BOLZE, S. D. A.; NEIVA-SILVA, L.; DEMENECH, L. M. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 1 out. 2021.

SEGATA, J. Covid-19, biossegurança e antropologia. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 26, n. 57, p. 275-313, 2020.

SERAFIM, A. P. et. al. Estudo exploratório sobre o impacto psicológico do COVID-19 na população brasileira em geral. **PLoS ONE**, v. 16, n. 2, 2021. Disponível em: <https://journals.plos.org>. Acesso em: 4 out. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 03 maio 2022.

ZHANG, C.; YANG, L.; LIU, S.; MA, S.; WANG, Y.; CAI, Z.; ZHANG, B. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, n. 306, p. 1-9, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00306>. Acesso em: 4 out. 2021.

**Capítulo
07**

FATORES DE RISCOS PARA OBESIDADE INFANTIL

Daiane Sampaio Araujo¹; Marcelina Lopes Xavier Gama ¹;
Suziane Cutrim Silva¹; Antonio da Costa Cardoso Neto²;
Bruna Cruz Magalhães³; Brenda Steffane Viana Vasconcelos⁴;
Jéssica Rayanne Vieira de Araújo Sousa⁵; Carlos Alberto Goncalves Colares⁶

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia-FSL;

²Doutor em Saúde Coletiva pela UFMA , Ph.D em Saúde Pública pela Universidade de Ciências Empresariales y Sociales, UCES, Argentina e Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia – FSL; ³ Mestra em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁴ Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão, UEMA. Especialista em Docência em Ciências da Saúde e Cardiologia e Hemodinâmica pelo Instituto Brasilero de Formação, UNIBF. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia. Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ⁵ Especialista em Gestão em Saúde, Gestão Pública pela Universidade Estadual do Maranhão e Enfermagem em Saúde da Família pela Faculdade UNIBF. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Luzia – FSL; ⁶Mestre em Filosofia Religiosa pela Faculdade de Tecnologia Hokemâh – FATEH. Graduado em Filosofia pela UECE. Docente da Faculdade Santa Luzia

RESUMO:

A obesidade é uma desordem da composição corporal caracterizada por um excesso absoluto ou relativo de massa gorda, levando a um aumento do índice de massa corporal (IMC). Independentemente de sua etiologia, o evento final é uma ingestão calórica superior ao gasto energético, levando ao acúmulo de tecido adiposo. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, elaborado mediante a análise de revisão de outros estudos já existentes, com objetivo de conhecer os fatores de riscos para obesidade infantil. No presente trabalho foram incluídos 18 estudos relevantes do levantamento bibliográfico relacionado ao tema. Conclui-se o presente trabalho chamando atenção das autoridades competentes para promoção de atividades educativas que priorizem sobremaneira oportunidades para a participação da família, da criança com excesso de peso em atividades que promovam a inclusão e a aprender a praticar novos comportamentos que podem influenciar de forma positiva em sua vida.

Palavras-chave: Obesidade infantil; Hábitos alimentares; Prevenção; Fatores de riscos.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, em um nível que compromete a saúde dos indivíduos, caracteriza-se com obesidade infantil crianças de até 12 anos com excesso de peso corporal (WANDERLEY; FERREIRA, 2010). Ela é vista como um grave problema de saúde pública, que se manifesta em todas as faixas etárias, acarretando diversas complicações na vida cotidiana dos indivíduos. Um dos melhores meios para sua estabilidade, é por meio do estilo de vida e hábitos alimentares.

Por se tratar de uma doença multifatorial, é considerada uma epidemia, que vem crescendo de forma preocupante não apenas na sociedade brasileira contemporânea, mas em nível mundial (ROCHA, 2013).

O pilar desse estudo é compreender os riscos que essa doença traz para vida das crianças. Assim é importante conhecer os fatores que desde do início da vida favorece o desenvolvimento da obesidade infantil, tais como: peso materno, diabetes gestacional, alimentação com diferentes tipos de fórmulas lácteas, introdução precoce de alimentos sólidos, padrões acelerados de ganho ponderal nos primeiros meses de vida, baixo nível educacional dos pais, alto peso ao nascer, obesidade na família e tempo de tela excessivo, televisão e jogos eletrônicos (PEREYRA *et al.*, 2021).

É essencial identificar esses fatores, para promover os meios de prevenção. Dessa forma, no acompanhamento do desenvolvimento e crescimento infantil podem ser realizadas as intervenções alimentares. Portanto, incentivar a participação das crianças no planejamento e preparo das refeições, fazer um bom planejamento alimentar, são meios que podem ser incorporados no combate a má alimentação (BRASIL, 2020a).

Nesse contexto, percebe-se que uma alimentação saudável se torna uma tarefa difícil, tanto nas famílias de classe alta, quanto na classe média, pois os contextos socioeconômicos influenciam constantemente no consumo excessivo de açúcar, sal e gordura, aumentando os níveis de obesidade infantil. Nesse sentido, fazer um bom monitoramento da evolução da criança é o primeiro passo para identificar o excesso de peso. O diagnóstico de obesidade na infância depende das medidas de peso, altura, data de

nascimento e sexo, a depender da classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) por idade (BRASIL, 2020a).

Existem diversos meios para combate da obesidade infantil como os programas e projetos da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: Programa de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Promoção da Alimentação Saudável, Ações de Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno, Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). (REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2014).

O desenvolvimento infantil é um processo contínuo e muito intenso e cuidar de uma criança, alimentá-la e educá-la não são trabalhos de uma única pessoa, mas tarefa de todos que estão ligados, direta ou indiretamente na vida desse ser humano. Nesse sentido, podemos afirmar que a proteção da infância é responsabilidade de toda sociedade (BRASIL, 2018).

A obesidade nessa faixa etária, é também considerada uma doença crônica que causa grande impacto na saúde pública no mundo inteiro. Tendo cada vez mais um crescimento acelerado. É percebida também como um fator de risco para a ocorrência de outras patologias (câncer, hipertensão, diabetes, esteatose entre outras).

Realizar essa revisão bibliografia identificando o peso dessa comorbidade na vida de cada portador da obesidade, foi de suma importância para compreender de forma clara e objetiva, o quanto a sociedade necessita urgente, manter o controle e a prevenção dela, pois já apresenta uma alta estimativa de novos casos no mundo. Além disso, o presente estudo pode contribuir para aprimorar mais o conhecimento científico sobre o tema exposto.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, elaborado mediante a análise de revisão de outros estudos já existentes, com a finalidade de conhecer os fatores de riscos para obesidade infantil. A literatura revisada fundamentou-se na análise de artigos científicos, revistas e leitura de livros da biblioteca virtual, os quais foram selecionados 31 pela sua especificidade e periodicidade.

A pesquisa foi realizada no período de agosto a dezembro de 2021. Foram incluídos os 18 mais relevantes do levantamento bibliográfico relacionado ao objeto do presente estudo.

REVISÃO DE LITERATURA

SAÚDE INFANTIL NA GESTAÇÃO

A falta de cuidados a saúde materna na gestação pode provocar impactos negativos na saúde da mãe e do filho por todo o seu ciclo de vida, do nascimento ao óbito. Pois a mulher necessita de cuidados antes mesmo da concepção da gravidez.

O padrão seria a obtenção do peso normal antes da gestação, interferindo não só na concepção, mas também para se evitarem complicações no período da gestacional. Esse olhar amplo sobre a prevenção é de grande relevância principalmente para as mulheres que já são obesas, onde mesmo com tantas recomendações, existem muitas dificuldades para manter o equilíbrio do corpo, outro fator que dificulta é a gravidez não planejada, e a modificação no estilo de vida, é considerada uma função difícil (NOGUEIRA; CARREIRO, 2013).

No entanto, o foco ao longo da gravidez não é a ausência de peso, mas garantir o ganho de peso adequado para cada gestante, baseado no IMC pré-gestacional, evitando, assim o aumento da massa corporal. Dado o fato de que a obesidade excessiva ao longo da gravidez constitui importantes fatores de risco para a mãe e para o feto. Além disso, mulheres que ganham peso excessivo no período gestacional têm três vezes mais risco de manter esse aumento após o parto e aumentar ainda mais em gestações subsequentes, havendo a necessidade da uma alimentação balanceada e exercício físico supervisionado (NOGUEIRA; CARREIRO, 2013).

Os fatores que mais se associa em crianças a nasceram obesos são: a obesidade materna, ganho excessivo de peso durante a gravidez, diabetes na gestação e o tipo de parto.

O excesso de tecido adiposo materno afetaria o concepto desde sua fase embrionária até o parto. Estudos realizados por Mattar *et al*, (2009), refere

que a taxa de malformações fetais é maior em mulheres obesas do que naquelas com peso normal; O excesso de tecido adiposo parece interferir no metabolismo dos folatos, o que explicaria a maior incidência de defeitos do tubo neural entre as obesas, mesmo naquelas que recebem suplementação de ácido fólico nas doses recomendadas; O risco de óbito fetal é também significativamente maior entre as mulheres com peso acima da média, por motivos ainda desconhecidos; A macrossomia fetal é mais frequente entre as obesas, independente da associação com diabetes; Ou seja, as obesas têm maior probabilidade de terem filhos obesos e acarretar problemas na vida adulta (MATTAR *et al.*, 2009).

A macrossomia fetal é a complicaçāo mais frequente em filhos de gestantes obesas, mesmo naquelas que não desenvolveram DMG. Existe associação direta entre IMC e risco de macrossomia, decorrente do aumento da resistência à insulina em grávidas obesas, o que leva à hiperinsulinêmica fetal, importante fator para o crescimento intrauterino. Nas últimas semanas de gestação contribui um aumento da disponibilidade de glicose, aminoácidos e ácidos graxos livres para o feto, contribuindo para o crescimento fetal excessivo (NOGUEIRA; CARREIRO,2013).

O ganho de peso total na gravidez, também conhecido como ganho de peso gestacional, é determinado por vários componentes necessários para manter o crescimento do feto e sustentar a mãe, além de manter os órgãos maternos (útero, mama e sangue), as reservas maternas – tecido adiposo – e os produtos da concepção (placenta e feto). As mulheres duplicam o seu volume de sangue; e seus ligamentos e articulações relaxam para acomodar o útero em expansão (NOGUEIRA; CARREIRO,2013).

Em meados do século XX, recomendava-se a redução calórica para se restringir o ganho de peso materno excessivo, com o objetivo de se evitar a macrossomia (bebês grandes) e os partos cesáreos, bem como para a redução da incidência de pré-eclâmpsia, obesidade, mortalidade infantil, no entanto com os perigos e recomendações, ainda é comum mulheres ganharem mais peso que o recomendado (NOGUEIRA; CARREIRO,2013).

Outro fator é a diabetes mellitus gestacional (DMG) é definido como qualquer grau de intolerância à glicose, com início ou primeiro reconhecimento durante a gestação. Esta definição se aplica independentemente do uso de

insulina ou se a condição persiste após o parto e não exclui a possibilidade de a intolerância à glicose ter antecedido a gravidez. A principal complicaçāo fetal em mulheres com DMG é a macrossomia, que se associa à obesidade infantil e ao risco aumentado de síndrome metabólica (SM) na vida adulta (BOLOGNANI; SOUZA; CALDERON, 2011).

Estudos de Moraes (2014), relata que a passagem pelo canal vaginal no momento do parto, influencia na colonização do Trato Gastrointestinal (TGI) do recém-nascido. Nesse sentido, em recém-nascido de parto cesáreo pode ocorrer o desenvolvimento da microbiota do TGI de forma tardia, tendo início no período pós-parto dependendo do tipo e duração da amamentação.

Evidencias demonstram que o desenvolvimento tardio da microbiota do TGI pode alterar as respostas imunológicas, o metabolismo, a permeabilidade intestinal e a motilidade digestiva provocando deficiēcia das funções imunes e metabólicas do hospedeiro, favorecendo o aparecimento de doenças como diabetes, obesidade, doenças digestivas, neurológicas, autoimunes e neoplásicas ou seja os que nascem de parto normal tendem a ter bactérias mais favoráveis, enquanto os que nascem de cesáreo apresentam uma microbiota que favorece o aumento de massa corporal (LIMA; SOUSA; PINTO, 2019). Por isso, a orientação no acompanhamento do pré-natal se faz indispensável na vida das gestantes para prevenir e detectar patologias precocemente materna e fetal, permite que o feto se desenvolva de forma saudável, promovendo a saúde de ambos (BRASIL, 2000).

A saúde da criança aos longos dos anos não apresentava tanta preocupações, sendo que no século XI, a criança era mundialmente percebida apenas como um adulto em miniatura, As crianças eram vistas como um instrumento para as famílias, agentes passivos, amedrontadas pelos cruéis castigos físicos, permanecendo constantemente submetidas ao serviço e ao poder paternos, quando não abandonadas em casas de caridade ou hospitalais, se alimentavam mal, apresentavam péssimas condições de higiene e seus lares eram desprovidos de saneamento básico (ARAUJO *et al.*, 2014).

Na década de 1920, as autoridades públicas e privadas demonstraram preocupação com o adoecimento infantil, e entre 1930 e 1940, iniciaram-se os programas de proteção à maternidade, à infânciā e à adolescēncia, todos submetidos às propostas do Departamento Nacional da Criança (DNCr). Foram

instituídas algumas ações de vigilância e educativas, envolvendo a mulher em todo ciclo gravídico-puerperal. Nesses períodos deve um impacto maior na saúde infantil (ARAUJO *et al.*, 2014).

Na década de 1970, foi implantado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, apresentando como objeto a redução da morbimortalidade entre crianças e mães. Iniciaram as ações com caráter preventivo (BRASIL, 2011).

Percebe-se que existem muitas dificuldades e desfechos na luta contra a mortalidade infantil no mundo inteiro, é um processo continuo e em construção, onde os membros envolvidos necessitam desenvolver suas atividades, na qualidade de vida desde do aconselhamento para uma vida sexual saudável com os adolescentes, para o espaço escolar como campo de promoção da saúde, passando pelo pré-natal, parto e cuidados imediatos com o recém-nascido, buscando a diminuição dos agravos no período perinatal (ARAUJO *et al.*, 2014).

Dessa forma, é necessário que se faça uso dos parâmetros antropométricos usualmente utilizados para avaliar a condição nutricional de crianças são: peso, estatura (altura ou comprimento), o perímetro cefálico, torácico, braquial além do abdominal que também podem ser utilizados.

OBESIDADE INFANTIL

A obesidade é uma desordem da composição corporal caracterizada por um excesso absoluto ou relativo de massa gorda, levando a um aumento do índice de massa corporal (IMC). Independentemente de sua etiologia, o evento final é uma ingestão calórica superior ao gasto energético, levando ao acúmulo de tecido adiposo (NERI *et al.*, 2017).

Está estabelecido que a melhor forma para definir obesidade é por meio do IMC, dividindo-se o peso em quilogramas pela altura em metros elevada ao quadrado. Em crianças e adolescentes, são usadas curvas de percentil ou escore z para a idade (NERI *et al.*, 2017).

Atualmente as curvas preconizadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria são as da Organização Mundial da Saúde (OMS): indivíduos com IMC acima do percentil 85 ou acima de um desvio padrão (+1 escore z) são

considerados como acima do peso ou com sobrepeso, e com IMC acima de 97 ou acima de dois desvios padrão (+2 escore z), como obesos. Em crianças menores de 5 anos, é considerado sobrepeso se IMC acima de +2 escore z e obesidade acima de +3 escore z (NERI *et al.*, 2017).

A obesidade é uma doença de etiologia multifatorial, que envolve aspectos genéticos, metabólicos, nutricionais, socioeconômicos, culturais, psicológicos e hábitos de vida. E pode ocorrer depósito de gordura em várias partes do corpo, como coração, músculos e fígado, levando a diversas complicações, como a esteatose hepática (LIMA, 2007).

O nível socioeconômico constitui-se em um fator determinante do aumento da obesidade, pois interfere na disponibilidade de alimentos, no acesso à informação, bem como pode estar associado ao estilo de vida, e aos padrões da inatividade física, onde estão relacionados com a educação, ocupação e renda (BARBOSA *et al.*, 2009)

Essa patologia pode ser dividida em obesidade de origem exógena a mais frequente e endógena. Para a endógena, deve-se identificar a doença básica e tratá-la. A obesidade exógena origina-se do desequilíbrio entre ingestão e gasto calórico, devendo ser manejada com orientação alimentar, especialmente mudanças de hábitos e otimização da atividade física (MELLO *et al.*, 2004).

A maioria dos casos de obesidade infantil é de origem exógena apresentando cerca de 95% dos casos e tem como: histórico familiar o excesso de ingestão alimentar, sedentarismo, relacionamento intrafamiliar, desmame precoce, introdução precoce de alimentos sólidos, substituições de refeições por lanches e dificuldade nas relações interpessoais (MONTEIRO, VIEIRA, 2013).

A obesidade infantil é um problema atual com várias implicações na vida da pessoa humana. Uma criança com obesidade tem maior probabilidade de vir a desenvolver patologias na sua vida futura, que lhe dificultarão tanto a vida pessoal como social. Constitui-se um importante problema de Saúde Pública.

De acordo com Mello *et al.* (2004) a obesidade é um fator de risco que traz diversas complicações na infância e na vida adulta dentre elas estão: Articulares: maior predisposição a artroses, osteoartrite; Cardiovasculares: Hipertensão arterial sistêmica Hipertrofia cardíaca; Cirúrgicas: Aumento do

risco cirúrgico com a bariátrica; Crescimento: Idade óssea avançada, aumento da altura Menarca precoce; Cutâneas: Maior predisposição a micoses, dermatites e piodermites; Endócrino - metabólicas: Resistência à insulina e maior predisposição ao diabetes Hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia; Gastrointestinais: Aumento da frequência de litíase biliar esteatose hepática e esteatohepatite; Mortalidade: Aumento do risco de mortalidade; Neoplásicas: Maior frequência de câncer de endométrio, mama, vesícula biliar, cólon/ reto, próstata; Psicossociais: Discriminação social e isolamento Afastamento de atividades sociais Dificuldade de expressar seus sentimentos; Respiratórias: Tendência à hipóxia, devido a aumento da demanda ventilatória, aumento do esforço respiratório, diminuição da eficiência muscular, diminuição da reserva funcional, microectasias, apneia do sono, síndrome de Pickwicky Infecções Asma.

Além de acarretar diversas doenças físicas, o desequilíbrio do peso corporal, afeta a saúde psicológica da criança provocando, depressão, ansiedade, dificuldade de ajustamento social, sofre preconceito, diminuição na autoestima, insatisfeita com sua autoimagem. Sendo que na infância a obesidade pode ser ainda mais difícil do que na fase adulta, pela falta de entendimento da criança quanto aos danos causados pela má alimentação por exemplo (MONTEIRO, VIEIRA, 2013).

PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL

A prevenção é o melhor meio para combater os números significativos da obesidade infantil os fatos apontam para uma mudança de estilo de vida, que requer dedicação e vontade para alterar o cotidiano que hoje, de certa forma, é muito confortável e prático. Para conseguir alcançar esse objetivo, precisam trabalhar como uma grande equipe, na qual família, escola, médicos, nutricionistas e professores de educação física trabalhem juntos, sendo assim entenda a função de cada um (BARBOSA, 2009).

A informação e a educação são armas eficazes contra a obesidade infantil. O ambiente escolar pode ajudar neste processo, pois é um local em

que, naturalmente, a circulação e a multiplicação do conhecimento ocorrem de modo intenso e apurado.

A escola é um espaço social em que diferentes pessoas interagem e convivem, formando uma verdadeira comunidade. Sendo assim é um local apropriado para a realização de atividades e práticas de educação em saúde, particularmente de educação para alimentação saudável e incentivo à atividade física (BARBOSA, *et al.*, 2009).

Mostrando a importância de se ter cantinas que ofereçam opções saudáveis na hora do lanche. Os alimentos oferecidos nesses pequenos lanches, incluindo o lanche da escola (merenda), devem ter um valor nutricional adequado, para que não comprometam a aceitação das refeições posteriores. Pois um grande erro alimentar é permitir que a criança coma mais no horário dos lanches do que no horário das refeições principais. Assim é interessante que os lanches contenham uma fonte de carboidratos, proteína e vitaminas. E também manter o diálogo com a criança sobre a alimentação (BARBOSA, *et al.*, 2009).

É tarefa do professor de Educação Física preparar o aluno para ser um praticante lúcido e ativo, que incorpore o esporte e os demais componentes da cultura corporal em sua vida, para deles tirar o melhor proveito possível, principalmente saúde e bem-estar.

A família é a principal chave para a mudança no estilo de vida, onde existem formas diferentes de lidar com essa situação difícil; algumas famílias fazem da criança o foco da vida familiar, outras fingem que o problema não existe. Mas existem duas verdades básicas para todas as famílias. Os pais influenciam constantemente o relacionamento de seus filhos com os alimentos, com as atividades e com eles próprios, por meio da atitude (NUNES; MORAIS, 2012).

Com a participação da família, a criança com excesso de peso não se sentirá excluída e poderá aprender a praticar novos comportamentos com os exemplos positivos das pessoas mais importantes da sua vida. Além de ensinar as crianças a fazer escolhas saudáveis, seu papel também precisa ser o de modelo e participante e você também deve atuar como um sistema de apoio. Quando todos os membros da família se reúnem em atividades positivas, a

criança com excesso de peso recebe a ajuda necessária, mas, acima de tudo, todos ficam mais unidos e saudáveis (NUNES; MORAIS, 2012).

O ministério da saúde lançou a campanha Vamos prevenir a obesidade infantil: 1,2,3 e já! Uma doença que afeta milhares de crianças no Brasil: a obesidade infantil é motivo de alerta. O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (Enani) revelou que 7% das crianças brasileiras menores de cinco anos estão com excesso de peso e 3% estão obesas. Incentivar a alimentação saudável, a diminuição do sedentarismo e ações voltadas para a saúde das crianças é papel de toda a sociedade (BRASIL, 2021).

Os dados da pesquisa, feita em 2019, mostram uma maior prevalência de obesidade infantil nas regiões Nordeste (3,4%), Sul (3,4%) e Sudeste (3,1%). As regiões Norte apresentaram 1,9% e a Centro-Oeste 2,1%. O estudo revelou ainda que já estão em risco de sobrepeso, 22,2% das crianças da região Sul, 18,4% da região Sudeste, 18,2% da região Nordeste, 16,4% da região Norte e 14,5% da região Centro-Oeste. O levantamento avaliou 14.558 crianças com idade de 0 a 59 meses (BRASIL, 2021). A ideia é incentivar as crianças a seguirem três passos simples para evitar o sobrepeso: alimentação saudável, atividade física e brincadeiras longe das telas da TV, celulares e jogos eletrônicos (BRASIL, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por ser a obesidade infantil uma doença visível e de elevada prevalência mundial, por meio do presente estudo, foi possível identificar os fatores que causa tal patologia considerada de grande relevância na sociedade no contexto econômico e social. O estudo considera que no manejo para uma vida saudável se encontra muitas dificuldades, pois além de muitos não ter condições para obter uma boa alimentação ou executar uma atividade física, existe aqueles que ao nascer, já apresentam possibilidades de ser obeso.

Conclui-se o trabalho chamando atenção das autoridades competentes para promoção de atividades educativas que priorizem sobremaneira oportunidades para a participação da família, da criança com excesso de peso em atividades que promovam a inclusão em exercícios físicos educativos que

possibilitem a criança e à família aprender a praticar novos comportamentos que podem influenciar de forma positiva em sua vida.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Juliane Pagliari; SILVA, Rosane Meire Munhak da; COLLET, Neusa; NEVES, Eliane Tatsch; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; VIERA, Cláudia Silveira. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. I.], v.67, n.6, p. 1000-1007, 2014.

BARBOSA, Janine Maciel CABRAL, Poliana Coelho; LIRA, Pedro Israel Cabral de, FLORÊNCIO, Telma Maria de Menezes Toledo. Fatores socioeconômicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda do Nordeste brasileiro. **ALAN**, [S. I.], v. 59, n. 1, p. 22-29, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.** Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 80 p.

BARBOSA, Vera. Lúcia. **Prevenção da Obesidade na Infância e na Adolescência:** Editora Manole, 2009. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520444238/>. Acesso em: 14 out. 2021.

BOLOGNANI, Cláudia Vicari; SOUZA, Sulani Silva de; CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos. Diabetes mellitus gestacional: enfoque nos novos critérios diagnósticos. **Com. Ciências Saúde**, [S. I.], v.22, n. 1, 2011. p. 31-42

BRASIL. Ministério da saúde. **Assistência pré-natal.** Biblioteca virtual em saúde do Ministério da Saúde. Mato Grosso do Sul, 2000. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/90prenatal.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos.** Brasília – DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Em lançamento de campanha sobre a obesidade infantil, ministério da saúde anuncia R\$ 90 milhões para a prevenção da doença,** 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/em-lancamento-de-campanha-sobre-obesidade-infantil-ministerio-da-saude-anuncia-r-90-milhoes-para-prevencao-da-doenca>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Obesidade Infantil: como prevenir desde cedo, 2020.** Disponível em: <https://saudebrasil.saude.gov.br/ter-peso-saudavel/obesidade-infantil-como-prevenir-desde-cedo>. Acesso em: 27. out. 2020.

LIMA, Francisco Jamilton Bezerra; SOUSA, Naiane Maria de; PINTO, Ana Carolina Matias Dinelly. Relação do tipo de parto na constituição da microbiota infantil. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)**, [S. I.], v. 5, n. 1, 2019.

LIMA, Rodrigo Maciel. Obesidade: o mal do século. **PERSPECTIVAS ONLINE, Campos dos Goytacazes**, v.1, n.2, p.86-99, 2007.

MATTAR, Rosiane; TORLONI, Maria Regina; BETRÁN, Ana Pilar; MERIALDI, Mario. Obesidade e gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n.3, p. 107-110, 2009.

MELLO, Elza D. de; LUFT, Vivian C.; MEYER, Flavia. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?. **Jornal de pediatria**, v.80, n.3, p. 173-182, 2004.

MONTEIRO, U. G.; VIEIRA, F. O. Fatores desencadeadores da obesidade infantil. **Acervo da Iniciação Científica**, n. 2, 2013.

NERI, Lenycia.de.Cassya. L.; MATTAR, Larissa.Baldini. F.; YONAMINE, Glauce. H.; NASCIMENTO. **Obesidade Infantil**.: Editora Manole, 2017. Disponível em:
<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520454428/>. Acesso em: 12 out. 2021.

NUNES, M. C. A.; MORAIS, N. A. As relações familiares de crianças obesas: uma análise dos discursos maternos. **Clínica & Cultura** v.1, n.1, ago-dez, p. 68-82, 2012.

NOGUEIRA, Anelise Impelizieri; CARREIRO, Marina Pimenta. Obesidade e gravidez. **Rev Med Minas Gerais**, v.23, n.1, p. 88-98, 2013.

PEREYRA, Isabel; GÓMEZB, Andrea; JARAMILLOB, Karina ; FERREIRA, Augusto. Peso ao nascer, ganho ponderal e obesidade em crianças no Uruguai: Estudo prospectivo desde o nascimento. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 39, 2021.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA. **Plano Nacional da Primeira Infância/Projeto Observatório Nacional da Primeira Infância: Mapeamento da ação finalística evitando acidentes na primeira infância**. 2014.

ROCHA, L.M. **Obesidade Infantil: uma revisão bibliográfica**. Belo Horizonte MG. 2013.

WANDERLEY, Emanuela Nogueira; FERREIRA, Vanessa Alves. Obesidade: uma perspectiva plural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 185-194, 2010.

Capítulo

08

OS FATORES QUE LEVAM AO DESMAME PRECOCE E SUAS IMPLICAÇÕES NUTRICONAIS ANTES DOS SEIS MESES DE IDADE

Eunice da Silva Sousa¹; Juliette Rocha Silva¹;
Marcelly Silveira Silva Lopes¹; Aldenize Moreira de Sousa¹;
Brenda Steffane Viana Vasconcelos²; Antonio da Costa Cardoso Neto³;
Bruna Cruz Magalhães⁴; Gracilene Oliveira da Silva⁵.

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia-FSL; ² Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão, UEMA. Especialista em Docência em Ciências da Saúde e Cardiologia e Hemodinâmica pelo Instituto Brasileiro de Formação, UNIBF. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ³Doutor em Saúde Coletiva pela UFMA, Ph.D em Saúde Pública pela Universidade de Ciências Empresariales y Sociales, UCES, Buenos/Aires Argentina. Graduado em Enfermagem – UNICEUMA, Graduado em Pedagogia – UEMA. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁴Mestre em Saúde do Adulto pela Universidade Federal do Maranhão. Especialista em Nutrição esportiva. Professora da Faculdade Santa Luzia; Especialista em Terapia Intensiva e Suporte Ventilatório - FACREDENTOR. Docente da Faculdade Santa Luzia – FSL.

RESUMO:

A Organização Mundial de Saúde - OMS recomenda que as mães, a nível global, amamentem exclusivamente os bebés durante os primeiros seis meses de vida com emocionais ideais. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura dentro do recorte temporal de dezenove anos que objetiva identificar os fatores que levam ao desmame precoce e suas implicações nutriconais antes dos seis meses de idade. O desmame precoce pode causar graves prejuízos à saúde dos lactentes, pois os alimentos introduzidos são inadequados do ponto de vista nutricional e expõe a criança a organismos infecciosos, causando reflexos no desenvolvimento infantil. Conclui se o presente estudo chamando atenção das autoridades competentes para a necessidade de superar os obstáculos que afligem as nutrizes durante o período de amamentação. É indispensável a intensificação das ações de incentivo e apoio ao aleitamento materno em hospitais e unidades de saúde para empoderar as nutrizes e fortalecer os profissionais da saúde na função educativa mais assertiva na prática da amamentação.

Palavras-Chave: Desmame Precoce; Amamentação; Aleitamento Materno.

INTRODUÇÃO

Amamentar é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, é uma estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança, constitui a mais afetiva, acessível e eficiente intervenção, com a capacidade de reduzir a morbimortalidade infantil (SOUZA et al, 2021).

O leite materno consiste em um alimento completo e apropriado às necessidades da criança em seus primeiros seis meses de vida, possui vitaminas, água e fatores de desenvolvimento, contém proteínas e minerais apropriados e de fácil absorção, assim como lipídeos com quantidade satisfatória de ácidos graxos essenciais, lipase para digestão, ferro em baixa proporção e de boa absorção (FREIRE, 2015).

Segundo Freire (2015), a amamentação é indiscutivelmente o nutrimento ideal para os lactentes, devido às inúmeras vantagens que proporciona.

Por essa razão, a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Brasil, orientam o aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida e até dois anos, complementado a outros alimentos. Sua eficácia necessita de uma sequência de fatores, que envolvem desde os fatores biopsicossociais até a atuação do enfermeiro no período puerperal (BUENO, 2016).

A amamentação proporciona inúmeros benefícios para as nutrizes, como a prevenção ao câncer de mama, aceleramento no declínio uterino, assim como, considera que o tempo de aleitamento materno está associado com a diminuição do peso no pós-parto. Mas, apesar dos diversos fatores benéficos do Aleitamento Materno (AM), há uma diminuição do número de mães que amamentam suas crianças até os seis meses de vida, período este que é fundamental para que a criança possa crescer saudável. A consequente ausência da amamentação tem como fatores o ingresso da mulher no mercado de trabalho, diversas histórias em torno do aleitamento materno, tais como, flacidez das mamas, leite enfraquecido, ausência de suporte familiar, entre outros. Desde a antiguidade as mães amamentam seus filhos, porém, o aleitamento materno vem sofrendo mudanças culturais, resultando em rejeição de algumas mães quanto à prática de amamentação (BEYER, 2019).

A interrupção do AME ou a inclusão de outros alimentos justifica-se por diversos motivos, sendo eles: carência orgânica da progenitora, problemas com o neonato, grau social, econômico e de escolaridade, idade, ocupação da nutriz, urbanização, circunstâncias de parto, incentivo do companheiro e de familiares, intuito da mãe em amamentar, alterações no alicerce familiar (LIMA, NASCIMENTO e MARTINS, 2018).

Mesmo que a nutriz faça parte de uma equipe de saúde, ela também está suscetível a passar pela mesma pressão familiar, social e emocional. Por isso é fundamental intervir da mesma maneira que as outras, pois a orientação profissional vem para potencializar a autoconfiança na capacidade de amamentar (ALMEIDA, LUZ e UED, 2015).

O desmame possui uma relação direta com a morbimortalidade infantil, tais situações podem ocorrer por inúmeros fatores que variam desde a falta de conhecimento por parte das mães, indicação médica para a interrupção do aleitamento Apesar dos esforços do Ministério de Saúde (MS) e das Estratégias de Saúde da Família (ESF) por meio de seus programas junto às famílias e gestantes, a prática do desmame precoce ainda se torna motivo de grandes preocupações. Neste contexto observado, é de suma importância a realização deste estudo para identificar os principais motivos que ocasionam o cessamento do aleitamento materno.

Diante deste contexto, o presente trabalho tem como objetivo identificar os fatores que levam à interrupção do aleitamento materno antes dos seis meses de idade por meio de revisão de literatura integrativa.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo configurado como revisão integrativa da literatura a partir de artigos científicos com a temática voltada para identificar os fatores que levam ao desmame precoce e suas implicações nutriconais antes dos seis meses de idade. Foram utilizados como base para esta pesquisa documental artigos científicos relevantes nas seguintes bases de dados: LILACS, PUBMED e Scielo, dentro do recorte temporal de 2003 a 2020. Através da busca foram encontrados quarenta artigos, desta forma, a partir da leitura dos títulos, resumos e íntegra, foram utilizados artigos publicados nos últimos dez anos.

Portanto, mediante a seleção foram descartados dezesseis artigos que não se encaixavam no critério de inclusão, dentre os artigos foram selecionados, totalizou-se vinte e quatro artigos para construção desta revisão de literatura.

REVISÃO DE LITERATURA

A gestação traz para a mãe sentimentos conflituosos que ampliam sua vulnerabilidade emocional, tanto na gestação como durante todo o processo de amamentação.

Ao longo da História da humanidade, nem sempre a amamentação foi tão incentivada e enaltecida como na sociedade atual (BADINTER, 2008).

A amamentação pode despertar na mulher sentimentos ambíguos e contraditórios, oscilando entre um desejo prazeroso ou um fardo obrigatório. A decisão de amamentar depende do referencial de cada mulher, é algo complexo que envolve sentimentos de culpa devido ao modelo assistencial vigente que responsabiliza a mãe pela saúde de seus filhos (ALMEIDA; RAMOS, 2013).

Logo na primeira hora após o nascimento deve-se iniciar a amamentação. Nesse primeiro momento, o recém-nascido está alerta e atento, com o reflexo de sucção ativo, o que, em consequência, estimula precocemente a produção de ocitocina e prolactina, com exceção dos casos de prematuridade e ou trauma durante o trabalho de parto ou de RN portador de alguma patogenia que interfira nesse processo (BRASIL, 2009).

O ato de amamentar é a melhor opção para qualidade de vida dos bebês e mães, tanto na parte fisiológica, nutricional, quanto na parte psicológica e afetiva.

A amamentação desenvolve um vínculo afetivo, favorece a saúde da mulher e aumenta o intervalo entre os partos. O aleitamento ao seio é um ato ecológico, econômico e prático (BRUDER, 2018).

O aleitamento materno é sinônimo de sobrevivência para o recém-nascido, portanto, um direito inato. É uma das maneiras mais eficientes de atender aos aspectos nutricionais, imunológicos e psicológicos da criança em seu primeiro ano de vida (ICHISATO; SHIMA, 2011).

Segundo João Agripino Guerra de Almeida (2010), o leite materno é considerado o melhor alimento para a criança, uma vez que este contém todos

os nutrientes indispensáveis para uma boa nutrição e para o seu desenvolvimento nos primeiros seis meses de vida. Além disso, contém na sua composição outras substâncias (por exemplo, fatores de crescimento) necessárias para um bom desenvolvimento do bebê.

Entretanto, não basta orientar e estimular o aleitamento, especialmente em casos de primeiro parto, pré-natal. Ainda que motivada a amamentar, a mãe sem conhecimentos da importância de amamentar, deixa a vitória às pressões diante de informações erradas, crenças, tabus e falta de apoio da família e da comunidade, além de receber orientações diferentes e até contraditórias de cada profissional de saúde que lhe presta atendimento, e desmama seu filho. Esse quadro é agravado pelo fato de que várias equipes atendem as mães desde o pré-natal até a alta da unidade de internação, não apresentando continuidade e coerência nas informações passadas. Ainda que aconteçam divergências entre os profissionais que atendem mãe e recém-nascido, deve haver a preocupação de, através de reuniões, grupos de estudo, análise de casos clínicos, ser possível uma visão comum de direção única, para que as mães se sintam seguras, para que enfrentem possíveis dificuldades com coragem, confiando na orientação e ajuda recebida da equipe (CARVALHO, 2017, p. 41).

Os serviços e profissionais de saúde têm sido alvo de discussões sobre atitudes e práticas diante da promoção da amamentação. Constantemente, ambos são responsabilizados pelo sucesso dessa prática, cuja atuação na promoção, informação e apoio às mulheres estende-se da atenção ao pré-natal, ao parto, puerpério imediato e puericultura (ARAÚJO; ALMEIDA, 2011, p. 431).

BREVE HISTÓRICO SOBRE AMAMENTAÇÃO

Para melhor compreensão do perfil da amamentação na contemporaneidade, é necessário entender como foi o percurso da amamentação no decorrer da história.

“A amamentação é um ato milenar e relacionado com a espécie, porém este ato não é somente natural, mas cultural, construído a partir de valores e crenças sociais” (PEREIRA, 2013, p.57). Bertoldo (2011), afirma que desde o

Alcorão o aleitamento materno era estimulado até dois anos de idade e a Bíblia faz menção à amamentação em vários versículos.

Almeida (2010), através de um extenso estudo bibliográfico, descreve a história da amamentação mostrando as respostas deste panorama. O autor aborda sobre o momento em que o Brasil importou o desmame. Os colonizadores portugueses em sua chegada ao Brasil ficaram surpreendidos e estranharam a prática da amamentação, prática já proibida na civilização europeia. Percebiam o ato de aleitar diretamente ao seio uma tarefa indigna para uma dama. Segundo Pereira (2013), na Europa, entre os séculos XVI e XVIII as mulheres não amamentavam por uma questão estética: acreditavam que seus corpos envelheceriam mais rápido.

Portugal trouxe ao Brasil o costume das mães ricas de não amamentarem seus filhos e o estabelecimento das saloias. As saloias amamentavam os filhos das mães ricas. As índias foram as primeiras saloias, sendo substituídas pelas escravas africanas. Mais tarde as saloias foram substituídas pela figura da ama-de-leite, instituída socialmente, onde as escravas eram alugadas ou vendidas e obrigadas a desmamarem seus filhos para amamentarem a criança branca. Já no Brasil, na época do descobrimento e colonização, a ocorrência do desmame na cultura indígena restringia-se a três situações: morte materna, doença grave da mãe e quando se tratava de filhos de inimigos com mulheres da tribo. O trabalho materno não era considerado fator de desmame, pois com auxílio da tipóia a índia conseguia amamentar, cuidar do filho e trabalhar (ALMEIDA, 2010).

Segundo Vanessa Rosa Mattos Dias (2012), já no final do século XVIII, na Europa, surge a comercialização do leite: para quem não tinha condições de ter uma ama-de-leite, eram oferecidas às crianças leite de animais, das quais, de cada 40 crianças alimentadas desta forma, 7 morriam. Em meados do século XIX, já se comercializava alimentos infantis, como o leite de vaca, mas era alto o índice mortalidade infantil.

Surge então, a medicina higienista, que em prol da amamentação e preocupada com os altos índices de morbi-mortalidade infantis, condenou rigorosamente o aluguel de escravas como amas-de-leite, pois, se referiam ao negro como um animal nocivo à saúde da família (ALMEIDA, 2010).

Combatu-se o emprego da ama-de-leite mercenária, incitando-se à mulher a cumprir seu dever natural de amamentar instintivamente, como as fêmeas de outras espécies. Dessa forma, amamentar passou a ser sinônimo de boa mãe (MALDONADO, 2008, p. 20).

Entretanto, mesmo com todo este trabalho de promoção à amamentação, alguns grupos de mulheres não conseguiam amamentar com êxito, alegando que o leite materno era fraco. O nascimento do ‘leite fraco’ foi um marco importante na história da saúde pública. Os higienistas atuavam na promoção do aleitamento materno, informando sobre sua importância biológica, porém esqueciam que a mulher precisava ser capacitada e apoiada para desempenhar esta função (ALMEIDA, 2010).

A falta do apoio verifica-se ainda hoje onde estudos e programas, muitas vezes, não abarcam aspectos emocionais e psicológicos permeados por alegações do tipo: “leite fraco”, “pouco leite” ou “leite que secou” (PEREIRA, 2013).

BENEFÍCIOS DA AMAMENTAÇÃO

Atualmente, o tema amamentação é bastante discutido. Diversos estudos mostram que o leite materno apresenta vantagens distintas sobre as fórmulas alimentares infantis (KENNER, 2010), pois possui grande importância nutricional, bioquímica e imunológica para a criança auxilia no fortalecimento do vínculo afetivo do binômio mãe-filho (TAMEZ; SILVA, 2015) além de beneficiar fisiologicamente a saúde da mulher que amamenta, e promover maior economia para a família e sociedade (ALMEIDA, 2010). Enfim, vantagens tanto para a criança, quanto para a mãe e sua família.

Para Carvalho e Tamez (2015), o aleitamento materno é de extrema importância e deve ser exclusivo por um período de seis meses, pois ele contém todos os nutrientes, inclusive água, onde devido as suas características físico-químicos, é facilmente absorvido e digerido.

Posteriormente, o lactente deve se alimentar também de outros alimentos além da amamentação, que deve continuar até que mãe e bebê o desejem. O desejo materno de amamentar ou não, deve ser respeitado, sendo que o direito da mulher de amamentar deve ser apoiado.

Hans Wolfgang Halbe (2013), afirma que o colostrum contém anticorpos e mais células brancas que o leite maduro, dando a primeira imunização para proteger a criança contra as bactérias e vírus, e apresenta também fatores de crescimento que estimulam o intestino imaturo da criança se desenvolver e, além disso, auxilia na eliminação do meconígio, que são as primeiras fezes do bebê, evitando a icterícia.

Segundo Flávia Cristina Brisque Neiva *et al* (2003, p. 7), para a criança o leite materno é essencial, ele protege contra infecções (especialmente diarréias e pneumonias), pela ausência do risco de contaminação e pela presença de anticorpos e fatores antiinfecciosos, aumenta o laço afetivo mãe-filho, promovendo mais segurança ao bebê, colabora efetivamente para diminuir a taxa de desnutrição dos índices de mortalidade infantil, diminui a probabilidade do desencadeamento de processos alérgicos, e promove melhor resposta às vacinações, tendo a capacidade de combater doenças mais rapidamente.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2016) o leite previne as complicações hemorrágicas no pós-parto, favorecendo a regressão uterina ao seu tamanho normal. Com isso, a mulher retorna mais rápido ao peso pré-gestacional. A mulher que amamenta tem menos risco de obter câncer de ovário e de mama, e a amamentação também previne a osteoporose.

O aleitamento materno é também de fundamental importância para os hábitos de sucção e desenvolvimento da respiração do bebê. No primeiro ano de vida, a boca é uma das regiões mais importante do corpo e do desenvolvimento infantil e a sucção é uma resposta natural própria da espécie que inclusive já nasce com o indivíduo (encontra-se perfeitamente madura na 32^a semana de vida intra-uterina). A função básica da sucção é a alimentação, entretanto pode representar também uma válvula para descarregar energia e tensão, servindo como fonte de prazer e segurança (CORREA apud MIRANDA, 2009, p. 12).

DIAS (2012) ressalta que a amamentação assume diferentes significados em diferentes culturas, que constroem valores e percepções de acordo com épocas e costumes. Para Almeida (2010, p. 15) “a amamentação, além de ser biologicamente determinada, é socioculturalmente condicionada, tratando-se, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida”. O mesmo autor ainda aborda que a

ambiguidade amamentação - desmame sinaliza para um embate entre saúde e doença, onde é possível evidenciar que estes processos se associam em todos os momentos aos condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais que transformam a amamentação em um ato regulável pela sociedade. “O aleitamento materno é um ato social suscetível a pressões sociais e culturais”.

O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ORIENTAÇÃO À AMAMENTAÇÃO

A promoção da amamentação é considerada componente fundamental de estratégias entre os cuidados primários de saúde pelos indícios epidemiológicos do seu efeito protetor contra a incidência, gravidade e mortalidade causada pelas doenças infantis (COSTA; SOUZA, 2012).

Segundo Marina Ferreira Rea e Sonia Venancio (2019) apesar dos comprovados benefícios de aleitar bebês somente com o seio materno, em nosso país são ainda baixas as taxas de aleitamento materno exclusivo, ou seja, completo, e de aleitamento predominante (leite materno com a introdução na dieta água e chá) nos primeiros quatro meses de vida.

Para os autores citados acima o incentivo e a promoção do aleitamento materno devem iniciar no período gestacional, durante o pré-natal, onde a gestante tem oportunidade de receber orientações sobre as mamas, o leite materno e a prática da amamentação, assim como discutir as vantagens, questões polêmicas e mitos relacionados ao aleitamento.

Segundo Nilza Alves Marques Almeida, Aline Garcia Fernandes e Cleide Gomes Araújo (2014) é durante o pré-natal que o profissional de saúde deve identificar os conhecimentos, e experiência prática, as crenças e a vivência social e familiar da gestante com o propósito de garantir vigilância e efetividade durante a assistência a nutriz no pós-parto.

Na assistência da equipe de enfermagem, desde o primeiro contato com a cliente, quando se busca conhecer suas necessidades, até a implementação dos cuidados e avaliação, deve-se estabelecer uma estratégia de comunicação para que se possa compartilhar de pensamentos, crenças e valores. Dessa forma pode-se perceber a influência que exercemos sobre as nutrizes e analisar à medida que se desenvolve a interação enfermeiro-paciente, o que se pode esperar delas (ALMEIDA. 2015)

Edna Oliveira Kurino, Marisa Boécio e Raquel Sousa Martins (2008) relatam que no processo de amamentação os profissionais de enfermagem participam como peça fundamental e como elemento significativo, servindo como elo entre as teorias, conceitos pré-estabelecidos e a verdadeira prática de aleitamento, minimizando as dúvidas, os anseios, esclarecendo sobre os benefícios, sua importância, prevenção de fatores que provoquem o desmame precoce e a relação de afeto entre mãe e filho.

É importante que a amamentação seja valorizada e esclarecida publicamente. Mulheres que jamais viram um lactante ser alimentado ao seio são menos propensas a desejar amamentar. A educação nas escolas e durante a gravidez sobre as vantagens do aleitamento materno é importante. Conselhos e apoio de outras mulheres que amamentaram e orientações da equipe de saúde podem ser importantes para lidar com problemas iniciais, como o ingurgitamento ou mamilos rachados.

De acordo Magda Andrade Rezende et al. (2018), a comunicação é a base para o desenvolvimento das ações de saúde e para o alcance dos objetivos propostos, assim é possível compreender por que os profissionais de saúde e de forma especial a equipe de enfermagem, podem ser chamados de pessoas significativas aquelas que exercem influência marcante sobre a vida dos outros, pela grande contribuição de suas ações para o aleitamento pleno e eficaz.

Durante o pré-natal e no período puerperal a gestante deverá ser orientada quanto aos benefícios do aleitamento materno, visto que desde antigamente já se conhecia a importância desse alimento rico em cálcio, ferro, e sais minerais para a sobrevivência das crianças. O leite materno vai direito do peito da mãe para a boca do bebê, evitando a contaminação por micróbios e bactérias e está sempre pronto na temperatura ideal, e com grande vantagem para a mulher: reduz o sangramento após o parto, o desenvolvimento de anemia, protegendo ainda contra uma nova gestação e depressão pós-parto, etc.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final dessa revisão foi possível observar que os motivos mais pautados pelos autores sobre as mães não amamentarem ou para interromper a amamentação precocemente são o desconhecimento sobre o processo fisiológico da lactação e do fato que a maioria das mães pode amamentar e produzir leite suficiente para o seu filho, embora culturalmente achem que não.

Tornou-se evidente ao longo d pesquisa que a amamentação não é totalmente instintiva no ser humano, muitas vezes deve ser aprendida para ser prolongada com êxito, considerando-se que a maioria das nutrizes precisa de esforço e apoio constantes. Em vista disso, as mulheres, ao se depararem pela primeira vez com o aleitamento materno, necessitam de educação em saúde por meio de modelos ou guias práticos de como devem conduzir-se nesse processo, sendo guiada principalmente pela Estratégia Saúde da Família ESF, pois na maioria das vezes ela tem como primeira referência o meio familiar, as amizades e vizinhança nos quais estão inseridas.

Conclui-se o presente estudo chamando atenção das autoridades competentes para a necessidade de superar os obstáculos que afigem as nutrizes durante o período de amamentação. É indispensável a intensificação das ações de incentivo e apoio ao aleitamento materno em hospitais e unidades de saúde para empoderar as nutrizes e fortalecer os profissionais da saúde na função educativa mais assertivas na prática da amamentação.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação:** um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ALMEIDA, J. A. G.; RAMOS, C. V. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v.79, n.5, 2013.

ALMEIDA, Nilza Alves Marques; FERNANDES, Aline Garcia; ARAÚJO, Cleide Gomes. Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. **Revista eletrônica de enfermagem**. Goiânia-Goiás, v.6, n.3, 2015.

ARAÚJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Rev. Nutr.**, Campinas: v.20, n.4, p. 431-38, 2011.

BADINTER, E. **Um amor conquistado:** o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

BERTOLDO, I. E. B. **Uma trajetória com mulheres puérperas:** do alojamento conjunto ao domicílio, vivenciando o modelo de cuidado de Carraro. Dissertação (Mestrado de Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011.

BEYER, Pricila Daniela. Aleitamento materno exclusivo de crianças de 0 a 6 meses, com baixo peso ao nascer atendidas em um centro materno infantil (**CEMAI**). 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério:** assistência humanizada a mulher. Brasília-DF, 2009.

BRUDER, V. L. B. N. **Proteção ao aleitamento é tema de campanha, 2018.** Disponível em:
http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=5&id_artigo=1288&id_subcategoria=8. Acesso em: 16 Out. 2021.

BUENO, Karina de Castro Vaz Nogueira. **A importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade para a promoção de saúde da mãe e do bebê.** 2016.

CARVALHO, G. D. Amamentação: uma avaliação abrangente. 4. ed. São Paulo, 2017 ARAÚJO, R. M. A.; ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Rev. Nutr.,** Campinas, v.20, n.4, p. 431-38, 2017.

CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015, p. 41.

COSTA, Maria Conceição Oliveira; SOUZA, Ronald Pagnoncelli de. **Semiologia e atenção primária à criança e ao adolescente.** 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2012.

DIAS, V. R. M. **Problematizando o aleitamento materno:** visando uma prática consciente. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

FREIRE, Germana Mara de Lima. **Fatores que dificultam a alimentação complementar infantil.** 2015.

ICHISATO, S. M. T.; SHIMA, A. K. K. Aleitamento Materno e as Crenças Alimentares. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem.** v.9, n.5, p. 70-6, 2011.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal.** 2 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2010.

KURINO, Edna Oliveira; BOÉCIO, Marisa; MARTINS, Raquel Souza. **O papel do enfermeiro na orientação da amamentação.** 7f. Monografia (Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem) UNIANDRADE, p. 3-6. Curitiba, 2008.

LIMA, Ariana Passos Cavalcante; DA SILVA NASCIMENTO, Davi; MARTINS, Maísa Mônica Flores. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. **Journal of Health & Biological Sciences**, v.6, n.2, p. 189-196, 2018.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2008, p .20.

MIRANDA, K. C. **Avaliação da mordida aberta anterior em crianças na fase de dentição decídua**. 37 p. Relatório final (Programa Institucional PIBIC/CNPQ, Programa Institucional BIP/UFSC) - Departamento de Estomatologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

NEIVA, Flávia Cristina Brisque, CATTONI, Débora Martins, RAMOS, José Lauro de Araújo, ISSLER. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro:, v.79, n.1, p. 7-11, jan.-fev, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**. Brasília, DF, 2016.

PEREIRA, C. S. **Amamentação: desejo ou sinal?** Ensinando e aprendendo com as mulheres. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013, 57p.

REA, Marina F.; VENANCIO, Sônia F. Avaliação do curso de Aconselhamento em Amamentação OMS/UNICEF. **Jornal de pediatria**. v.75, n.2, 2019.

REZENDE; Magda Andrade et al. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Revista latino Americana de enfermagem**. São Paulo, v.10, n.2, mar/abr. 2018.

SOUSA, Bárbara Leda de. **A importância da amamentação e as contribuições do enfermeiro educador em saúde**. 2021.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI neonatal:** assistência ao recém-nascido de alto-risco. 2. ed. Rio de janeiro: GUANABARA KOOGAN, 2015. direitos: fortalecimento da rede socioassistencial. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz; Ministério do Desenvolvimento Social, 2018. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/2019/C_ursode%20Prote%C3%A7%C3%A3o%20social%20no%20SUAS.pdf. Acesso em: 22 out. 2021.

**Capítulo
09**

CONDIÇÃO DE SAÚDE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Aldenize Moreira de Sousa¹; Juliete Rocha Silva¹; Marcella Silveira Silva Lopes¹; Eunice da Silva Sousa¹; Brenda Steffane Viana Vasconcelos²; Maria do Livramento da Silva Dias³; Maria Helena da Silva Castro⁴; Bruna Cruz Magalhães⁵

¹ Acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia-FSL; ² Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão, UEMA. Especialista em Docência em Ciências da Saúde e Cardiologia e Hemodinâmica pelo Instituto Brasileiro de Formação, UNIBF. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia. ³Mestra em Linguagem pela Universidade Federal do Piauí, Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁴Mestrado Profissional em Enfermagem (em Andamento), Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Selvíria, Especialista em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica pela Universidade Cândido Mendes; Especialista em Gestão de Enfermagem em UTI pela Universidade Cândido Mendes, Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Bacabal-FEBAC, Docente e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ⁵Mestra em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão, Docente da Faculdade Santa Luzia;

RESUMO:

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é reconhecido como um importante articulador entre os serviços de saúde e a comunidade. O trabalho objetivou analisar a condição de saúde dos Agentes Comunitários de. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa sobre o objeto de estudo analisado. A pesquisa reforça o trabalho do agente comunitário de saúde que funciona como um elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Sendo ele o profissional responsável pelo mapeamento da área, cadastramento de todas as famílias que residem na micro área de sua responsabilidade, visita domiciliar e registro das necessidades locais. Conclui-se o presente estudo chamando atenção das autoridades competentes para elaboração de políticas públicas que priorizem esses trabalhadores que precisam se empoderar e sentir-se seguros, em suas atividades laborativas como profissional mediador.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde, Saúde do Trabalhador, Saúde, Bem-estar.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) define família como a influência mais importante na vida do cidadão. É a partir dela que adquirimos valores e costumes que influenciam diretamente na formação da personalidade humana. Dentre os programas voltados à saúde da população, a Estratégia da Família é o principal programa voltado para a família.

O programa Estratégia Saúde da Família (ESF) é constituído por uma equipe de profissionais multidisciplinares, desenvolvendo ações dirigidas diretamente a cada pessoa, família e comunidade. O agente comunitário de saúde é um trabalhador que atua dentro da equipe da ESF, operando como elo entre a comunidade e a oferta pública de saúde, fortalecendo os serviços prestados à população.

Segundo o Ministério da Saúde, em 2002 mais de 200 mil agentes comunitários de saúde em todo Brasil desenvolveram ações de promoção e vigilância em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2002).

O serviço de saúde prestado por esse profissional vai além da unidade básica, uma vez que esse é morador da área em que atua e possui laços afetivos, culturais com essa população, com isso sendo um líder de forma natural, pois a comunidade confia suas questões pessoais (KEBIAN E CECCHETO, 2017). Além disso, vale destacar a importância da satisfação e da qualidade de vida dos agentes comunitários que prestam serviços de apoio junto à comunidade. (MACIAZEKI-GOMES *et al*, 2016).

É necessário considerar alguns fatores importantes no dia a dia do profissional, tais como: exposição ao calor e ao sol, longas distâncias a serem percorridas, exposição em áreas de risco, vulnerabilidade e violência familiar, desvio de função e a baixa remuneração, mesmo após estabelecido o piso salarial. Todas essas questões podem levar ao sofrimento e adoecimento desse profissional.

Este trabalho apresenta como foco principal as condições básicas de saúde dos agentes comunitários de saúde, sendo esse um profissional que tem atuação principal dentro da comunidade, estando exposto a situações de risco,

violência e vulnerabilidade que geram fatores estressores físicos e mentais que podem repercutir na vida do profissional.

METODOLOGIA

O presente trabalho é de natureza descritiva com abordagem qualitativa elaborado através de uma minuciosa análise da literatura. Foi realizada busca do tema com a utilização dos descriptores: agente comunitário de saúde, saúde do trabalhador e saúde e bem-estar, nas bases de dados PUBMED, CAPS e SCIELO. Através da busca foram encontrados vinte e cinco artigos. A partir da leitura dos títulos e resumos na íntegra foram identificadas as especificidades e periodicidade. Após essa filtragem, dezenove artigos foram selecionados para análise e construção desta revisão de literatura. A pesquisa foi realizada no período de janeiro a dezembro de 2021.

REVISÃO DE LITERATURA

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Em seu estudo Starfield (2002) diz que atenção primária é um serviço que funciona como porta de entrada para um serviço sistematizado que dá acesso ao cidadão a todos os serviços de saúde de classificação simples. A atenção primária aborda funções combinadas em busca da promoção, prevenção e reabilitação do indivíduo, em meio a suas necessidades diárias.

Com essa estratégia, o Ministério da Saúde tem como prioridade a otimização por meio da promoção, através do conhecimento das doenças. Essa promoção é desenvolvida pela equipe de família, tendo como foco principal a família e cada indivíduo do território em que este reside (STARFIELD, 2002).

Para que a atenção primária funcione, é preciso que o foco seja o indivíduo e sua saúde mental, física e social. Ou seja, o indivíduo precisa ser analisado além do seu autorrelato. Todo o sistema de saúde possui metas a serem cumpridas, sendo as duas metas principais: otimizar a saúde da população e minimizar as desigualdades entre grupos populacionais de modo

que estes estejam em igualdade em relação ao acesso aos serviços de saúde de um último nível de saúde (SRTARFIELD, 2002).

APS/SAÚDE DA FAMÍLIA

O Ministério da Saúde definiu ESF como estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da APS no país. A ESF é voltada para a saúde da família, através de uma equipe multidisciplinar, com doze trabalhadores agindo de forma articulada, levando em consideração as necessidades e condições da comunidade. É fundamental que exista confiança e respeito entre a equipe e os indivíduos da comunidade (BRASIL, 2011).

As pessoas que são atendidas pelas equipes da ESF devem estar devidamente cadastradas e acompanhadas periodicamente, ou sempre que necessitar de atendimento.

PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Segundo o dicionário Michaelis, agente significa: que age, que exerce alguma ação; que produz algum efeito. O programa dos agentes comunitários de saúde foi criado em 1991, após um projeto piloto em algumas regiões. Tendo como umas das principais finalidades a redução da mortalidade infantil. Surgiu aí uma nova categoria com o objetivo de ser elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Após o sucesso da criação desse programa foi criada, a ESF, na qual a presença do agente comunitário de saúde é indispensável.

A lei nº 10.507/2002 reconhece o agente comunitário de saúde como um trabalhador estratégico para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que antecede a criação da ESF (BRASIL, 2002).

Segundo o manual de trabalho do agente comunitário de saúde, a promoção da saúde exige uma ação coordenada entre o setor de saúde (governo) e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e organizações não- governamentais (ONG's), autoridades locais, indústria e mídia (BRASIL, 2000).

Assim, as parcerias são importantes para que se possa ter mais e melhores resultados. É partindo do princípio de promoção coordenada que

entra o trabalho do agente comunitário de saúde. Este funciona como um elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Ele é responsável pelo mapeamento da área, cadastramento de todas as famílias que residem na micro área de sua responsabilidade, visita domiciliar e registro das necessidades da comunidade. O agente comunitário é escolhido através de seletivo e precisa ser morador do bairro por no mínimo dois anos, possuindo vínculos emocionais e culturais com os que ali residem (SILVA,2009).

Segundo Viera (2014), existe um questionamento muito grande no que diz respeito ao agente ser a porta de entrada para os serviços, pois existe dificuldade de receber resultado positivo referente aos encaminhamentos realizados. Diante disso, o profissional se sente frustrado frente a comunidade, pois isso resulta na perda de confiança e legitimidade do seu trabalho

É fundamental que os profissionais, ao se dirigir as famílias da área, executem ações de educação contínua, ativa e personalizada, dando prioridade a população adscrita na área.

SAÚDE E BEM-ESTAR

O bem-estar foi definido como sendo equivalente à saúde. Cookfair (1996, p.149) indicou que “o bem-estar inclui uma conduta consciente e deliberada até um estado avançado de saúde física, psicológica e espiritual e é um estado dinâmico e flutuante do ser”.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde não apenas como ausência de doença, mas como a ausência de doença, uma a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (SEGRE; FERRAZ, 1997).

O estresse vem sendo relacionado, especialmente com as sensações de desconforto, onde cada vez mais vem aumentando o índice de indivíduos que se definem como estressados (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001). É muito comum o profissional desenvolver estresse pela demanda de serviço desgastante. Através do acúmulo de funções o ACS pode desenvolver exaustão emocional e física, com a redução da energia afetando diretamente no trabalho (PASCHOAL; TAMAYO, 2004).

SAÚDE DO TRABALHADOR

A compreensão de como o processo saúde e doença podem ser motivadas pelo esforço nas atividades que exercem para manter o sustento próprio e dos seus dependentes é necessário uma abordagem dos problemas de saúde observados na atenção básica. Além disso, é importante entender que esses trabalhadores precisamos ter clareza sobre o tipo de atividades que podem contribuir para desenvolver determinadas doenças do trabalho e do tipo de trabalhador e o cenário do mundo do trabalho atual no Brasil (SILVERA, 2009).

Para Martins (2002), é importante que para o bom funcionamento no atendimento em saúde haja um equilíbrio entre funcionários e clientes. O cuidador também precisa se sentir valorizado no ambiente de trabalho, enquanto pessoa e profissional.

A saúde do trabalhador vai além de uma política de saúde implementada, pois, além das práticas assistenciais, propõe a incorporação da promoção e prevenção em saúde. É importante destacar que todos os estudos sobre vulnerabilidade são importantes, pois visam um desejo de mudança após a identificação do problema. (AYRES *et al*, 2003).

Dentro os problemas de saúde, o estresse e a síndrome de Burnout podem surgir juntas, porém a definição é diferente. Enquanto o estresse são respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais que surgem das pressões internas, o Burnout já é uma resposta do corpo ao estresse crônico. (LIPP & ROCHA (1994).

A proximidade e conhecimento desse profissional sobre a área que atua pode levá-lo a uma situação de vulnerabilidade e risco, principalmente no que diz respeito à saúde desse profissional, elevando o grau de estresse, gerando outras patologias (PEREIRA *et al*, 2018).

Lazarus (1999) afirma que o estresse laboral é determinado conforme o modo que o profissional age frente a um evento, frente a sua demanda de serviço e a sua capacidade de enfrentá-las.

A depressão está entre os dez principais fatores que ocasionam incapacitação em todo o mundo, acarretando limitação do funcionamento físico, pessoal e social (PELUSO; BLAY, 2008). Os agentes revelam que tratar de

pessoas doentes é difícil, triste e doloroso, pelo fato de se sentirem responsáveis pelos membros de sua comunidade (THEISEN, 2004).

O agente comunitário de saúde diferencia-se dos outros profissionais da saúde, pois esses, mesmo não sendo reconhecidos como técnicos, desenvolvem funções que vai muito além da orientação. Por muitas vezes, estão tão ligados à família que passam a ouvir os problemas mais íntimos. Durante a visita domiciliar é comum o profissional sentir frustração por não poder solucionar todos os problemas relatados pelo indivíduo. Essa aproximação, junto a elevadas horas de trabalho, pode gerar quadros estressantes ou até mesmo depressão (BRASIL, 2000a; SANTOS, *et al.*, 2015).

O trabalhador, por vezes, pode sentir sem opções, sem alternativas diante das dificuldades. Isso pode provocar o aumento da sua tensão emocional, o que pode gerar a síndrome de Burnout (SILVA; DALMASO, 2002). A Síndrome de Burnout é uma síndrome ligada às emoções, na qual o profissional tem sensações de ineficiência, desapego pelo seu trabalho por se sentir incapaz de realizar suas funções. Uma crise que engloba um conjunto de sintomas que faz com que o profissional se sinta esgotado, muito além de estresse.

Apesar de poderem surgir juntos, estresse e Burnout diferenciam-se. O estresse resume-se as respostas psicológicas e comportamentais frente ao funcionamento do organismo, que se manifestam para responder a nível sistêmico às pressões geradas por estressores do meio interno e externo. Essa condição é natural, e só se torna patológica se for mantida de forma constante e prolongada (LIPP; ROCHA, 1994).

Segundo Martins, Correa & Vidal (2017), outro problema a ser destacado são as doenças osteomusculares. Geralmente relacionadas ao trabalho, afetam as mais diversas profissões causando sensações de dor e desconforto que impede os profissionais de desenvolverem suas tarefas com sucesso. São doenças causadas por esforços repetitivos, que com o passar do tempo causa dor e impossibilidades de executar as tarefas, decorrendo em afastamento.

No Brasil essa síndrome é reconhecida pelo Ministério da Previdência através da norma técnica da avaliação de incapacidade de 1991, conhecida com lesões por esforços repetitivos (LER) (BRASIL, 2000a).

Pensando no contexto de vigilância do trabalhador, é atribuição do enfermeiro promover e detectar fatores que causem danos à saúde do trabalhador, sendo o objetivo principal evitar ou controlar fatores que causem danos à saúde, sendo essa uma ação contínua e sistematizada.

Os trabalhadores compartilham inúmeras formas de adoecer e morrer, que estão associadas ao estilo de vida, fatores ambientais e sociais ao quais são expostos durante a vida. Os trabalhadores apresentam doenças ou acidentes características do trabalho e fatores a que executam ou executaram (SILVEIRA, 2009).

Estudos de Pedebos, Rocha, Tomasi (2018) corroboram com o presente trabalho, quando consideram a importância de destacar os agentes comunitários de saúde caracterizada como um agente de mudanças que sofre influências sociais sendo um protagonista com mudanças positivas do seu conhecimento teórico ou empírico. Por outra vertente, o ACS podem sofrer consequências negativas em sua saúde devido ao acúmulo de trabalho que exerce e ou devido a fatores estressantes presentes na comunidade onde vive e trabalha.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dos modelos de atenção à saúde presentes na Atenção Básica no Brasil, vem se fortalecendo a Estratégia de Saúde da Família e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde dentro do primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde. O trabalho nesses dois modelos mencionados é desempenhado por um coletivo de trabalhadores e o Agente Comunitário de Saúde ganha destaque, estando envolvido em uma variedade de situações que podem comprometer sua condição de saúde, uma vez que representa uma ponte entre a equipe de saúde e a comunidade, justificando assim, pesquisas direcionadas a estes profissionais.

O presente estudo observou, portanto, que dentre as discussões pautadas pelos autores acerca da saúde do ACS, se fazem necessárias ações políticas no sentido de possibilitar a melhoria das circunstâncias de trabalho e de vida desta população, buscando condições que possibilitem uma qualidade na vida desses trabalhadores.

Dessa forma, a pesquisa relata a concordância entre os autores de que os ACSs são trabalhadores que fazem parte historicamente da chamada equipe mínima, estando suas ações fundamentadas na medicina comunitária, no território, nas práticas de promoção da saúde e prevenção das doenças, reforçando os princípios da integralidade e da participação social, a partir dos vínculos estabelecidos entre trabalhadores da saúde e usuários do SUS.

Sendo assim, visto que estes trabalhadores são essenciais elos entre a equipe de saúde e a comunidade, e estão mais expostos a fatores de risco à sua saúde, conclui-se no presente estudo a importância, além da elaboração de políticas públicas específicas para esses trabalhadores a necessidade de promover o diálogo, para que os mesmos apontem suas dificuldades e receios em relação ao desenvolvimento do seu trabalho. Estes precisam ter voz e sentir-se seguros, além de possuir conhecimentos específicos dos riscos que são inerentes de suas atividades laborativas. Desta forma, esse ACS pode ser de fato um mediador, um profissional capaz de aproximar-se para realização com qualidade de suas atividades e atribuições previstas pela Lei 11.305, de 5 de outubro de 2006.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; FRANÇA JÚNIOR, Ivan; CALAZANS, Gabriela Junqueira; SALETTI FILHO, Heraldo César. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, Dina; Freitas, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. p.117-139. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BRASIL. Ministério da saúde (MS). **Lei nº10.507, de julho de 2002**. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e das outras previdências. Diário oficial da união. 10 de julho de 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10507.htm. Acesso em: 18 out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 18 out. 2021.

_____. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 119p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf. Acesso em: 18 out. 2021.

_____. **Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de Lesão por Esforços Reprodutivos/Distúrbios Osteomoleculares Relacionados ao Trabalho/Secretaria de Políticas de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000a, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_ler.pdf. Acesso em: 18 out. 2021.

COOKFAIR, Joan M. Nursing care in the community. **Mosby Inc**; Subsequent edição, 750p. 1996.

LIPP, Marilda; ROCHA, João Carlos. **Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento ao hipertenso.** Campinas, Papirus Editora. 1994.

KEBIAN, Lúciana Valadão Alves; CECCHETO, Fátima. Violência urbana, saúde e “sentimento”: percepção dos profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Baiana Saúde Pública [Internet]**. v.41, n.1, p:224–235, 2017.

LAZARUS, R.S. **Stress and emotion: a new synthesis.** New York: Springer. 1999.

MACIAZEKI-GOMES, Rita de Cássia; SOUZA, Carolina Duarte de; BAGGIO, Lissandra; WACHS, Felipe. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1637-1646, 2016.

MARTINS, Elenice Antunes; CORREA, Cleiton Silva; VIDAL, Paula Cristina Vasconcelos. Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho com destaque aos profissionais da área de enfermagem. **Revista Perspectiva: Ciência e Saúde**. v.2, n.2, p. 107-118. 2017.

MARTINS, Soraya Rodrigues. **A Histeria e os DORTs: expressões do sofrimento psíquico de uma época.** Dissertação [Mestrado em Psicologia] – Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Florianópolis, 2002. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/84306>. Acesso em 19 out. 2021.

PASCHOAL, Tatiane; TAMAYO, Álvaro. Validação da \escala de Estresse no Trabalho. **Estudos de Psicologia**, v.9, n.1, p.45-52, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/MRLmmQhyZQjWcN4DPffTBbq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2021.

PEDEBOS, Lucas Alexandre; ROCHA, Dayana Karla; TOMASI, Yaná. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n.119, p.940-951, 2018.

PELUSO, E. T. P; BLAY, S. L. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública** v.42 n.1 São Paulo Feb. 2008.

PEREIRA, A.M; JUCÁB, Adriana Lobo; LIMAB, Ivo de Andrade; FACUNDESB, Vera Lúcia Dutra; FALCÃO, Ilka Veras. A qualidade de vida do agente comunitário de saúde e possíveis contribuições da terapia ocupacional. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos: v.26, n.4, p.784-796, 2018.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 31, n. 5, p.538-42, outubro, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 out. 2021.

SANTOS, Michele Goulart dos; CERETTA, Lúciane Bisognin; SCHWALM, Magada Tessmann; DAGOSTIM, Valdemira Santina; SORATTO, Maria Tereza. Desafios enfrentados pelos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Revista Inova Saúde**, Criciúma: v.4, n.1, 2015.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SILVA, Marcia Mulin Firmino da. **Promoção da saúde: percepção dos agentes comunitários de saúde a partir da sua formação e da sua prática**. 2009. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SILVEIRA, Andréa Maria. **Saúde do trabalhador**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 96p.: il., 22x77cm. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1771.pdf>. Acesso em: 19 out. 2021.

STACCIARINI, Jeanne Marie R., TRÓCCOLI, Bartholomeu T. O estresse na atividade laboral do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.9, n.2, p.17-25, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/JpjG6CRLN9fbHXdkBLBfjzB/abstract/?lang=pt>. Acesso em 18 out. 2021.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Bárbara Starfield. - Brasília: Unesco, Ministério da saúde, 2002. 726p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 18 de outubro de 2021)

THEISEN, Neiva Isolete dos Santos. **Agentes Comunitários de Saúde (ACS): Condições de Trabalho e Sofrimento Psíquico**. Dissertação (Mestrado e Doutorado em Desenvolvimento Regional) – Universidade de Santa Cruz do Sul. 2004. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/680/1/NeivaTheisen.pdf>. Acesso em: 18 out. 2021.

VIERA, Katia Cristina dos Santos. **O trabalho do agente comunitário de saúde na estratégia da saúde da família: encontros e desencontros de uma prática em São Paulo**. 2014. 126f. Dissertação (Mestrado em Ciências

Biológicas e da Saúde) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014. Disponível em:
https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/SCAR_9c16019f70b528b59a63e976282269c
1. Acesso em: 18 out. 2021.

Capítulo
10

**FATORES QUE LEVAM À EXCLUSÃO DE
DOADORES DE SANGUE
EM HEMONÚCLEOS**

Eliene Teixeira Costa¹; Josilene Lindoso Abreu Brito¹; Andrea Barros Araújo¹;
Polyana Glauce Pinheiro de Carvalho²; Antonio da Costa Cardoso Neto³;
Bruna Cruz Magalhães⁴; Jeofton Meira Trindade⁵;
Carlos Alberto Goncalves Colares⁶

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ²Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional pelo ISEC e em Gestão e Supervisão Escolar pela FAEME, Graduada em Letras pela UEMA e Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ³ Doutor em Saúde Coletiva pela UFMA, Ph.D em Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, UCES, Buenos/Aires Argentina. Graduado em Enfermagem – UNICEUMA, Graduado em Pedagogia – UEMA. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁴ Mestre em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁵Mestre em Matemática pelo Profmat na Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Graduado em Ciências Habilitação Matemática pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁶Mestre em Filosofia Religiosa pela Faculdade de Tecnologia Hokemâh – FATEH. Graduado em Filosofia pela UECE. Docente da Faculdade Santa Luzia

RESUMO:

O sangue sempre esteve presente na história da humanidade com a crença de que dava sustento e era capaz de salvar vidas. Entretanto, foram necessários séculos de estudos para descobrir sua real importância e o seu papel terapêutico. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, elaborado através de uma revisão literária, com o objetivo de estudar os fatores que levam à exclusão de doadores de sangue em Hemonúcleo. A pesquisa fundamenta-se na análise de artigos científicos, revistas e leitura de livros da biblioteca virtual, os quais foram incluídos 13 estudos. O estudo refere que a transfusão de sangue exige uma série de cuidados com manipulação do mesmo, exigindo diversos exames dos doadores, além de testar a qualidade do material doado, para evitar doenças como hepatite, HIV, dentre outras. Esse processo se dá em várias situações, acidentes, complicações cirúrgicas, necessidades de reposição de células ou elementos necessários, como no caso da anemia. Nesse contexto, os cuidados de enfermagem podem ser divididos em três grupos: antes da transfusão, durante a transfusão e após a transfusão. Conclui o presente estudo, chamando atenção da equipe de enfermagem para uma melhor compreensão das ações de políticas públicas, e sobre a importância da triagem como ação essencial para que o trabalho hemoterápico tenha a máxima segurança possível durante todo o processo.

Palavras-chave: Hemonúcleo; Doadores de sangue; Transfusão; Cuidados de Enfermagem

INTRODUÇÃO

O sangue causou e ainda causa controvérsias na sociedade, para alguns nojo, para outros, medo. O que a enfermagem pode afirmar é que este sempre esteve presente na história da humanidade, com a crença que dava sustento e poderia salvar vidas.

Durante as duas guerras mundiais, as técnicas de transfusão de sangue foram aperfeiçoadas. Entre nós, já na década de 1920 realizavam-se transfusões braço a braço, em que se transfundia o sangue diretamente do doador ao receptor (SANTOS, MORAES, COELHO, 1991).

No Brasil, em 1879 discutia se a melhor transfusão de sangue seria com sangue de animais para humanos ou entre seres humanos (JUNQUEIRA, ROSENBLIT, HAMERSCHLA 2005). O autor destaca que os pioneiros da hemoterapia no país, foram cirurgiões do Rio de Janeiro. Ele traça uma ordem cronológica para pensar os avanços da hemoterapia e discorre que em 1920 surgem o que pudesse chamar de serviços organizados. Já em 1940, também no Rio de Janeiro o Serviço de Transfusão de Sangue. E no final da década ocorre o I Congresso Paulista de Hemoterapia, que pôde fornecer base para a fundação da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia em 1950.

Transfusão de sangue exige uma série de cuidados com manipulação do mesmo, exigindo diversos exames dos doadores, além de testar a qualidade do material doado, para evitar doenças como hepatite, HIV, dentre outras. Esse processo se dá em várias situações, acidentes, complicações cirúrgicas, necessidades de reposição de células ou elementos necessários, como no caso da anemia. Os cuidados de enfermagem podem ser divididos em três grupos: antes da transfusão, durante a transfusão e após a transfusão.

Um dos principais objetivos da triagem clínica de doadores é proteger quem doa e quem recebe, um processo de segurança mútuo, para que as partes envolvidas possam estar asseguradas. Todos os processos que envolvem a doação de sangue devem ser realizados de forma estruturada e padronizada, com o objetivo de minimizar os riscos transfusionais (BRASIL, 2013).

Existem restrições acerca das doações de sangue, estas podem ser temporárias, bem como, resfriados, gravidez, ingestão de bebida alcoólicas,

tatuagem nos últimos doze meses, entre outros. E as restrições definitivas, como HIV, ter hepatite após os onze anos de idade, malária, usuário de drogas e outros.

Nesse contexto, surge a necessidade de afunilar o olhar, sair do macro e pensar o micro. Nesse sentido, a presente pesquisa objetiva estudar os fatores que levam à exclusão de doadores de sangue em Hemonúcleo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, elaborado através de uma revisão literária, com o objetivo de estudar os fatores que levam à exclusão de doadores de sangue em Hemonúcleo. A pesquisa fundamenta-se na análise de artigos científicos, revistas e leitura de livros da biblioteca virtual, os quais foram selecionados 19 estudos.

A pesquisa foi realizada no período de agosto a dezembro de 2021. Foram incluídos os 11 estudos mais relevantes do levantamento bibliográfico relacionado ao objeto da presente pesquisa.

REVISÃO DE LITERATURA

O SANGUE

O referencial teórico é um dos mais importantes na construção do trabalho, por trazer discussões que irão servir como alicerce para pesquisa e posteriormente análise dos dados coletados. Diante disso, esse referencial transita sobre discussões que perpassam desde o entendimento do sangue, até chegar nos fatores de inaptidão a doação de sangue, sendo o último, o principal objetivo da pesquisa.

Antes de adentrar ao objetivo desta pesquisa, torna-se necessário introduzir alguns conceitos que serão utilizados no decorrer do trabalho. Para entender todos os processos que envolvem a doação de sangue, necessita-se entender como este é crucial para o bom funcionamento do corpo.

Todas as células do sangue são originadas do interior da medula óssea e tem como função o transporte gases, nutrientes e hormônios [...] (ALLAN, et al., 2012). O sangue sai do coração através da artéria aorta, que se ramifica pelo corpo e ocorrem as trocas de nutrientes.

O sangue sempre esteve presente na história da humanidade com a crença de que dava sustento e era capaz de salvar vidas. Entretanto, foram necessários séculos de estudos para descobrir sua real importância e o seu papel terapêutico (MATTIA, ANDRADE, 2016).

A HEMOTERAPIA NO BRASIL

Durante as duas guerras mundiais, as técnicas de transfusão de sangue foram aperfeiçoadas. Entre nós, já na década de 1920 realizavam-se transfusões braço a braço, em que se transfundia o sangue diretamente do doador ao receptor (SANTOS, MORAES, COELHO, 1991).

No Brasil, em 1879 discutia se a melhor transfusão de sangue seria com sangue de animais para humanos ou entre seres humanos (JUNQUEIRA, ROSENBLIT, HAMERSCHLA 2005). O estudo refere que os pioneiros da hemoterapia no país, foram cirurgiões do Rio de Janeiro. Ele traça uma ordem cronológica para pensar os avanços da hemoterapia e discorre que em 1920 surgem o que pode-se chamar de serviços organizados. Já em 1940, também no Rio de Janeiro o Serviço de Transfusão de Sangue. E no final da década de 1940 ocorre o I Congresso Paulista de Hemoterapia, que pôde fornecer base para a fundação da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (SBHH) em 1950. Avanços da hemoterapia no Brasil, Junqueira, Rosenblit, Hamerschla (2005), destaca que em 1979 o sistema ainda era desorganizado e desigual em relação aos serviços prestados. Logo após os anos 80, com a criação da Política Nacional de Sangue, a campanha da doação altruísta de sangue da SBHH e a Constituição de 1980 deram outra dimensão à hemoterapia brasileira. Nesse contexto, surge a ocorrência da AIDS em pacientes transfundidos, o que levou a novos conceitos e cuidados.

PROCESSO DE DOAÇÃO DE SANGUE E TRANSFUSÃO

A frase “doe sangue, doe vida”, tornou-se conhecida por sua utilização em campanhas de incentivo a doação de sangue. Geralmente estas campanhas que envolvem doação de sangue, costumam destacar como o ato de doar pode salvar vidas. Porém, não costumam apontar que as transfusões de sangue envolvem risco sanitário. Segundo Mattia e Andrade (2016) refere que:

A transfusão de sangue deve ser apropriada às necessidades de saúde do paciente, proporcionada a tempo e administrada corretamente. Mesmo realizada dentro das normas preconizadas, indicada e administrada corretamente, a transfusão de sangue envolve risco sanitário (MATTIA, ANDRADE, 2016)

Ainda pensando os riscos que podem ocorrer durante o processo de transfusão sanguínea, destaca-se que; trata-se de um procedimento invasivo de alta complexidade, com risco epidemiológico importante, uma vez que diversas doenças podem ser transmitidas pelo sangue (MOTA, 2017). Ao passo que é importante incentivar as doações e transfusões de sangue, não se pode ignorar que os riscos precisam ser avaliados, tanto para os que doam, quanto os que recebem.

TRIAGEM CLÍNICA

Estudos realizados por Arruda (2007), discorre sobre a importância de construir um lugar seguro, apropriado para as conversas que antecedem a doação.

Durante a entrevista, a individualidade do doador, privacidade e sigilo das informações devem fazer parte da ética profissional do triagista. Cabe também ao triagista prestar informações que visam à proteção do doador e esclarecer que este procedimento é repetido a cada doação, pois cada uma se configura em momento distinto. A entrevista da triagem clínica é fundamental no processo do “ciclo do sangue”, pois a prevenção da transmissão de doenças pelo sangue não pode ser controlada totalmente pelos testes sorológicos para doenças como: hepatite B e C, HIV-1 e 2 (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), Doença de Chagas, Sífilis, HTLV I e II (Vírus Linfotrófico de Células T Humana) (ARRUDA, 2007, p.29).

Um dos principais objetivos da triagem clínica de doadores é proteger quem doa e quem recebe, um processo de segurança mútuo, para que as partes envolvidas possam estar asseguradas. Todos os processos que

envolvem a doação de sangue devem ser realizados de forma estruturada e padronizada, com o objetivo de minimizar os riscos transfusionais (BRASIL, 2013). Segundo Padilha E Witt, (2011, p. 234):

A triagem clínica de doadores de sangue tem o objetivo de proteger tanto os doadores de sangue, quanto os pacientes que vão receber a transfusão. Este procedimento consiste na avaliação da história clínica e epidemiológica do doador, do estado atual de saúde, dos hábitos e comportamentos do candidato à doação para determinar se ele está em condições de doar o sangue(1). A realização da triagem clínica deve ser feita por um profissional de saúde capacitado, de nível superior, qualificado e conhecedor das normas que avaliará os antecedentes e o estado atual do candidato(2). O triador precisa ter uma habilidade e sensibilidade para analisar as informações e as expressões do candidato à doação, também precisa manter uma postura ética, sigilo de todas as informações, comunicação adequada e passar segurança para o doador(1-3). É na entrevista da triagem clínica que se pode identificar as situações de risco para a janela imunológica, uma vez que a transmissão de doenças pelo sangue não pode ser totalmente evitada com a realização dos testes sorológicos. Os profissionais de saúde durante a triagem precisam demonstrar familiaridade com as perguntas do questionário, lidar com questões que se referem à intimidade do doador e ter grande preparo técnico e emocional, pois cada doador tem uma história diferente (PADILHA e WITT, 2011, p. 234)

A citação acima exemplifica todas as responsabilidades e cuidados que um profissional da saúde precisa ter para lidar e identificar casos sensíveis durante a triagem, para que doação de sangue possa ocorrer sem transtornos. Dessa forma, é preciso estar atento para a informações e expressões que possam indicar um cuidado a mais.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA DOAÇÃO DE SANGUE

Ao longo do processo de formação dos profissionais de enfermagem, será possível perceber como a Enfermagem está intrinsecamente interligada ao cuidado. Dessa forma, como já foi evidenciado no tópico anterior, a sensibilidade e a atenção são essenciais para o processo de doação de sangue. Segundo Matos Junior e Andrade (2020, p.90):

A participação do enfermeiro, em todas as fases do processo, desde a captação do doador até a transfusão do sangue contribui para a garantia da segurança transfusional, proporcionando aos doadores e receptores de sangue, produtos com qualidade, minimizando os riscos à saúde deles (MATOS JUNIOR e ANDRADE, 2020, p.90).

A presença de um profissional também oferece segurança aos doadores, que podem utilizar-se da presença dos mesmos retirar dúvidas

quanto ao processo de doação de sangue e possíveis inseguranças em relação ao processo. É também enfermeiro que perceberá qualquer alteração no paciente.

Em uma pesquisa realizada para conhecer a percepção dos enfermeiros quanto à assistência de enfermagem no processo transfusional, foi possível constatar a relevância do seu papel. Estudos de Forster *et al* (2018) refere:

Os participantes da pesquisa expuseram vários sinais e sintomas que podem ocorrer durante uma reação transfusional. A atuação do enfermeiro na vigência de uma reação transfusional é prioritariamente a identificação, através do reconhecimento dos sinais e sintomas, atendendo prontamente o paciente, a fim de minimizar os danos e o desconforto que a reação oferece. (FORSTER, *et al*, 2018, p. 74)

Desde a triagem ao processo de doação e transfusão de sangue, o enfermeiro exerce seu trabalho abordando princípios como vínculo, empatia e ética, bem como discutem Schöninger e Duro (2010).

No Brasil, as competências e atribuições do enfermeiro em hemoterapia são regulamentadas pela Resolução 306/2006 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Desta maneira, o profissional ocupa-se também em planejar, executar, coordenar e supervisionar os procedimentos de hemoterapia que ocorrem nas unidades de saúde.

Dessa forma, é preciso enxergar o enfermeiro não só como agente participativo das doações e transfusões de sangue. Este, assim como doadores tem protagonismo nesse processo.

O enfermeiro também pode promover espaços de conhecimento, discussões tanto para sua equipe quanto para os doadores, haja vista que este é quem tem maior contato com as pessoas durante o processo de doação e transfusão de sangue.

Por fim, essas são apenas algumas considerações sobre os debates em torno desse trabalho, que ainda está em construção. Alguns tópicos e conceitos serão abordados em estudos posteriormente para pensar a doação de sangue, transfusão e finalmente apontarmos os fatores de inaptidão a doação de sangue, com novos dados coletados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doação de sangue é um procedimento em que se coleta sangue de um indivíduo, para depois armazená-lo, com a finalidade de que possa ser usado por outro indivíduo. A necessidade de doação, entretanto, exige um cuidado rebuscado, a fim de se minimizar os riscos de contaminação ao receptor na transfusão.

Desse modo, é imperativo compreender os fatores que levam à inaptidão de candidatos a doação de sangue. Por isso, é imprescindível se ter uma triagem criteriosa, que permita ao enfermeiro identificar no candidato qualquer situação ou condição danosa à doação de sangue, sempre pensando na segurança do possível receptor do sangue doado.

É importante destacar que esta pesquisa poderá contribuir com uma melhor compreensão das ações de políticas públicas, e sobre a importância da triagem como ação essencial para que o trabalho hemoterápico tenha a máxima segurança possível durante todo o processo. É necessária a realização de estudos mais extensos para compreender de forma mais ampla aos fatores que levam à exclusão de doadores de sangue em Hemonúcleo. Daremos continuidade a pesquisa relacionada a essa temática.

REFERÊNCIAS

ALLAN, Z.F; FEITOSA, I.A; MARTINS, P.M.R; OLIVEIRA, M.C; RESENDE, J.M.O; SILVA, J.C; CARVALHO, J.G. Componentes do sangue e coagulação sanguínea. **scientific Investigation in Dentistry**, v. 15, n. 1, 2012. Disponível em:
<http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/scientificinvestigationindestist/article/view/78>. Acesso em: 10 out. 2021.

ARRUDA, Mariluza Waltrick. **A triagem clínica de doadores de sangue: espaço de cuidar e educar- Florianópolis (SC)**: UFSC/PEN, 2007. 149 p

BRASIL. Ministério da Saúde **Técnico em hemoterapia: livro texto /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 292 p.

FORSTER, Fernanda; CÂMARA, Arilene Lohn; MORAES, Cladis Loren Kiefer Honório, Maria Terezinha; MATTIA, Daiana., LAZZARI, Daniele Delacanal.

Percepção dos enfermeiros quanto à assistência de enfermagem no processo transfusional. **Enfermagem em Foco**, [S.I], v.9, n.3, p.71-75, 2018.

JUNQUEIRA, P.C.; ROSENBLIT, J.; HAMERSCHLA, N. História da hemoterapia no brasil, **Rev. bras. hematol. hemoter.** v.27, n.3, p.201-207, 2005.

MATTIA, D. ANDRADE, SR. Cuidados de enfermagem na transfusão de sangue: um instrumento para monitorização do paciente. **Texto Contexto Enferm**, [S..], v.25, n.2, 2016.

MATOS JUNIOR, Sandro Rogério., ANDRADE, Nayany Brunelly S. Enfermeiro como protagonista na segurança transfusional no serviço de hemoterapia: uma revisão integrativa. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**. Aracaju, v.6, n.1, p. 89-98, 2020.

MOTA, Maria Jucilene da Silva. **CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA TRANSFUSÃO DE SANGUE**. Salvador, Bahia, 2017.

PADILHA, Débora Zmunda., WITT, Regina R. Competências da enfermeira para a triagem clínica de doadores de sangue. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.64, n.2, 2011.

SANTOS, Luiz. e Castro., MORAES, Cláudia., COELHO, Vera Schattan P. A. Hemoterapia no brasil de 64 a 80. **PHYSIS-Revista de Saúde Coletiva**, [S.I.], v.1, n.1 1991.

SCHÖNINGER, Neíse; DURO, Carmen L.M. Atuação do enfermeiro em serviço de hemoterapia. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v.9, n.2, p.317-324, 2010.

**Capítulo
11**

PREVENÇÃO AO MELANOMA: CÂNCER DE PELE – UM OLHAR DA ENFERMAGEM

Saara Marla Freitas Ferreira¹; Maria Vanda Ferreira da Silva¹;
Geanilson Araújo Silva²; Antonio Cardoso da Costa Neto³;
Marcia Silva de Oliveira⁴; Flávia Holanda de Brito Feitosa⁵;
Íthalo da Silva Castro⁵; Bruna Cruz Magalhães⁶

¹Acadêmicas do Curso de Enfermagem Bacharelado da Faculdade Santa Luzia; ²Enfermeiro da ESF\ HGM, professor no Curso de Enfermagem Bacharelado da Faculdade Santa Luzia;

³Doutor em Saúde Coletiva pela UFMA, Ph.D em Saúde Pública pela Universidade de Ciências Empresariales y Sociales, UCES, Buenos/Aires Argentina. Graduado em Enfermagem – UNICEUMA, Graduado em Pedagogia – UEMA. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁴Doutora em Ciências da Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, UCES, Argentina. Biomédica do Laboratório Médico Dr. Maricondi Ltda (Unidade Costa Verde, Itaguaí/RJ). Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ⁵ Especialização Iaturo senso Gestão de Pessoas pela Fundação Getúlio Vargas. Graduada em Enfermagem pelo Instituto Florence de Ensino Superior. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁶ Doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Zoologia pelo Museu Paraense Emílio Goeldi. Mestre em Zoologia pela Universidade Federal do Pará. Especialista em Gerenciamento de Recursos Ambientais pelo Instituto Federal do Piauí. Graduado em Ciências Biológicas pela UFPI. Docente da Faculdade Santa Luzia; Professor do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ⁷Mestre em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia

RESUMO:

O câncer é um processo patológico que começa quando uma célula anormal é transformada por uma mutação genética do DNA. No tocante ao câncer de pele, é uma neoplasia de cunho previnível. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o melanoma representa apenas 3% das neoplasias malignas do órgão. É o tipo mais grave, devido à sua alta possibilidade de provocar metástase (disseminação do câncer para outros órgãos). E ainda, sua incidência é mais frequente entre jovens e adultos de idade entre 20 e 50 anos. A enfermagem como linha de frente em todos os níveis de assistência à saúde tem contato proximal com o paciente/cliente, principalmente no que tange a Atenção Básica, por isso estimular ações de prevenção do melanoma é um eixo estratégico que poderá diminuir os índices das neoplasias de pele no Brasil. Nesse sentido, as ações da enfermagem é um importante aliado para expandir as informações das medidas profiláticas de modo que envolva toda a população.

Palavras-chave: Câncer; Enfermagem; Pele; Prevenção.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde, dentre as etiologias mais frequentes e relativas, é notório destacar a exposição prolongada e repetida ao sol, principalmente na infância e adolescência, exposição a câmeras de bronzeamento artifício, ter pele e olhos claros, com cabelos ruivos ou loiros, ou ser albino, ter história familiar ou pessoal de câncer de pele. Dessa forma, torna-se evidente que medidas preventivas e profilaxias precisam ser efetivadas.

Sob essa ótica, é imprescindível que o melanoma seja abordado com ênfase na prevenção, uma vez prevenir evita uma série de complicações em decorrência do enfrentamento ao câncer, principalmente no que se refere ao estresse físico e mental, além de abalos emocionais tanto para a pessoa acometida como para a sua família. Nesse viés, cabe a atenção e atuação do enfermeiro juntamente com a sua equipe de enfermagem para trabalhar e disseminar ações de cunho preventivo, visto que o atendimento tardio aliado a falha de educação em saúde contribui para avanço e prognóstico negativo do paciente. Dessa forma, preconizar ações de saúde na atenção básica é de suma importância, bem como expandir informações e fomentar a prevenção de forma geral.

O melanoma (câncer de pele) é uma doença que tem grande frequência no Brasil, que resulta em sérios problemas de saúde pública. Tem sido cada vez mais frequente a presença dessa doença em adultos de pele branca.

O prognóstico do Melanoma (câncer de pele) é bom desde que seja detectado no estágio inicial, fazendo assim aumentar as chances de vida do paciente. Devido à falta de informação, tem sido cada vez mais presente esse tipo de câncer na população Brasileira.

Observar o perfil dos pacientes com melanoma (câncer de pele) através do monitoramento, quadro clínico, manifestações, incidência é de crucial importância pois traça fatores epidemiológicos para agregar em medidas profiláticas. Por isso está pesquisa objetiva contribuir com que as medidas de prevenção eficazes para o um exitoso tratamento, e ou prevenção.

REVISÃO DE LITERATURA

O câncer, segundo definição disposta por Houaiss e Villar (2009, p. 383), é uma “doença caracterizada por proliferação celular anárquica, incontrolável e incessante, que geralmente invade os tecidos, podendo gerar metástases em várias partes do corpo e reaparecer após tentativa de retirada cirúrgica; tumor maligno.”. Em outras palavras, “o câncer se caracteriza pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas”. (INCA, 2019).

O câncer é um grupo de doenças caracterizadas pela divisão celular contínua e desordenada em um determinado local, mas com capacidade de disseminação e invasão de outros órgãos; por isso é uma das patologias mais temidas no mundo inteiro (EDIELSON, 2014).

Os cânceres são diferenciados uns dos outros que podem se corresponder com vários tipos de células do corpo, dando início aos tecidos epiteliais como a mucosa ou pele, que são identificados como carcinoma (ZINK, 2014). Ele se amplia a partir de alguns tecidos conjuntivos como ossos ou músculos. São conhecidos como sarcomas (INCA, 2020).

Pesquisas apontam que o câncer, desde 2001 é a segunda causa de morte no Brasil, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. Que deverá registrar 625 mil novos casos de câncer para cada ano do triênio 2020/2022, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2020).

Ainda de acordo com o INCA, as doenças crônicas como o câncer pode demorar muitos anos para se manifestar. A exposição solar em horários onde os raios solares passam de 40 graus sem o uso de protetor solar durante a infância pode causar câncer de pele na fase adulta. Existem também outros fatores de riscos encontrados no ambiente físico ou apurado hábitos e costumes próprios de um determinado ambiente (INCA, 2020).

A incidência de câncer profere uma soma de novos casos da doença em uma população. Porém essas implicações retratam um índice de câncer muito elevado na sociedade. Essas ideias a respeito da existência do câncer são alcançadas pela coleta especializada antecipada, ou seja, através de Registros de Câncer de Base Populacional – RCBP. Estas informações são fundamentais para controlar os padrões em nível populacional, formando

possibilidades de modo que possa ser avaliado o efeito das ações de manejo do câncer na população (INCA, 2020).

Os fatores de risco para o Melanoma podem ser os mesmos para doenças como obesidade, tabagismo, doenças respiratórias e cardiovasculares, todas implicam no estilo de vida e na prática de hábitos saudáveis (WAINSTEIN, BELFORT, 2004; INCA, 2021).

A literatura divulga os fatores que pode influenciar na origem da doença, tais como: exposição à radiação, exposição solar, álcool, tabagismo, bebidas alcoólicas e infecção pelo papiloma vírus humano (HPV) (ANTUNES; PERDICARIS, GOMES, 2015).

De acordo com sua classificação a neoplasia se divide em duas partes: benigna e maligna (INCA, 2021). As neoplasias benignas ou tumores benignos, eles crescem de forma organizada, geralmente se apresenta bem distinto, lento e com formato expansivo. Apesar de não invadir os órgãos vizinhos ele pode apertar os órgãos mais próximos. O lipoma (tem origem nos tecidos gordurosos), o mioma (tem origem nos tecidos musculares e lisos), o adenoma (tumor benigno nas glândulas). Já nas neoplasias malignas ou tumores malignos se apresentam com maior facilidade e autonomia celular que chega invadir os órgãos adjacentes, provocando metástases podendo ser resistente e provocar a morte do vetor (INCA, 2020).

O diagnóstico do câncer é realizado a partir de um fragmento de tecido que é utilizado para fazer a biopsia, essa amostra deve ser examinada por um patologista para confirmação de um diagnóstico histológico da causa da doença. Há casos em que são necessários fazer outros exames mais específico (histoquímicos e moleculares) que auxilia a definir com mais clareza os tumores. Logo após a confirmação do resultado é fundamental realizar outras apreciações para verificar a extensão da doença, se está controlada ou se atingiu outros órgãos adjacentes causando metástase (OPPERMANN, CHRISTINA, 2014).

Tem diversas formas de tratamento para os distintos tipos de câncer. As mais utilizadas são: cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou transplantes de medula óssea. Em alguns casos esses métodos são combinados com frequência para o tratamento da maioria dos tumores. O oncologista vai auxiliar

sobre o tipo de tratamento que vai ser utilizado depende do tipo de câncer e do aumento da doença no momento em que ela é detectada (OPPERMANN, CHRISTINA, 2014).

O câncer é uma doença que tem cura, mas quando diagnosticado no seu estado inicial. As chances de cura diminuem quando a doença se encontra em seu estágio mais avançado. Em alguns casos a doença mesmo estando no processo mais avançado, ou seja, com metástases também podem ser curadas com quimioterapia (OPPERMANN; CHRISTINA, 2014).

MELANOMA

O melanoma é uma neoplasia maligna que tem sua origem no melanócitos que é a célula responsável pela produção de melanina, substância que determina a cor da pele que pode comprometer a pele e as mucosas dentre outras partes do corpo (INCA, 2021). Demonstra que 2 a 4% dos melanomas (cânceres de pele) é responsável por 75 a 90% dos óbitos decorrentes da doença. O principal fator prognóstico é a sua espessura. Quando tratado precocemente apresenta altos índices de cura. Anualmente no mundo acontece por volta de 300 mil novos casos e 60 mil mortes decorrentes do melanoma.

Sua prevalência é mais encontrada em jovens e adultos entre 20 a 50 anos de idade. É mais comum em homens de acima dos 50 anos e nas mulheres abaixo dos 40 anos.

Ele atinge com mais rapidez em pessoas adultas de pele clara, podendo atingir qualquer parte do corpo causando manchas na pele ou mucosa, pintas ou sinal. Já em pessoas de pele escuras atinge as partes mais claras do corpo, ou seja, debaixo dos pés e nas palmas das mãos (BVS; ONG, 2017).

A incidência do melanoma vem aumentando principalmente em pessoas de pele clara. O Instituto Nacional do Câncer mostra que no Brasil irá atingir em 2020 o número de casos novos será de 4.200 em homens e 4.250 em mulheres por ano. Esses valores correspondem a um risco estimado de 4,03% novos casos a cada 100 mil homens e 3,94% para cada 100 mil mulheres (INCA, 2020).

Segundo (TREU; ALMEIDA; LUPI, 2021, p. 118):

A exposição solar está relacionada com uma maior incidência de melanoma, principalmente a do tipo intensa intermitente e durante a infância e a adolescência. A presença de sinais de dano actínio, que é uma forma subjetiva de avaliar a exposição solar prévia, assim como a história prévia de queimadura solar, estão relacionadas com risco relativo de 2,0.

Os fatores de riscos mais comuns para desenvolver o melanoma são: histórico familiar, fenótipo de uma pessoa com pele e olhos claros, cabelos loiros ou ruivos, exposição solar associada diretamente com a radiação ultravioleta (UV). Outros fatores que podem influenciar pacientes que tem psoríase que fazem tratamento com fototerapia, indivíduos que fazem uso frequentemente de câmeras de bronzeamentos arterial com idade precoce (ANTUNES, GOMES, PERDICARIS, 2015).

Pacientes reincidentes, ou seja, que contraíram o melanoma tem uma grande chance de desenvolver outros tipos de tumores primários, porém esse risco vai diminuindo com passar do tempo (INCA, 2020).

Existem algumas regras prática “A, B, C, D, E” adotadas para facilitar classificação através do diagnóstico clínico do melanoma onde o A significa assimetria, B - borda (irregulares e mal definidas), C- cor (variabilidade das cores), D- diâmetro que é acima de 6 mm, E – evolução (tamanho, forma ou cor) (INCA, 2021). A avaliação de lesão pela regra do ABCDE é indicada em pacientes de alto risco para detecção precoce do câncer de pele (ROSSI *et al.*, 2018).

O tratamento mais indicado para o melanoma são as cirurgias, seguido da radioterapia e quimioterapia que pode ser utilizado como uma alternativa a fim de minimizar o avanço do câncer dependendo do estágio em que ele se encontra. Esses estágios que variam do 1º ao 4º (grau) que é usado como prognostico evolutivo da doença. Quando há metástase significa que o câncer já tomou proporções maiores atingindo outros órgãos, em sua maioria atinge fígado, pulmão, ossos e cérebro, o tratamento mais indicado é a radioterapia que proporciona o alívio dos sintomas e melhora das condições de sobrevida do paciente (INCA, 2020).

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE PELE MELANOMA

As primeiras medidas de prevenção estão postas no contexto promoção de saúde, com baixo custo e sem morbidade, significa que podemos integrar os cuidados de saúde individualizados. Já na prevenção secundária são trabalhadas medidas que detectam a sobrevida ou redução da morbidade do paciente (ANTUNES, GOMES, PERDICARIS, 2015).

A prevenção é um dos meios mais eficazes para o não surgimento da doença e baseia-se em métodos simples de educação para toda a população com divulgação através de informações sobre o autocuidado.

A principal recomendação para população é voltada para o incentivo do uso do protetor solar, evitar a exposição prolongada ao solar nos horários 10h e 16h, onde a incidência de raios (UV) é mais intensa o ideal é procurar um local onde aja sombra, usar uma proteção adequada, como: roupas, bonés, sobrinhos, chapéu e óculos com proteção UV, aplicar o protetor solar diariamente no mínimo 30 minutos antes da exposição solar, usar protetor labial, já as tatuagens também tem que ser observada com bastante atenção, pois podem esconder algum tipo de lesão (ANTUNES; GOMES e PERDICARIS; 2015).

Conforme recomendação do INCA, o monitoramento da morbididade pelo melanoma deve ser incorporado na rotina da gestão de saúde, tornando-se um instrumento essencial para estabelecer ações de controle e prevenção. O melanoma pode ser evitado através das estratégias de prevenção primária e secundária que pode afetar positivamente a incidência da doença (INCA, 2020).

Prevenção primária é uma redução de fatores de risco antes que a doença se manifeste, fazendo mudanças no estilo de vida, deixar de fumar, limitando o consumo de bebida alcoólica, mantendo uma alimentação saudável, ser fisicamente ativo e mantendo-se em um peso adequado (OPPERMANN, 2014), evitando a exposição aos raios ultravioleta do sol, especialmente entre as 10 horas da manhã e as 16 horas, fazendo uso de protetor para pele, com fator de proteção 15 e usar filtro solar próprio para os lábios (INCA, 2021).

Prevenção secundária é realizada uma triagem com o paciente, cujo objetivo é detectar precocemente a doença afim de obter melhores resultados

para a sobrevivência dos pacientes. Ela deve ser feita baseada nos relatos do paciente como idade, história familiar de câncer, sexo, fatores, etnia ou raça (FOKAS *et al.*, 2014).

As mudanças comportamentais pró-proteção solar e quimioprofilaxia são estratégias de prevenção do melanoma. Há quem apontem seus benefícios, mas requer maior nível de evidência (ROSSI *et al.*, 2018).

Apesar da evolução da tecnologia e da ciência em saúde, se faz necessária a humanização no atendimento. “A enfermagem lida com seres humanos que apresentam comportamentos peculiares construídos a partir de valores, princípios, padrões culturais e experiências que não podem ser objetivados e tampouco considerados como elementos separados” (SILVA, CHERNICHARO, FERREIRA, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de extrema importância relatar com base em renomados autores a visão holística da enfermagem sobre a temática câncer de pele, desmistificar estigmas sociais e levar em consideração informações científicas de grande valia para a comunidade. A Enfermagem como forma de prevenção presta assistência através do cuidado, dando orientação aos pacientes com câncer de pele melanoma, apoiando o emocional e assistencial dos seus pacientes e familiares, ajudando a lidar e a entender a doença. Ela também observa os sinais e sintomas, através de exame físico detalhado como forma de prevenção ao câncer de pele melanoma;

Os cuidados de enfermagem aos pacientes com condições crônicas são variados e ocorre em diversos ambientes. Eles podem ser direto ou de suporte. O cuidado direto pode ser fornecido na clínica, no consultório médico ou em centro gerenciado por enfermeiras, no hospital ou na casa do paciente, dependendo do estado da doença.

No presente trabalho, os exemplos de cuidados direto incluem avaliar o estado físico do paciente, realizar o cuidado com a ferida, tratar e supervisionar os regimes medicamentosos e realizar demais tarefas técnicas. A disponibilidade desse tipo de cuidado de enfermagem pode permitir que o

paciente permaneça em casa ou retorne a sua vida normal depois de um episódio agudo da doença.

Nesse sentido, o cuidado de Enfermagem se faz necessário, condutas essas que farão diferença na vida do paciente acometido com tal patologia.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo César Pinto; GOMES, Roberto; PERDICARIS, Antônio. **Prevenção Do Câncer.** 2a ed. Editora Manole, 2015.

EDIELSON, Jairo Rodrigues et al. Mans conhecimento sobre prevenção do câncer de pênis / Conhecimento do homem sobre a prevenção de câncer de pênis. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v.3, n.1, p. 79-84, 2014.

FOKAS, E .; PREVO. R.; HAMMOND, E. M.; BRUNNER, T. B .; MCKENNA, W. G. ; MUSCHEL. R. J. Targeting ATR in DNA damage response and cancer therapeutics. **Cancer treatment reviews**, v.40, n.1, p. 109-117, 2014.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa. Elaborado pelo Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **ABC do Câncer: Abordagem básica para o controle do câncer.** -6.ed. rev. atual.-Rio de Janeiro: INCA,2020. http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **ABC do Câncer: Abordagem básica para o controle do câncer.** -5.ed. rev. atual.-Rio de Janeiro: INCA,2019. http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Exposição Solar.** 2021. <https://www.inca.gov.br/causas-e-prevencao/prevencao-e-fatores-de-risco/exposicao-solar>.

OPPERMANN, Christina Pimentel. **Entendendo o câncer.** Ed.Artmed, 1a. ed., 2014.

ROSSI, Daniele dos Santos; LERIAS, Aline Grimaldi; RITTER, Camila Carvalho; SILVA, André Luiz da. Prevenção e detecção precoce do câncer de pele. **Acta médica**, v. 39, n.2, p. 328, 2018.

SILVA, Fernanda Duarte da; CHERNICHARO, Isis de Moraes; FERREIRA, Márcia de Assunção Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado resumo . **Esc Anna Nery**, v.15 n.2, p.306-313, 2011.

TREU, C.M.; ALMEIDA, .P.; LUPI, O. **Câncer de pele – manual teórico prático.** 1a ed. Editora Manole, 2021.

WAINSTEIN, Alberto JA; BELFORT, Francisco A. Conduta para o melanoma cutâneo. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 31, n. 3, p. 204-214, 2004.

ZINK, Beatrix Sabóia. Câncer de pele: a importância do seu diagnóstico, tratamento e prevenção. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.76-83, 2014.

**Capítulo
12**

**A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE
ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À
CRIANÇA AUTISTA**

Josilene Lindoso Abreu Brito¹; Eliene Teixeira Costa¹; Andrea Barros Araújo¹
Polyana Glauce Pinheiro de Carvalho²; Antonio da Costa Cardoso Neto³;
Bruna Cruz Magalhães⁴; Lairla Silveira Ripardo⁵;
Lúcia Camila Oliveira Friedrich Sousa⁶

¹ Acadêmico (a) do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ² Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional pelo ISEC e em Gestão e Supervisão Escolar pela FAEME, Graduada em Letras pela UEMA e Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia-FSL; ³ Doutor em Saúde Coletiva pela UFMA, Ph.D em Saúde Pública pela Universidade de Ciências Empresariales y Sociales, UCES, Buenos/Aires Argentina. Graduado em Enfermagem – UNICEUMA, Graduado em Pedagogia – UEMA. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁴ Mestre em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia; ; ⁵ Especialista em Psicoterapias Comportamentais Contextuais – IPOG. Graduada em Psicologia. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁶ Especialista em Docência do Ensino Superior pela Universidade Cândido Mendes. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia.

RESUMO:

O enfermeiro, enquanto profissional responsável pela consulta de enfermagem na atenção básica, precisa se apropriar do conhecimento a respeito dos sinais e sintomas do autismo, para que perceba a existência desse transtorno e elabore estratégias de intervenção quando necessário. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, elaborado mediante a análise de revisão bibliográfica, com o objetivo de estudar a atuação do profissional de enfermagem na assistência à criança autista. O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado como um distúrbio que compromete, principalmente, o sistema neurológico, causando desequilíbrio no desenvolvimento da criança, afetando sua capacidade de socialização e comunicação, além de ser caracterizado pela presença de comportamentos restritos e repetitivos. Conclui-se o presente estudo chamando a atenção das autoridades competentes para as limitações dos pacientes portadores do Transtorno do Espectro Autista, e para o desenvolvimento de estudos que visem garantir o máximo de conhecimento e benefício às pessoas desse grupo populacional, bem como assegurar aos diversos profissionais da saúde, em particular da enfermagem, os conhecimentos para capacitá-los a cuidar dos indivíduos com TEA de forma segura, prevenindo riscos à vida.

Palavras-chave: Profissional de enfermagem; Criança; Distúrbio; Transtorno do Espectro Autista (TEA).

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado como um distúrbio que compromete, principalmente, o sistema neurológico, causando desequilíbrio no desenvolvimento da criança, afetando sua capacidade de socialização e comunicação, além de ser caracterizado pela presença de comportamentos restritos e repetitivos.

A origem do autismo é multifatorial, tendo grande influência de fatores genéticos e biológicos, mas também abrangendo aspectos psicológicos e ambientais, que geram uma maior vulnerabilidade ao transtorno. Esses fatores estão relacionados ao parto prematuro, sangramento na gravidez, diabetes gestacional, gravidez de múltiplos, idade materna e paterna, doenças infecciosas na gestação, como sífilis, rubéola e a toxoplasmose, as patologias cerebrais, como lesões traumáticas, a meningite, usos de drogas pelos pais, além das doenças que cursam com o atraso no desenvolvimento mental. Apesar disso, cabe enfatizar que a maioria das crianças autistas nasce, aparentemente, sem nenhuma disfunção. Elas se comportam e choram como todos os outros bebês e é dos primeiros meses de vida até os cinco anos de idade que começam a surgir os sintomas iniciais, configurando uma situação desafiadora para os pais e familiares.

São atípicos os comportamentos de crianças que não falam, não olham para as pessoas e que se isolam cada vez mais em um mundo particular. Embora não exista, ainda, um exame biológico específico para detectar o autismo, é possível identificá-lo através de instrumentos que subsidiam a avaliação clínica do psiquiatra, neurologista, neuropediatra, entre outros profissionais da saúde, como o enfermeiro, que terão contato com o funcionamento específico da pessoa com TEA.

O profissional de Enfermagem é responsável pela consulta na Atenção Básica e o conhecimento a respeito dos sinais e sintomas é fundamental para que haja uma percepção efetiva durante a sua avaliação e possam ser elaboradas estratégias de intervenção quando necessário. A equipe de enfermagem deve estar apta a reconhecer precocemente os sinais do autismo, com o intuito de dar uma assistência adequada e poder contribuir para o diagnóstico. Nesse processo, é fundamental que seja criado um vínculo entre

o profissional de enfermagem, a criança e seus familiares para que os mesmos se sintam seguros e amparados, fazendo com que o tratamento seja mais eficaz. Nesse sentido, portanto, o presente trabalho objetiva estudar a atuação do profissional de enfermagem na assistência à criança autista.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, elaborado mediante a análise de revisão bibliográfica, com o objetivo de evidenciar a atuação do profissional de enfermagem na assistência à criança autista. Os trabalhos da literatura revisada são das bases de dados scielo, google acadêmico, pubmed, medline e biblioteca virtual da saúde os quais foram selecionados 18 adotando os descriptores autismo, autismo e enfermagem, transtorno do espectro autista.

A pesquisa foi realizada no período de agosto a dezembro de 2021. Foram incluídos os 13 mais relevantes do levantamento bibliográfico para atender ao objeto do estudo proposto.

REVISÃO DE LITERATURA

O termo autismo foi utilizado em 1906 pela primeira vez por um psiquiatra que se dedicou e estudou o processo dos pensamentos dos pacientes que sofriam com a esquizofrenia. A palavra autismo vem da junção grega intitulada *autus* e *ismo* e significa “voltado para si mesmo” (VILAR *et al.*, 2019).

Em 1911, o termo autismo foi utilizado pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler que esboçou alguns dos sintomas da esquizofrenia. Logo após a Segunda Guerra Mundial, o autismo começou a ser tratado como uma doença diferenciada e foi a partir de 1930 que os problemas das crianças foram cuidados na prática pelos profissionais da pediatria, onde amadureceram a ideia das condições para o envolvimento desses profissionais com as doenças no período da infância (MARFINATI; ABRÃO, 2014).

Conforme a Organização das Nações Unidas (2010) evidencia a Organização Mundial da Saúde, cerca de 70 milhões de pessoas, a nível

mundial, são afetadas pelo Transtorno do Espectro Autista (TEA). De acordo com os dados epidemiológicos, a estimativa é que um a cada 88 nascidos vivos apresente o transtorno (GOMES *et al.*, 2015).

Sobre o público infantil, se avalia que um a cada 160 crianças são afetadas. Os estudos apontam que nos últimos 50 anos a prevalência do autismo está aumentando globalmente e este alcance é caracterizado devido a expansão dos critérios de diagnóstico, aumento da conscientização acerca da temática, aprimoramento das informações explanadas e melhores ferramentas de identificação do transtorno (OPAS, 2017).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID – 11), lançada no dia 18 de junho de 2018, o Transtorno do Espectro Autista passou a constar nessa nova classificação. O contexto classifica e comprehende os diferentes níveis do autismo a partir da CID – 11, no entanto, é complexo, apesar dos avanços já conquistados ao longo dos anos referente à luta pelo reconhecimento do transtorno como uma deficiência (ASSOCIAÇÃO PANDORGA, 2018).

A CID – 10 incluía vários diagnósticos dentro dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) como: Autismo Infantil, Autismo Atípico, Síndrome de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno com Hipercinesia Associada a Retardo Mental e a Movimentos Estereotipados, Síndrome de Asperger, Outros TGD e TGD sem outra especificação. A nova versão da classificação (CID – 11) une todos esses diagnósticos no Transtorno do Espectro do Autismo e as subdivisões passaram a ser apenas relacionadas a prejuízos na linguagem funcional e deficiência intelectual. A intenção é facilitar o diagnóstico e simplificar a codificação para acesso a serviços de saúde. (ASSOCIAÇÃO PANDORGA, 2018).

A Constituição Brasileira de 1988 elaborou um conjunto de diplomas legais garantindo os direitos das pessoas com deficiência para que eles fossem assegurados. A principal diretriz que aborda essa temática em referência é a Lei Federal nº 12.764/2012, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Ressalta-se que esta lei resultou no projeto (PLS 168/2011) de autoria da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH), presidida pelo senador Paulo Paim (PT-RS). (BRASIL, 2012).

O Projeto de Lei Suplementar (PLS 168/2011), que estabelece os principais direitos da pessoa autista e ampara a pessoa com deficiência, estipula um cadastro único com a finalidade de produzir estatísticas nacionais sobre o assunto. (BRASIL, 2011). Embora a exigência legal da criação desse cadastro tenha ocorrido em meados de 2012, apenas em 2020 que a Presidência da República do Brasil aprovou outro projeto com objetivos semelhantes. Identificado como PL 2.573/2019, ele estabelece a criação de uma carteira de identificação que garante prioridade nas áreas da educação, assistência social e de saúde, servindo também para reunir dados sobre a prevalência do TEA na região. (BRASIL, 2019).

No Brasil, existem leis que são utilizadas como fundamentação para litígios e apelações judiciais que reivindica os direitos das pessoas portadoras do transtorno e seus familiares. No entanto, quanto à literatura científica em relação ao tema “legislação e autismo”, a produção não está abundante. Dentre as leis disponíveis, uma é imprescindível ser do conhecimento de todas as pessoas relacionadas, de alguma forma, com pessoa portadora do TEA: a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (BRASIL, 2001). Sendo:

(...) Art. 1º os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. (...) (p.01) dentre os direitos da pessoa portadora de transtorno mental previstos neste parágrafo estão: (...) I- Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II- Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; (...) (p.01) Também fica claro nesta Lei de que a responsabilidade de assegurar esses direitos é do Estado: (...).

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais com a devida participação da sociedade e da família a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que

ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. (...)

O Brasil, embora tenha ratificado os mais importantes tratados internacionais de direitos humanos e avançado na elaboração e promulgação dos diplomas legais brasileiros, tem a realidade expressa em desigualdade e exclusão (SILVA, 2017).

De acordo com Tibyriça (2015), é função do Estado desenvolver os mecanismos necessários para assegurar a harmonia social e as mesmas condições de existência para todos os membros da sociedade, assim como corrigir eventuais desvios quando os primados fundamentais não forem respeitados. Sendo assim, esse conjunto de deveres do Estado compreende a defesa dos direitos fundamentais referente às pessoas com deficiência, pois é seu dever protegê-las das desigualdades, objetivando garantir o direito a uma vida digna.

De acordo com Bruni (2013), o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento com impactos importantes no desenvolvimento do indivíduo e está relacionado a problemas como dificuldade de relacionamento social, comunicação e comportamento, sem cura e com causas desconhecidas. Sua manifestação começa mesmo antes dos três anos de vida, de forma sutil, e vai até evidenciando-se até a vida adulta, gerando grandes dificuldades. É uma condição que pode estar presente em todos os indivíduos, mas tendo a sua prevalência voltada ao sexo masculino.

Segundo De Araújo (2018), embora as causas do Transtorno do Espectro Autista (TEA) sejam desconhecidas, sua origem pode ser considerada genética e ambiental ou ainda que pode ser influenciada por uso de medicamentos durante a gravidez, entre outros fatores. No entanto, é uma linha de pesquisa complexa que sinaliza duas possibilidades: a psicogenética e a biológica, onde uma representa a interferência de fatores familiares no desenvolvimento da criança, que pode evoluir para um quadro autista, e a outra abordando uma causalidade biológica sem carga hereditária.

Os sintomas e prejuízos variam de acordo com os níveis do espectro autista, sendo diversos e associados a fatores genéticos e neurobiológicos, acompanhados de disfunção física no cérebro. São observados através da anamnese realizada na entrevista com o paciente, podendo ser identificados

distúrbios no ritmo de habilidades físicas, sociais e linguísticas. As áreas mais afetadas são a visão, o tato, a audição, o olfato, a dor, o equilíbrio, a fala, linguagem ausentes e atrasadas, entre outras limitações. A característica mais marcante do autismo pode ou não ser associado a um comprometimento cognitivo ou alguma anomalia anatômica ou fisiológica do sistema nervoso central (SNC). Essa associação está presente em, aproximadamente, 70% dos casos, e a tendência com a ampliação dos critérios diagnósticos é diminuir (GAUDERER, 1997).

O tratamento clínico é conduzido por um médico e é indicado em casos que tenham comorbidades neurológicas ou psiquiátricas, assim como quando os sintomas interferirem no dia a dia. Não existe uma medicação para a cura dos sintomas do TEA, porém, há o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, incluindo psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, neurologistas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, enfermeiros, entre outros, que trabalham nas habilidades cognitivas, sociais, de linguagem, na diminuição da rigidez muscular e dos movimentos repetitivos, diminuição do estresse da família e na eliminação de comportamentos inadequados, com o objetivo de promover a qualidade de vida tanto do paciente portador desse transtorno como também dos seus familiares. (FERREIRA et al., 2016).

Um estudo com enfermeiros, elaborado por Carniel, Saldanha e Fensterseifer (2010), identificou que a relação clínica entre o enfermeiro e a criança autista requer aceitação e compreensão do profissional, pois este deve considerar as individualidades dos pacientes com TEA e não os tratá-los de forma idêntica. Se faz necessário que o profissional esteja atento e que realize práticas humanizadas a fim de facilitar a comunicação entre ambos e desempenhar sua função adequadamente.

Compreende-se a assistência de Enfermagem para crianças com TEA da seguinte forma:

Desestimular a auto-agressão, desviando sua atenção para outras coisas ou objetos. Demonstrar carinho através do toque mesmo não havendo o retorno do mesmo. Observar, estimular e estar atento ao que o indivíduo disser. Ensinar e estimular o auto cuidado como higiene pessoal. Desestimular movimentos repetitivos. Colocar limites, explicando sempre o porquê dos mesmos. Estimular a socialização através de atividades em grupo (SANTOS JÚNIOR, 2007, p. 27).

De acordo com Cruz e Xavier (2013), o atendimento do enfermeiro para com a criança deve ser de auxiliar o reconhecimento das suas habilidades e suas potencialidades, assim como de enfrentamento e convívio das suas limitações, pois em conjunto a esse contexto, o objetivo da intervenção terapêutica tende a ser atingido. Entretanto, para Domingues e Chaves (2005), a realidade da atuação profissional da maioria dos enfermeiros ainda é direcionada apenas para atividades técnicas. Isso pode ser explicado pela ausência de subsídios na sua formação no que se refere ao desenvolvimento de habilidades relacionais e solidárias nos serviços de saúde mental, onde tais competências são essenciais para enfermeiros que trabalham com crianças autistas e sua ausência dificulta o progresso do acompanhamento clínico da criança.

Se faz imprescindível que o profissional de enfermagem, junto à equipe de saúde no acompanhamento do paciente, tenha um olhar sensível para os sinais de suspeita do Transtorno do Espectro Autista. O enfermeiro, muitas vezes, é o primeiro acesso da família a um profissional com repertório para os orientar na busca do possível diagnóstico e tratamento. A atuação desse profissional para a criança se configura além da atenção aos sintomas apresentados, prestando assistência de enfermagem de forma precoce, apoiando a família, garantindo o bem-estar da criança, transmitindo segurança e tranquilidade, esclarecendo questionamentos e incentivando a inserção ou continuação do tratamento (SANTOS, SOUSA, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutir sobre a atuação do profissional de enfermagem na assistência à criança autista é de extrema importância, uma vez que se trata de um transtorno que afeta um número expressivo de indivíduos em todo o mundo. O Transtorno do Espectro Autista (TEA) apresenta comprometimentos da comunicação e socialização da criança, que são percebidos dentro dos meios em que está inserida. Sabendo disso, comprehende-se que os desafios a serem enfrentados por elas e pelas famílias começam precocemente e são expressados em todas as etapas do seu funcionamento. Entende-se a essencialidade do acompanhamento e intervenção multidisciplinar para que se

alcance um comprometimento da criança de forma a promover sua qualidade de vida, assim como da rede familiar e social.

Conclui-se o presente estudo chamando atenção das autoridades competentes para as limitações dos pacientes portadores do Transtorno do Espectro Autista e para o desenvolvimento de estudos que vise garantir o máximo de conhecimento e benefício às pessoas desse grupo populacional. Bem como, assegurar aos diversos profissionais da saúde em particular da enfermagem os conhecimentos que possam empoderar esses profissionais para aplicá-los de maneira segura garantindo uma assistência adequada e contribuindo para a prevenção de risco à vida.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. C. F. **As contribuições da psicomotricidade na educação infantil.** Monografia. Licenciatura Plena em Pedagogia. Universidade Estadual da Paraíba , 2018;

ASSOCIAÇÃO PANDORGA. **Importante novidade para o diagnóstico do autismo: CID-11.** 2018. Disponível em:
<http://www.pandorgaautismo.org/subnivel/importante-novidade-para-o-diagnostico-do-autismo:-cid-11>. Acesso em: 20/10/2021.

BRASIL. Lei N° 12.764, de 27 de dezembro de 2012. **Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista;** e altera o § 3º do art. 98 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990. 2012. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acesso em: 21/10/2021.

_____. Projeto de Lei do Senado nº 168, de 2011. **Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.**

_____. Projeto de Lei nº 2573, de 2019. **Altera as Leis nºs 12.764, de 27 de dezembro de 2012, e 9.265, de 12 de fevereiro de 1996, para instituir a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (CIPTEA), e dá outras providências.**

BRASIL. Lei N° 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 20/10/2021.

BRUNI, A. R.; GADIA, C. M.; MARCO, C. L. **Autismo e Realidade: cartilha autismo e educação.** São Paulo. 2013.

CARNIEL, E. L.; SALDANHA, L. B.; FENSTERSEIFER, L. M. **A atuação do enfermeiro frente à criança autista.** PEDIATRIA, São Paulo, v.32, n. 4, p. 255-260, 2010.

CRUZ , F. P.; XAVIER, F. M. **Acompanhamento de paciente adulto com autismo em uma instituição de apoio à saúde mental: um estudo de caso.** Artigo (Graduação em Enfermagem) – Faculdades Integradas PROMOVE, Brasília, 2013, 16p.

DOMINGUES, T. A.; CHAVES, E. C. **O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro.** Rev Esc Enferm USP, v. 39, n. Esp., p. 580-8, 2005.

FERREIRA, J. T.; MIRA, N. F.; CARBONERO, F. C.; CAMPOS, D.. **Efeitos da fisioterapia em crianças autistas: estudo de séries de casos.** Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.16, n.2, p. 24-32, 2016.

GAUDERER, E. **Autismo e Outros Atrasos do Desenvolvimento: Guia Prático para pais e Profissionais.** Rio de Janeiro: Revinter; 1997.

GOMES, P. T. M.; LIMA, L. H. L.; BUENO, M. K. G.; ARAÚJO, L. A. e SOUZA, N. M. **Autismo no Brasil, desafios familiares e estratégias de superação: revisão sistemática.** Revista Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro, v.91, n.2, p. 111-121, mar/abr. 2015.

MARFINATI, A. C; ABRÃO, J. L. F. **Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito autismo.** Revista Estilos da Clínica. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 244-262, mai/ago. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282014000200002. Acesso em: 15 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **É necessária uma maior conscientização e compreensão do autismo, diz chefe da ONU.** 2010. Disponível em: <https://news.un.org/en/story/2010/04/334362-greater-awareness-and-understanding-autismneeded-says-un-chief#.WNtOnRiZPVo>. Acesso em: 16 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Folha informativa-transtorno do espectro autista.** 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?Itemid=1098>. Acesso em: 16 out. 2021.

SANTOS-JÚNIOR, W. C. **O autismo infantil e a enfermagem: uma revisão bibliográfica.** Monografia (Graduação em Enfermagem) – UniCEUB, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2007, 31p.

SANTOS, I. M. S. C.; SOUSA, P. M. L. **Como Intervir na perturbação autista.** 2006.

SILVA, A. J. **Autismo, direito e cidadania. Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul.** Comissão de Cidadania e Direitos Humanos; Rede Gaúcha Pró- Autismo. Alexandre José da Silva. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2017.

TIBYRIÇA, R. F. **Os direitos das pessoas com (TEA) após a Lei 12.7694/12 (Lei Berenice Piana): o que mudou?** São Paulo: Defensoria Pública do Estado de São Paulo, 2015.

VILAR A.M.; OLIVEIRA M.F.; ANDRADE M.; SILVINO Z.R. **Transtornos autísticos e estratégias promotoras de cuidados: revisão integrativa.** Revista Baiana de Enfermagem. Salvador, v.33, p. 1-15, 2019.

**Capítulo
13**

OS CUIDADOS DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E NO TRATAMENTO DE FERIDAS

Marcelina Lopes Xavier Gama¹; Suziane Cutrim Silva¹;
Daiane Sampaio Araújo¹; Davyson Vieira Almada²;
Antonio Cardoso da Costa Neto³; Maria Helena da Silva Castro⁴;
Jéssica Rayanne Vieira Araújo Sousa⁵; Bruna Cruz Magalhães⁶

¹Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ²Especialista em Farmácia Hospitalar pelo Instituto Brasil de Pós-Graduação. Coordenador do Curso de Farmácia da Faculdade Santa Luzia; ³Doutor em Saúde Coletiva pela UFMA, Ph.D em Saúde Pública pela Universidade de Ciências Empresariales y Sociales, UCES, Buenos/Aires Argentina. Graduado em Enfermagem – UNICEUMA, Graduado em Pedagogia – UEMA. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁴Mestrado Profissional em Enfermagem (em Andamento). Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Selvíria, Especialista em Enfermagem Geriátrica e Gerontologia pela Universidade Cândido Mendes; Especialista em Gestão de Enfermagem em UTI pela Universidade Cândido Mendes. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Bacabal-FEBAC. Docente e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ⁵Especialista em Gestão em Saúde, Gestão Pública pela Universidade Estadual do Maranhão e Enfermagem em Saúde da Família pela Faculdade UNIBF. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Luzia – FSL; ⁶ Mestre em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia;

RESUMO:

As feridas são consequência de uma agressão por um agente ao tecido vivo. O presente estudo teve como objetivo analisar os cuidados de enfermagem na prevenção às feridas. A metodologia utilizada trata-se de uma pesquisa bibliográfica, na qual foram utilizadas bases científicas para aquisição dos dados. O estudo, discute o tratamento das feridas que vem evoluindo desde 3000 anos a.C. Conclui-se a presente pesquisa chamando atenção dos profissionais de Enfermagem e das autoridades competentes para um novo olhar direcionado a assistência às pessoas com feridas, para que, as lesões sejam tratadas de maneira eficiente - para tanto, é necessário ter conhecimento de qual procedimento deve ser realizado. Assim, é primordial conhecer a classificação das feridas.

Palavras-chave: Feridas; Necrose; Pele.

INTRODUÇÃO

As feridas são consequência de uma agressão por um agente ao tecido vivo. O tratamento das mesmas vem evoluindo desde 3000 anos A.C., porém, para que essas lesões sejam tratadas de maneira eficiente, é necessário ter

conhecimento de qual procedimento deve ser realizado. Assim, é primordial conhecer a classificação das feridas (ARARAQUARA, 2011).

A base deste estudo é compreender como se deu o processo histórico do tratamento de feridas, dando ênfase em anatomia e a fisiologia humana, pois traz uma compreensão sobre alguns tipos de feridas, como a úlcera por pressão (UPP), a etiologia, o período de cicatrização, os transudatos e os exsudatos, e os produtos a serem utilizados no tratamento.

Diante desse contexto, destaca-se a importância da enfermagem nos cuidados dessas lesões, pois atua de forma íntegra, considerando o paciente como um ser biopsicossocial e indo além da simples técnica de realizar curativos, e por se tratar de uma avaliação complexa, é relevante que o profissional seja capacitado para uma avaliação sistematizada, com prescrições adequadas para os diversos tipos de curativos e que seja ideal para reconstituição do tecido, levando em consideração os fatores ambientais e fisiológicos que interferem na evolução, na qualidade e no tempo de cicatrização (SILVA; MOREIRA, 2015).

Sendo assim, o acesso dos profissionais a recursos materiais apropriados, a treinamentos específicos e ao desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar são fatores indispensáveis para que possam ser viabilizadas as condições necessárias para o estabelecimento de condutas terapêuticas eficazes nesse processo. Por isso é de suma importância que a enfermagem esteja constantemente atualizada. (SANTOS *et al.*, 2021).

Percebe-se que tratar uma ferida gera custos de longo prazo, tanto para o ser humano em si, como para a família desse paciente e gestão pública que deve garantir o tratamento do indivíduo, o que poderá contribuir para onerando os cofres públicos, haja vista que existe um número significativo de pessoas com tecidos lecionados podem desenvolvem as feridas, que se não forem tratadas corretamente pode impactar de forma negativa a saúde das pessoas acometidas, assim como as condições econômicas daqueles que custeiam o tratamento.(FLORIANOPOLES, 2007).

Por isso, atendê-los com uma visão holística, com a especialização na área, é fundamental para o sucesso do tratamento, melhorando a qualidade de vida e diminuindo gastos públicos, dando ainda uma atenção especial às feridas crônicas, que demandam intervenções terapêuticas eficazes, que

favoreçam a aceleração do processo de cicatrização (DANTAS; SANTOS *et al.*, 2019).

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa é analisar os cuidados da enfermagem na prevenção e no tratamento de feridas.

HISTÓRICO DO TRATAMENTO DE FERIDAS

O ser humano já buscava o tratamento de feridas desde da antiguidade, quando nos tratamentos eram utilizadas as mais variadas formas de plantas medicinais, no processo de cicatrização de feridas. A enfermagem sempre esteve presente nesse processo de cura, desde da época de Florence e Ana Neri, trabalhando com feridas, pois foi na guerra que essas pioneiras expandiram a arte de cuidar. Assim “O cuidado com feridas vem desde a pré-história, quando se aplicavam, sobre os mesmos extratos de plantas, água, neve, gelo, frutas, lama, mel, leite, gordura animal, ovo e resina,” como atenta Borges (2000, p. 23).

No que diz respeito ao histórico do tratamento das feridas, Vieira, *et al* (2017, p. 3), dizem:

Os primeiros registros históricos sobre os cuidados de feridas estão presentes em blocos de argilas (2.500 a.C.), documentos em sânscritos (2.000 a.C.), papiros (1.650 a 1.550 a.C.) e escritos de Homero (800 a.C.) que descreveram a tríade clássica de intervenção para a terapia dermatológica para a cicatrização: lavar, cobrir com plásticos (de óleo, cobre, zinco, prata, mercúrio, argila, plantas, resinas, vinagre, água quente, pão úmido, leite, mel, gordura animal, vinho, cerveja etc.) e, por último, proteger a ferida.

Ainda com relação ao tratamento de feridas na história, Ferreira, Bogamil e Tormena (2008, p. 1) relatam o seguinte:

Na história do tratamento de feridas, desde os tempos antigos, observa-se grande preocupação do homem em manter sua saúde, sua integridade física. Com os avanços tecnológicos, na área do cuidado aos portadores de feridas, obteve-se uma ascensão quanto aos produtos e métodos utilizados. Quanto aos cuidadores, surgiu a necessidade da busca por um melhor preparo técnico-científico condizente com as novas tendências e perspectivas. A enfermagem sempre esteve inserida no papel de principal cuidador de lesões de pele desde seu surgimento como profissão.

Assim, é possível perceber que o cuidado do enfermeiro com o paciente que possui esse perfil requer, muito além da prática do curativo, uma

abordagem explicativa do profissional, a compreensão da fisiologia da pele, a fisiologia da cicatrização, conhecimento científico e conhecimento sobre os tipos de coberturas existentes no mercado (CAVALCANTE, 2012).

ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE E ANEXOS

Sendo o maior órgão do corpo humano, tem a composição de duas camadas: a epiderme e a derme, um tipo de tecido com a capacidade de juntar-se, unindo-se aos demais órgãos do corpo humano, tendo ainda a hipoderme. De acordo com Bernardo, Santos e Silva (2019, p. 3):

A pele é o maior órgão do corpo humano, é responsável por cerca de 16% do peso corporal e possui como principal função isolar as estruturas internas do ambiente externo, e é constituída por três camadas: epiderme, derme e hipoderme ou tela subcutânea.

A derme é rica em fibras colágenas e elásticas que dão à pele a capacidade de distender-se quando tracionada, voltando ao seu estado original quando a tração é interrompida (PEIXOTO, 2003, p. 10).

A última camada da pele tem formação básica de células de gordura com conexão entre a derme e a lâmina de tecido fibroso na qual se fixam alguns músculos, a fáscia muscular. Campos, (2007. p. 16):

Sabendo-se que a pele é o maior órgão do corpo do ser humano, ela desempenha inúmeras funções vitais: fazer a proteção do organismo das mais variadas ameaças, dos microrganismos e seus ataques. É o que dizem Santos, et al (2011, p. 7):

A pele tem várias funções como por exemplo: quais sejam: proteger os organismos contra de agentes externos, físicos químicos e biológicos, impedir a perda excessiva de líquidos, manter a temperatura corporal, sintetizar a vitamina D, agir como órgão dos sentidos.

FERIDAS E SUAS CLASSIFICAÇÕES

Como atenta MARTINS, (2021, P. 15):

As feridas são classificadas segundo diversos parâmetros, que auxiliam no diagnóstico, evolução e definição do tipo de tratamento, tais como cirúrgicas, traumáticas e ulcerativas. CIRÚRGICAS – provocadas por instrumentos cirúrgicos, com finalidade terapêutica. TRAUMÁTICAS – feridas provocadas accidentalmente por agentes. ULCERATIVAS – lesões escavadas, circunscritas, com profundidade variável, podendo atingir desde camadas superficiais da pele até

músculos. As úlceras são classificadas conforme as camadas de tecido atingido.

As feridas podem ser classificadas quanto à causa, ao conteúdo microbiano, ao tipo de cicatrização, ao grau de abertura e ao tempo de duração. Nesse caso, entram as feridas agudas e as crônicas. A ferida é aguda quando acontece a ruptura vascular com desligamento, e rapidamente acontece o processo de hemostasia. Já a ferida crônica se manifesta quando há desvio sequencial do processo cicatricial fisiológico (CAMPOS, MORE, ARRUDA, 2007)

Com relação ao grau de contaminação, de acordo com a Martins, (2021, p. 16).

A ferida pode apresentar em diferentes formas:

- Limpa: lesão feita em condições assépticas e que está isenta de microrganismos;
- Limpa contaminada: lesão com tempo inferior a 6 horas entre o trauma e atendimento, sem contaminação significativa;
- Contaminada: lesão com tempo superior a 6 horas entre o trauma e atendimento, com presença de contaminantes mas sem processo infeccioso local;
- Infectada: presença de agente infeccioso local e lesão com evidência de intensa reação inflamatória e destruição de tecidos, podendo haver pus; ·
- Odor: produzido por bactérias e tecidos em decomposição.

O que são as bactérias? Dizem (VIEIRA E FERNANDES, 2012, p. 37) “são organismos unicelulares. Podem ser encontrados de forma isolada ou em colônias; são constituídos por uma célula (unicelulares), não possuem núcleo celular definido (procariontes) e não possuem organelas membranosas”.

De acordo com Antonangelo e Capelozzi (2006, P. 1):

Os transudatos geralmente são límpidos, amarelo-claros e não se coagulam espontaneamente. Em contraposição, os exsudatos podem ser hemorrágicos, turvos ou purulentos e freqüentemente se coagulam devido à presença de fibrinogênio. Quilotórax e pseudoquilotórax cursam com líquidos branco-leitosos em cerca de 50% dos casos.¹ Os derrames hemorrágicos são geralmente secundários a acidentes de punção, traumas torácicos, neoplasia, embolia pulmonar, ruptura de aneurisma de aorta, pancreatite e, menos freqüentemente, tuberculose. Ressalta-se que os transudatos podem ser discretamente hemorrágicos, uma vez que são necessários apenas 1 a 2 ml de sangue em um litro de líquido pleural ou a presença de 5.000 a 10.000 eritrócitos/mm³ para produzir um aspecto hemorrágico no líquido.²

Como se pode ver, há uma diferença entre os transudatos e exsudatos, pois os primeiros não se coagulam de forma espontânea, enquanto os outros fazem o contrário: têm a tendência de coagular de modo espontâneo.

A morfologia tem a missão de descrever detalhes da localização, como também dar dimensões, a numeração e a profundidade das feridas. Com relação à morfologia, (JUNQUEIRA & CARNEIRO *apud* PEIXOTO 2003, p.19) argumenta que:

Para estudar-se um tecido alterado, é necessário o conhecimento das estruturas sadias. O sistema tegumentar tem sido alvo de pesquisas exaustivas, no âmbito do conhecimento do corpo humano. Formado pela epiderme cuja camada de tecido epitelial reveste todo o corpo, derme e hipoderme abaixo, conecta-se aos demais tecidos fundamentais em sistemas osteomioarticulares e nervoso periférico autônomo e motor, contínuo do central. Composto por glândulas exócrinas e fáneros, possui em regiões definidas adensamentos fibrosos responsivos às ações biomecânicas (JUNQUEIRA & CARNEIRO, 2000).

As características do leito da ferida são divididas em tecidos viáveis e inviáveis, que são caracterizados pelos seguintes aspectos: granulação, epitelização, necrose de coagulação, necrose de liquefação, desvitalizado ou fibrinoso. Como afirma Campos (2007, p. 23):

São divididos em tecidos viáveis e inviáveis. Os tecidos viáveis compreendem:

- Granulação: de aspecto vermelho vivo, brilhante, úmido, ricamente vascularizado;
- Epitelização: revestimento novo, rosado e frágil.

Os tecidos inviáveis compreendem:

- Necrose de coagulação: (escara) caracterizada pela presença de crosta preta e/ ou bem escura;
- Necrose de liquefação: (amolecida) caracterizada pelo tecido amarelo/ esverdeado e/ ou quando a lesão apresentar infecção e/ ou presença de secreção purulenta;
- Desvitalizado ou Fibrinoso: tecido de coloração amarela ou branca, que adere ao leito da ferida e se apresenta como cordões ou crostas grossas, podendo ainda ser mucinoso.

As feridas representam um problema de saúde importante na área de abrangência da equipe, havendo uma dificuldade no seu manejo. Os portadores de feridas, em sua maioria, permanecem meses sem sinais de cicatrização, além de possuírem poucos conhecimentos sobre as causas e formas de tratamento para que o problema seja controlado, resultando assim em consequências negativas, pois o tratamento de forma inadequada pode trazer consequências graves, como o emprego indevido de terapias tópicas

pelo paciente, contribuem para desencadear complicações e retardar a cicatrização (SILVA, MOREIRA, 2015).

Por isso, os enfermeiros apresentam um papel muito importante no acompanhamento e tratamento de pacientes com feridas, por terem contato diário com os clientes, cumprindo um papel de grande relevância na assistência aos mesmos. Em geral, são responsáveis por avaliar a ferida, orientar e executar o curativo, e acompanhar o desenvolvimento das lesões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da pesquisa desenvolvida, podemos evidenciar que o enfermeiro desempenha um papel muito importante na prevenção e no tratamento de feridas, pois se tratam de uma condição patológica que necessita de cuidados específicos, além de procedimentos especiais que apenas profissionais qualificados podem desempenhar, oferecendo segurança e mais conforto aos pacientes nessas condições.

REFERÊNCIAS

ANTONANGELO, Leila, CAPELOZZI, Vera Luiza. Coleta e preservação do líquido pleural e biópsia pleural. J Bras Pneumol. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/h3KmHZTwDtgYhJnqZS9QQG/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 11/10/2021.

ARARAQUARA. **FERIDAS**, 2011. Disponivel em: guia-feridas.pdf (uniara.com.br).

BERNARDO, Ana Flávia Cunha; SANTOS, Kamila dos; SILVA, Debora Parreiras da, PELE: ALTERAÇÕES ANATÔMICAS E FISIOLÓGICAS DO NASCIMENTO À

MATURIDADE, **Revista Saúde em Foco** – Edição nº 11, p. 3, 2019.

BORGES, Eline Lima, Belo Horizonte, TRATAMENTO DE FERIDAS: avaliação de um protocolo, **Rev Bras Enferm**, p. 23, 2005.

CAMPOS, Antônio Anselmo Granzotto de. **Protocolo de cuidados de Feridas**. Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde Florianópolis- SC: IOESC, p. 16, 2007.

CAVALCANTE, BLL, Lima UTS. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas **J Nurs Health, Pelotas**. (RS), p. 3, 2012 Disponível em:

file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/3447-7631-1-PB.pdf. Disponível em: 2012, Acesso em: 07/10/2021.

DANTAS. J. S.; SANTOS. W, P et al. **Coberturas avançadas x simples no tratamento de feridas complexas em idosos: revisão integrativa**, 2019. Disponível em: TRABALHO_EV125_MD1_SA3_ID2468_27052019215418.pdf (editorarealize.com.br)

FERREIRA, Adriano M., BOGAMIL, Daiane D.D., TORMENA Paula C. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomiado cuidado. **Arq Ciênc Saúde**,. v.15, n.3, 2008.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde. **Protocolo de cuidados de feridas** / Coordenado por Antônio Anselmo Granzotto de Campos; Organizado por Lucila Fernandes More e Suzana Schmidt de Arruda. Florianópolis: IOESC, 2007.

MARTINS, Anderson Luis Marcelino, ONOFRE, Christini Aparecida Pernela Di; MARCONDES, Lúcia Helena Marques de Oliveira, Secretaria Municipal de Saúde – **Manual de Padronização de Curativos –Elaboração, distribuição e informações**: Secretaria Municipal de Saúde/SP Rua General Jardim, 36 – Vila Buarque CEP 01223-010 – São Paulo, 2021.

PEIXOTO, Marcelo R. **CICATRIZES E ADERÊNCIAS: O TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO PELA TÉCNICA DECROCHETAGEM, UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**, Rio de Janeiro, p. 10, 2003. Disponível em:
http://www.crochetagem.com/site/downloads/marcelo_peixoto_monografia.pdf. 08/11/2005 13: 31: 38. Acesso em: 07/10/2021.

SANTOS J.B.; PORTO, S.G.; SUZUKI, L.M.; SOSTIZZO, L.R.Z.; ANTONIAZZI, J.L. **Avaliação e Tratamento de Feridas** Hospital da Clínicas. Porto Alegre-RS, 2011. Disponível em:
<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34755/000790228.pdf>. Acesso em: 09/10/2021.

SILVA. D, R, V, P.; MOREIRA. K, F, G. **Intervenção de enfermagem na avaliação e tratamento de feridas em uma estratégia de saúde da família**, 2015.

VIEIRA, Darlene Ana de Paula, FERNANDES, Nayara Cláudia de Assunção Queiroz, **Microbiologia Geral**. -- Inhumas: IFG; Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2012. Disponível em:
http://estudio01.proj.ufsm.br/cadernos/ifgo/tecnico_acucar_alcool/microbiologia_geral.pdf Acesso em: 10/10/2021.

VIEIRA, RQ, et al [Primeiros escritos sobre os cuidados de enfermagem em feridas e curativos no Brasil (1916-1947)], p. 3, 2017. Disponível em:
<http://here.abennacional.org.br/here/v8/n2/a05.pdf>. Acesso em: 07/10/2021.

**Capítulo
14**

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA A IMUNIZAÇÃO DAS CRIANÇAS DE 0 a 4 ANOS

Maria de Lurdes Gomes Pinto¹; Elaine Sila de Melo Barros¹;
Samara de Oliveira Abreu da Conceição¹; Everli Pinto de Oliveira¹;
Davyson Vieira Almada²; Antonio Cardoso da Costa Neto³;
Jeofton Meira Trindade⁴; Bruna Cruz Magalhães⁵

¹Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ²Especialista em Farmácia Hospitalar pelo Instituto Brasil de Pós-Graduação. Coordenador do Curso de Farmácia da Faculdade Santa Luzia; ³Doutor em Saúde Coletiva pela UFMA, Ph.D em Saúde Pública pela Universidade de Ciências Empresariales y Sociales, UCES, Buenos/Aires Argentina. Graduado em Enfermagem – UNICEUMA, Graduado em Pedagogia – UEMA. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁴Mestre em Matemática pelo Profmat na Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Graduado em Ciências Habilidação Matemática pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁵ Mestre em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia;

RESUMO:

A imunização infantil é uma das estratégias mais eficientes de prevenção e controle de doenças, de grande importância para a saúde pública. O objetivo desta pesquisa é conhecer a importância dos profissionais da enfermagem na assistência a imunização das crianças menores de 5 anos, bem como identificar a realidade da atuação do Enfermeiro na imunização infantil e o cenário ideal de atuação da enfermagem. Realizou-se estudo de revisão bibliográfica de caráter expositivo, durante a pesquisa foram analisados livros, artigos científicos, teses, dissertações, anuários, revistas, leis e outros tipos de fontes escritas que foram publicados nos últimos 10 anos, buscando fundamentar o objeto de estudo. Desde a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), houve uma grande redução da incidência e da mortalidade por doenças imunopreveníveis, especialmente no que tange aos primeiros anos de vida de uma criança – o que reflete nitidamente no aumento da expectativa de vida e na redução do número de hospitalizações. Conclui-se o presente estudo, chamando a atenção das autoridades competentes e da sociedade civil, para a importância do profissional de enfermagem frente a vacinação no período da infância como profissional que impulsiona tal prática, para prevenção da saúde com melhor qualidade de vida e aumento da expectativa de vida dessa parcela da população, visando o cumprimento das políticas públicas de saúde sobre imunização no Brasil.

Palavras-chave: Imunização, Criança, Enfermeiro.

INTRODUÇÃO

O Enfermeiro é um profissional de fundamental importância em toda estrutura da Atenção Básica, cuja atuação abrange todas as linhas de cuidado. Na Atenção Básica o Enfermeiro desempenha diversas funções em sua rotina profissional, exercendo atividades distintas que vão desde a gerência da Unidade de Saúde e da Equipe até o acompanhamento de toda a população da área de abrangência.

Assim, comprehende-se que o Enfermeiro da Atenção Básica desempenha um papel essencial, que contribui ativamente para o bom funcionamento das Unidades de Saúde – uma vez que ele se articula nas mais diversas atividades, buscando ofertar o melhor cuidado. Entretanto, na rotina diária deste profissional algumas atividades recebem maior atenção, enquanto outras, de igual importância, acabam por não ser tão priorizadas.

A imunização infantil é uma das estratégias mais eficientes de prevenção e controle de doenças, de grande importância para a saúde pública. Desde a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), houve uma grande redução da incidência e da mortalidade por doenças imunopreveníveis, especialmente no que tange aos primeiros anos de vida de uma criança – o que reflete nitidamente no aumento da expectativa de vida e na redução do número de hospitalizações (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

Apesar da relevância da imunização infantil na saúde pública, dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2018 demonstraram que as principais vacinas do calendário infantil no Brasil seguem abaixo dos percentuais de 90% a 95% (LABOISSIÈRE, 2018). Já em 2021, os dados divulgados pela OMS dão ciência de que cerca de 23 milhões de crianças perderam as vacinas básicas por meio dos serviços de vacinação de rotina, no ano de 2020, sendo que cerca de 17 milhões de crianças em todo o mundo, provavelmente não receberam nenhuma vacina neste mesmo período (BRASIL, 2021e).

Por outro lado, um estudo realizado no ano de 2021, demonstrou por meio de pesquisa bibliográfica que, no Brasil, a principal causa para os baixos índices de cobertura vacinal na primeira infância é a atuação deficiente da

Atenção Básica de Saúde e dos profissionais que a compõem. (OLIVEIRA et al., 2021).

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa é a participação do Enfermeiro na imunização das crianças menores de 5 anos, identificando a realidade da atuação do Enfermeiro na imunização infantil e o cenário ideal de atuação da enfermagem.

O PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES BRASILEIRO

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) brasileiro foi formulado em 1973, por determinação do Ministério da Saúde, buscando coordenar as ações de imunização, que até aquele momento aconteciam de forma descontinuada, esporádica e com baixos índices de cobertura. O Programa nasce fundamentado no êxito obtido pelas campanhas de vacinação realizadas desde 1804, e especialmente naquelas que foram realizadas ao longo da década de 1960, que reduziram drasticamente a ocorrência de doenças como a varíola (BRASIL, 2021a).

Em 1975, o PNI foi institucionalizado, passando a ser o órgão responsável por coordenar as atividades de imunização desenvolvidas na rede de serviços de saúde e baseado em diretrizes que foram pautadas nas experiências da Fundação de Serviços de Saúde Pública (BRASIL, 2021a). O primeiro calendário de vacinação foi estabelecido em 1977 e incluía as vacinas: BCG (contra as formas graves de tuberculose); poliomielite oral (VOP); tríplice bacteriana (DTP), que previne a difteria, tétano e coqueluche; e a vacina contra o sarampo (BRASIL, 2021c).

A partir da década de 1980, o Ministério da Saúde criou o Programa de Autossuficiência Nacional em Imunobiológicos, passando a investir recursos para que a produção de vacinas fosse realizada por laboratórios produtores oficiais através de parcerias (BRASIL, 2003). Um grande salto ocorreu a partir desta fase, com a implantação dos Dias Nacionais da Vacinação, estratégia que levou ao fim da poliomielite no Brasil em 1989 (BRASIL, 2021c).

Ao longo dos anos, o PNI se consolidou, levando a consideráveis avanços nas estratégias de vacinação no Brasil. Graças ao programa foi possível eliminar a poliomielite, a rubéola, a síndrome da rubéola congênita, o

tétano materno e neonatal; eliminar temporariamente o sarampo; e reduzir significativamente a incidência de importantes causas de adoecimento e mortalidade, como a difteria, as meningites bacterianas, a coqueluche, entre outras (BRASIL, 2021c). O Programa Nacional de Imunizações do Brasil é um dos maiores do mundo (BRASIL, 2021a), ofertando atualmente 48 imunobiológicos, entre vacinas, imunoglobulinas e soros, oferecidos para crianças, adolescentes, adultos e idosos (BRASIL, 2021c).

Anualmente, as vacinas são responsáveis por poupar 6 milhões de vidas em todo o mundo, incluindo as de 2,5 milhões de crianças (BRASIL, 2020), considerando ainda que milhões de outras crianças estão protegidas contra doenças e incapacidades, também graças às vacinas (BRASIL, 2020).

AS VACINAS E A VACINAÇÃO INFANTIL

As vacinas são substâncias biológicas, que são introduzidas nos corpos das pessoas a fim de protegê-las de doenças. Ao ser introduzida no corpo, a vacina estimula o sistema imunológico a produzir os anticorpos necessários para evitar o desenvolvimento da doença, caso a pessoa venha a ter contato com os vírus ou bactérias que são seus causadores. São compostas por agentes semelhantes aos microrganismos que causam as doenças - toxinas e componentes desses microrganismos – ou pelo próprio agente agressor. Nesse último caso, há versões atenuadas (vírus/bactéria enfraquecido) ou inativas – vírus/bactéria mortos (CRUZ, 2016).

Ao longo da história, as vacinas têm sido essenciais para manutenção da saúde pública, sendo as principais responsáveis pela erradicação de doenças que antes eram comuns, contagiosas e letais para a população, especialmente as crianças. Até o final do ano de 2020, o Sistema Único de Saúde ofertava gratuitamente à população 19 tipos diferentes de vacinas no esquema básico, como forma de prevenção contra diversas patologias – como sarampo, poliomielite, hepatite B, meningite e varicela. A partir de 2021, o SUS passou também a fornecer vacinas que buscam prevenir a contaminação pelo novo coronavírus. (PARAÍBA, 2020).

No que tange à vacinação infantil, sempre houve por parte do Governo Brasileiro e das Instituições de Saúde uma preocupação em imunizar as

crianças e assim diminuir o número de óbitos e danos à saúde delas. Um exemplo disto é que já em 1837, muito antes da criação do PNI, o governo brasileiro já tornara a vacina contra varíola obrigatória para as crianças – sendo que apenas em 1846 é que esta mesma vacina passou a ser exigida também pelos adultos (FIOCRUZ, 2005). Ao longo do tempo, com aprimoramento do desenvolvimento das vacinas e da organização de campanhas, graças a elas, doenças foram erradicadas – como aconteceu com a poliomielite, cuja primeira campanha de vacinação aconteceu em 1980 e em 1989 já foi considerada erradicada.(CRUZ, 2016).

A vacinação infantil, em especial dos menores de 5 anos parte do princípio de que prevenir doenças nesta fase em que estão no início de seu desenvolvimento e ainda não desenvolveram imunidade, é essencial. O objetivo da imunização infantil é prevenir e proteger as crianças das doenças prevalentes na infância ou reduzir, ao máximo, o seu aparecimento. A vacinação infantil tem alcançado êxito em vários países, graças a adesão à vacinação. (PEREIRA; IVO, 2016).

Uma pesquisa realizada no ano de 2015 e publicada pela Revista Brasileira de Epidemiologia evidenciou que infecções no trato respiratório, doenças diarreicas e meningites, foram, em conjunto, responsáveis por 7.383 óbitos de crianças menores de 5 anos no Brasil, no referido ano (FRANÇA *et al.*, 2017). Tais números refletem uma realidade que pode ser alterada, considerando-se que as patologias supracitadas podem ser evitadas ou terem suas complicações reduzidas por meio da vacinação.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 1974 e 2014 houve uma redução de 90% dos óbitos de crianças com menos de 5 anos. Um dos principais responsáveis pela diminuição dos índices de óbito infantil foi a adoção da vacinação (QUAINO, 2015). A imunização é a única maneira de garantir que doenças erradicadas não voltem. (CRUZ, 2017).

O calendário brasileiro de vacinação das crianças menores de 5 anos conta, atualmente, com as seguintes vacinas:

Figura 1 – Calendário Brasileiro de Vacinação 2021

TIPO DE VACINA	PREVENÇÃO CONTRA:
----------------	-------------------

BCG	Formas graves de tuberculosa
Hepatite B	Hepatite B
Penta	Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, Meningite e Infecções por H. Influenza B.
Vacina Inativa da Poliomielite	Paralisia infantil
Pneumocócica 10 Valente	Pneumonia, Otite, Meningite, e outras doenças causadas por pneumococo
Rotavírus	Diarreia por rotavírus
Meningocócica C	Doença meningocócica C
Influenza	Influenza
Febre Amarela	Febre Amarela
Tríplice Viral	Sarampo, caxumba, rubéola
DTP	Difteria, tétano e coqueluche
Hepatite A	Hepatite A
Varicela	Varicela (catapora)

Fonte: Ministério da Saúde, 2021.

Apesar de todas as vantagens da realização da vacinação infantil, especialmente das crianças de 0 a 4 anos, a cobertura vacinal desta população tem diminuído. Dados do PNI revelam que desde 2015 os índices estão em queda (LISBOA, 2020). No início de 2018, os dados de cobertura vacinal da população infantil referentes a 2017 já demonstraram ser o nível mais baixo nos últimos 16 anos. Nesse período, pela primeira vez, todas as vacinas indicadas a menores de 1 ano ficaram muito abaixo da meta do Ministério da Saúde, que prevê imunização de 95% da população-alvo. A maioria das vacinas no calendário infantil caiu para índices entre 70,7% e 83,9% (BRASIL, 2020, BRASIL, 2021d).

Em 2020, a cobertura vacinal infantil chegou a apenas 51,6% – quando o ideal é entre 90 e 95% (PINHEIRO, 2020). De acordo com a OMS, os menores índices de vacinação infantil têm sido uma tendência mundial, correlacionado à Pandemia de COVID-19. Por esta razão, estima-se que 23 milhões de crianças em todo o mundo não tenham recebido vacinas infantis

básicas em todo mundo em 2020. (BRASIL, 2021b). Esforços importantes foram feitos pelo PNI em 2018 e em 2019, na tentativa de mudar esse quadro, porém, sem um resultado efetivo nas estatísticas de vacinação (BRASIL, 2020).

A atual realidade evidencia a necessidade de se buscar formas para ampliar o índice de cobertura vacinal infantil, prevenindo o retrocesso no combate e erradicação de doenças evitáveis. Neste contexto, se torna evidente o quanto a participação do enfermeiro na vacinação das crianças de 0 a 4 anos é essencial e pode ser uma importante ferramenta para que os índices de vacinação cheguem aos índices ideais.

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

O enfermeiro é um profissional que está presente em toda a estrutura do Sistema Único de Saúde. Sua atuação pode ser percebida pelos vários níveis de atenção, dentro de variados estabelecimentos de saúde. No contexto da Atenção Básica, o Enfermeiro desempenha um importante papel, sendo o principal mediador entre os usuários e o SUS. (BRASIL, 2001).

Um enfermeiro da Atenção básica tem suas funções atreladas, entre outras atribuições, a realização de cuidados de enfermagem, ao planejamento e execução de atividades que atendam às necessidades em saúde da população adscrita e a execução de ações que possibilitem a assistência integral a públicos específicos como a mulher, a criança e o idoso. (BRASIL, 2002).

Considerando-se que o bem-estar da criança por meio da promoção e recuperação da saúde tem sido, há muito tempo, prioridade da assistência à saúde das populações, observa-se a importância da atuação do Enfermeiro para que este cuidado seja proporcionado. (SOUZA, et. al., 2013).

A ação rotineira dos serviços de saúde tem o intuito de erradicar, eliminar e controlar as doenças imunopreveníveis no território brasileiro. Neste sentido, destaca-se a relevância da vacinação, que fornece proteção específica contra algumas doenças graves, causadoras de danos irreversíveis ou letais,

além de proporcionar melhora no nível de saúde da comunidade, especialmente nas taxas de mortalidade infantil.

Para que uma criança seja considerada imunizada deve estar em dia com o programa vacinal de acordo com sua idade – sendo o atraso na vacinação pode ser tão prejudicial quanto sua ausência. Além do fato de a criança não imunizada ter uma chance maior de desenvolver doenças, isso acarreta em maior risco comunitário de epidemias, principalmente no que tange às vacinas em dose única, cujo esquecimento leva à ausência total de proteção. (FERNANDES *et. al.*, 2015).

Assim, pode-se destacar que, para garantir, de fato, a imunização das crianças menores de 5 anos muitos aspectos devem ser trabalhados, ficando esta função principalmente atrelada ao enfermeiro, que é o profissional que em toda a gestão da Unidade de Saúde e da Sala de Vacinas, nos procedimentos operacionais de vacinação, além de promover a educação em saúde – tanto para sua Equipe quanto para a população.

O enfermeiro deve estar ciente da importância de sua participação na equipe multiprofissional, em que cada um tem o seu papel e sua importância, sendo que o objetivo maior é o ser humano, a criança que necessita e tem o direito a todas as vacinas do PNI, contribuindo para o controle das doenças imunopreveníveis. (ANDRADE, LOURENZINE, SILVA, 2014).

A equipe de enfermagem desempenha um papel educacional e uma assistência é de extrema importância com os cuidadores das crianças. Assim, é necessário que essa equipe possa estar atenta durante o contato com pais e crianças que necessitam ser vacinadas, indicando os imunos e as doses certas para compor ou completar o esquema básico de vacinação. Neste sentido, cabe ao enfermeiro treinar e capacitar sua equipe constantemente, para que esta domine o esquema vacinal e esteja sempre atenta a novas Portarias e Orientações do Ministério da Saúde.

De acordo com o Manual de Procedimentos para Vacinação, toda a equipe da sala de vacinas necessita adotar práticas de solidariedade em relação a comunidade, sendo para isto necessário que esta equipe seja treinada a reconhecer as condições de saúde, realidade social, econômica e cultural da população (BRASIL, 2001). Novamente, fica a cargo do enfermeiro

o treinamento desta equipe, para que atue de acordo com a conduta orientada pelo Ministério da Saúde.

A atuação do enfermeiro é relevante em todas as ações de uma sala de vacina, onde é de sua responsabilidade a conservação das vacinas, manutenção do estoque, administração das vacinas, capacitação do profissional e elaboração do arquivo de cartão espelho, o qual tem o controle das doses administradas na rotina diária, garantindo assim a eficácia de uma possível busca ativa aos faltosos (BARREIRA, 1999).

Quando se fala em vacinação das crianças menores de 5 anos, um aspecto importante a ser considerado é que a conscientização dos pais é imprescindível, visto que são eles os responsáveis por levar as crianças à Unidade de Saúde. E dentro deste contexto, a enfermagem tem um importante papel na educação em saúde. A promoção, manutenção e restabelecimento da saúde exigem que os clientes recebam informação comprehensível, permitindo-lhes desta forma tomar decisões, no âmbito da saúde, de forma fundamentada e muito frequentemente favoráveis à adesão à vacinação (COSTA, 2016). Assim, nas atividades de educação em saúde, é importante que o enfermeiro auxilie os pais no processo de compreensão e valorização das vacinas como forma de garantir a saúde de seus filhos.

O papel do enfermeiro frente a imunização infantil engloba ainda a busca ativa dos faltosos à vacinação, a revisão dos cartões de vacinação e a ampliação das visitas domiciliares (PEIXOTO et. al, 2017). Este profissional deve continuamente promover ações que alinhem a equipe aos novos protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde, gerando melhoria operacional contínua – sendo necessário identificar os entraves que ocasionam a não cobertura vacinal de cada região específica, para que desta forma as equipes pudessem delinear uma forma de abordagem da população mais efetiva, que traduzam resultados ainda mais satisfatórios. (TEIXEIRA, et. al, 2019).

Diante do exposto, verifica-se que o enfermeiro é uma peça fundamental para que a cobertura vacinal seja alcançada, visto que este profissional é aquele que buscará atingir os objetivos do PNI, e adotando novas estratégias que possibilitem atingi-las. O enfermeiro é o profissional que exerce liderança frente a sua equipe, que possui competências e habilidades para atuarativamente na rotina das salas de vacina, além de ser quem estará sempre a

planejar ações estratégicas e executá-las – razão pela qual sua atuação é de extrema importância a fim de que a vacinação das crianças de 0 a 4 anos seja constantemente uma prioridade.

Na atual fase vivenciada pela saúde brasileira, onde entre tantas outras dificuldades oriundas da pandemia de COVID-19, a diminuição dos índices de cobertura vacinal infantil tem gerado preocupação, a adoção de estratégias de busca ativa e educação em saúde, além do monitoramento da rotina das salas de vacina podem ser uma alternativa para elevar os índices de vacinação (BRASIL, 2021b). Assim, necessário é que cada Enfermeiro compreenda a importância de sua atuação, para que o Brasil possa, novamente, atingir as metas propostas pelo PNI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo desenvolvido evidenciou a importância do profissional enfermeiro frente a vacinação no período da infância, como profissional que impulsiona tal prática, visto que é de suma importância para uma melhor qualidade de vida sem o aparecimento de várias doenças aumentando assim a expectativa de vida e visando cumprir as políticas públicas de saúde sobre imunização no Brasil.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, D. R. S.; LOURENZINE, E.; SILVA, E. F. Conhecimento das mães sobre o calendário de vacinação e fatores que levam ao atraso vacinal infantil. **Revista Cogitare Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 94-100, 2014.

BARREIRA, I. A. A. Contribuição da história da enfermagem brasileira para o desenvolvimento da profissão. **Revista de Enfermagem da EEAN**, Rio de Janeiro 1999; v. 8, n. 1, p. 125-141.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações – 30 anos**. Brasília: 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf. Acesso em 19 Out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações – Vacinação**. 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a->

informacao/acoes-e-programas/ programa-nacional-de-imunizacoes-vacinacao. Acesso em 19 Out. 2021.

_____. Unicef. **A pandemia de Covid-19 leva a um grande retrocesso na vacinação infantil, mostram novos dados da OMS e do UNICEF**. Julho de 2021b. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/pandemia-de-covid-19-leva-a-um-grande-retrocesso-na-vacinacao-infantil>. Acesso em: 21 Out. 2021.

_____. Sociedade Brasileira de Imunização. **Programa Nacional de Imunizações (PNI) comemora 48 anos de sucesso**. Setembro, 2021c. Disponível em: <https://sbim.org.br/noticias/1577-programa-nacional-de-imunizacoes-pni-comemora-48-anos-de-sucesso>. Acesso em: 19 Out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Procedimentos para Vacinação**. Elaboração de Clelia Maria Sarmento de Souza Aranda *et al.* 4. ed. - Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde ; 2001, 316 p.

_____. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica nº 16 – atuação do enfermeiro na Atenção Básica**. 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informe16.pdf>. Acesso em: 20 Out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Vacinas e vacinação no Brasil: horizontes para os próximos 20 anos** [recurso eletrônico]. Fundação Oswaldo Cruz. Akira Homma, Cristina Possas, José Carvalho de Noronha, Paulo Gadelha, organizadores. Rio de Janeiro: Edições Livres, 2020, 1 ed., 244 p.

_____. Ministério da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação**. 2021. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/campanhas/PNI/MS_PNI_Cartaz-Calendario-de-Vacinacao_64x46.pdf. Acesso em: 21 Out. 2021d.

_____. Organização Panamericana de. **Pandemia de COVID-19 leva a grande retrocesso na vacinação infantil, mostram novos dados da OMS e UNICEF**. 2021e. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/15-7-2021-pandemia-covid-19-leva-grande-retrocesso-na-vacinacao-infantil-mostram-novos>. Acesso em: 10 Set. 2021.

COSTA, Isabel C. B. T. da. **Educação para a Saúde como Estratégia de Promoção da Vacinação**. 2016. Dissertação Mestrado em Enfermagem Comunitária - Escola Superior de Saúde. Santarém, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1643/1/Educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20Sa%C3%BAde%20como%20Estrat%C3%A9gia%20de%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Vacin%C3%A7%C3%A3o%20%282%29.pdf>. Acesso em: 22 Out. 2021.

CRUZ, Fundação Oswaldo. **Vacinas: as origens, a importância e os novos debates sobre seu uso**. Julho, 2016. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1263-vacinas-as-origens-a->

importancia-e-os-novos-debates-sobre-seuuso?showall=1&limitstart=. Acesso em: 19 Out. 2021.

CRUZ, Adriane. A queda da imunização no Brasil. **Revista Consensus**, 2017. Disponível em:
https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/revistaconsensus_25_a_queda_da_imunizacao.pdf. Acesso em: 21 Out. 2021.

DOMINGUES, Carla M. A. S.; TEIXEIRA, Antonia M. da S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Revista Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 22, p. 9 a 27, Janeiro-Março 2013.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **A revolta da Vacina**. Abril de 2005. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/revolta-da-vacina-2>. Acesso em: 21 Out. 2021.

FERNANDES, Ana Catharina. N.; GOMES, Keila R. O.; ARAÚJO, Telma M. E. de; MOREIRA-ARAÚJO, Regilda S. dos R. Análise da situação vacinal de crianças pré-escolares em Teresina (PI). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 870-882, Dec. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/zYfxhdWGBQpSc kZXjWxNHFy/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 Out. 2021.

FRANÇA, Elizabeth B.; LANSKY, Sonia; REGO, Maria A. S.; MALTA, Debora C.; FRANÇA, Julia S.; TEIXEIRA, Renato; PORTO, Denise; ALMEIDA, Marcia F. de; SOUZA, Maria de F. M.; SZWARCWALD, Celia L.; Meghan M.; NAGHAVI, Mhosen; VASCONCELOS, Ana M. N. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.20, p. 46-60, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/PyFpwMM3fm3yRcqZJ66GRky/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 Out. 2021.

LABOISSIÈRE, Paula. **Coberturas vacinais seguem abaixo do recomendado em todo o país**. Agência Brasil, 2018. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-10/coberturas-vacinais-seguem-abixo-do-recomendado-em-todo-o-pais>. Acesso em: 10 Set. 2021.

LISBOA, Vinicius. **Em queda há 5 anos, coberturas vacinais preocupam Ministério da Saúde. Novembro de 2020**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-10/em-queda-ha-5-anos-coberturas-vacinais-preocupam-ministerio-da-saude>. Acesso em: 21 Out. 2021.

OLIVEIRA, Carla E. M. M. A.; BRAZ, Eliana; MENEZES, Janaína da C. S.; SILVA, Jéssica S. R. da; SILVA, Talita E. C. da; ROCHA, Renata L. P.; FREITAS, Paula A. **Cobertura vacinal no brasil: fatores relacionados à baixa adesão na primeira infância**. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/14700/1/Cobertura%20Vacinal%20no%20Brasil-%20Fatores%20Relacionados%20a%20Baixa%20Ades%>

C3%A3o%20na%20Primeira%20Inf%C3%A2ncia.pdf. Acesso em: 10 Set. 2021.

PARAÍBA, Conselho Regional de Enfermagem da. **Conheça as 19 vacinas oferecidas pelo SUS. Novembro de 2020.** Disponível em: http://www.corenbp.gov.br/conheca-as-19-vacinas-oferecidas-pelo-sus_9960.html. Acesso em: 21 Out. 2021.

PEIXOTO, M.C.; TORRES, M.T.; PASSOS, N.C.R.; ALMEIDA, T.S.C. **Perfil vacinal da população infantil em um município do recôncavo baiano.** Textura, v. 10, n. 19, p. 172- 179, Dez. 2017.

PEREIRA, Alcione M.; IVO, Olguimar P. Causas do atraso do calendário vacinal em menores de dois anos. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [S.I.], v. 5, n. 2, nov. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v5i2.1068>. Acesso em: 21 Out. 2021.

PINHEIRO, Lara. **Metade das crianças brasileiras não recebeu todas as vacinas que deveria em 2020, apontam dados do Ministério da Saúde.** Portal G1, Setembro de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/vacina/noticia/2020/09/08/metade-das-criancas-brasileiras-nao-receberam-todas-as-vacinas-que-deveriam-em-2020-apontam-dados-do-ministerio-da-saude.ghtml>. Acesso em: 21 Out. 2021.

QUAINO, Lilian. **Mortalidade infantil cai 90% em quatro décadas no país, diz IBGE.** Portal G1, Novembro de 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/11/mortalidade-infantil-cai-90-em-quatro-decadas-no-pais-diz-ibge.html>. Acesso em: 21 Out. 2021.

SOUZA, Rosana S. de; FERRARI, Rosângela A. P.; SANTOS, Tabatha de F. M.; TACLA, Mauren T. G. M. Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, 17 ed., v. 2, Junho de 2017. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v17n2a07.pdf>. Acesso em: 21 Out. 2021.

TEXEIRA, Viviane B.; ABREU, Heloisa de S. C.; SILVA, Halene C. D. de A.; MESSIAS, Claudia M.; BARBOZA, Bruno F. S.; SILVA, Maria R. B. Os desafios do profissional de enfermagem para uma cobertura vacinal eficaz. **Revista Nursing**, 2019. 22 ed., v. 251, pp 2862-2867. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/251/pg47.pdf>. Acesso em: 22 Out. 2021.

**Capítulo
15**

O PRECONCEITO ENFRENTADO PELOS PORTADORES DE HANSENÍASE NO BRASIL: UMA REVISÃO

Raimunda Aguiar Santos¹; Nildilene Costa Marques¹;
Íthalo da Silva Castro²; Antonio da Costa Cardoso Neto³;
Márcia Silva de Oliveira⁴; Luís Martins Machado⁵;
Bruna Cruz Magalhães⁶; Lúcia Camila Oliveira Friedrich Sousa⁷

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia-FSL; ² Doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Zoologia pelo Museu Paraense Emílio Goeldi. Mestre em Zoologia pela Universidade Federal do Pará. Especialista em Gerenciamento de Recursos Ambientais pelo Instituto Federal do Piauí. Graduado em Ciências Biológicas pela UFPI. Docente da Faculdade Santa Luzia; ³Doutor em Saúde Coletiva pela UFMA, Ph.D em Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, UCES, Buenos/Aires Argentina. Graduado em Enfermagem – UNICEUMA, Graduado em Pedagogia – UEMA. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁴Doutora em Ciências da Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, UCES, Argentina. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ⁵Doutorando em Direito Constitucional UBA – Buenos Aires Argentina; Especialista em Direito Tributário e em Administração Escolar; Graduado em Ciência Contábeis e em Direito. Docente e Diretor da Faculdade Santa Luzia; ⁶Mestre em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁷Especialista em Docência do Ensino Superior pela Universidade Cândido Mendes. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia.

RESUMO:

A hanseníase ou lepra é uma doença infectocontagiosa crônica transmitida pela *Mycobacterium leprae*. A enfermidade ainda é estigmatizada socialmente, já que as pessoas acometidas geralmente apresentam lesões ulcerantes na pele, deformidades nas extremidades e é altamente incapacitante. Essa problemática atual leva a questionar o real impacto que o preconceito enfrentado pelo portador de hanseníase tem gerado em seu cotidiano, desde o abandono ao tratamento, o desenvolvimento de depressão e, em muitos casos, o suicídio. O presente trabalho teve por objetivo analisar a influência histórica ligada ao preconceito enfrentado pelo portador da hanseníase no Brasil, apontando a provável fonte do preconceito e o impacto que ele tem gerado na vida daqueles que enfrentam a doença através de uma revisão de literatura. Para isso foi realizada uma Pesquisa Bibliográfica Qualitativa, filtrando artigos científicos que possibilitaram a elucidação do tema, tendo por fontes as plataformas Google Acadêmico, SciElo e repositórios virtuais, nos idiomas inglês e português, com uso dos descritores indexados como Saúde Pública, Ciência e Assistência em Saúde, possibilitando a coleta de dados e informações sobre a história da Hanseníase e do preconceito com o portador da doença.

Palavras-chave: Discriminação, Lepra, Saúde Pública, Sociedade.

INTRODUÇÃO

A hanseníase, também conhecida como lepra, é uma doença infectocontagiosa crônica transmitida pela bactéria *Mycobacterium leprae*, que atinge a pele e nervos periféricos dos membros inferiores e superiores, o que torna seu diagnóstico simples na maioria dos casos (Araújo, 2003; CID *et al.* 2012). Embora não seja mais considerada como um problema de saúde pública, o Ministério da Saúde divulgou que o Brasil possui 15.155 novos casos da doença entre 2010 e 2021 (BRASIL, 2022).

Os primeiros registros da Hanseníase datam de escritos entre 400 e 600 a.C. na Índia, sendo uma doença altamente incapacitante e ainda estigmatizada pelo seu histórico dos séculos passados (Souza *et al.*, 2010; Alves *et al.* 2014). As pessoas acometidas pela hanseníase precisavam ser internadas em instituições fora das cidades devido à inexistência de medicamentos eficazes, o que produziu um milenar e profundo estigma social dos doentes, uma vez que estes apresentavam, em geral, lesões ulcerantes na pele e deformidades nas extremidades (Maciel, 2004; Borestein *et al.*, 2005).

A importância do acolhimento do portador da Hanseníase para vencer essa doença é fundamental, pois a doença tem cura e seu tratamento é gratuito e acessível a todos. O retrospecto vivenciado pelos doentes ao longo do tempo afeta diretamente a vida do seu portador, não apenas devido à aparência física, que denota a existência da doença, mas, principalmente, pela exclusão e discriminação enfrentados, na maioria das vezes, pela falta de informação sobre a Hanseníase, tornando o preconceito uma discussão fundamental para a saúde pública. Essa problemática atual leva a questionar o real impacto que o preconceito enfrentado pelo portador de hanseníase tem gerado em seu cotidiano.

Dentre as consequências que afetam a vida e o cotidiano de quem detém a doença, estão fundamentalmente: o abandono ao tratamento, o desenvolvimento de depressão e, em muitos casos, o suicídio. Isso denota, portanto, a relevância de discutir os aspectos relacionados à temática que surgem a partir da descoberta da patologia.

Desta forma o preconceito enfrentado por esta falta de informação das pessoas mostra a necessidade de discussão sobre a temática na sociedade como forma de conscientização a respeito desta patologia, informando sua forma de contágio e demonstrando como a discriminação impacta a vida daqueles que são acometidos pela doença.

O presente trabalho teve por objetivo analisar a influência histórica ligada ao preconceito enfrentado pela Hanseníase ao longo do tempo no Brasil através dos fatos históricos que tentam justificar a sua existência. Além disso, objetivou-se apontar a provável fonte do preconceito e o impacto que ele tem gerado na vida daqueles que enfrentam a doença, sendo este um dos fatores determinantes para o isolamento durante a descoberta e o tratamento da patologia.

REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com Who (2011), “o Brasil é o segundo país do mundo em número absoluto de casos de hanseníase, sendo detectados, a cada ano, cerca de 47.000 casos novos”. Assim, foi mencionado que “a hanseníase é um grave problema de Saúde Pública, devido a vários fatores, como sua condição infectocontagiosa, conflito socioeconômico, acometimento psicológico e ocorrências de deformidades e incapacidades físicas” (Silva & Paz, 2010).

Em inícios do século XX, começou a ser vista como uma “enfermidade” merecedora de atenção médico-social, de acumulação de conhecimentos científicos e de medidas de contenção. Mas os aspectos cognitivos, preventivos e terapêuticos representaram, como poucas enfermidades daquela época, um terreno movediço e sujeito a profundas controvérsias. (SANTOS, FARIA & MENEZES, 2008, p. 168).

Os sinais e sintomas da doença são bem definidos, e o tratamento é disponibilizado aos portadores pelos serviços de saúde, especialmente as Unidades de Atenção Básica, sendo uma doença que tem cura (BRASIL, 2008).

O bacilo *Mycobacterium leprae* é disseminado através das vias aéreas, quando há contato prolongado. Os sintomas podem surgir em média de 2 a 5 anos ou em casos mais longos, 10 anos e incluem manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou acastanhadas, únicas ou disseminadas, nódulos na pele, mesmo na ausência das manchas, diminuição e/ou perda da sensibilidade a dor, calor, frio ou ao tato.

Acomete pele e nervos, devido a isto nervos lesados também podem desencadear queda de pelos no local. (SANTOS *et al.*, 2013, p.134).

A doença manifesta-se de duas maneiras ao atingir a pele e o sistema nervoso periférico (SANTOS, FARIA & MENEZES, 2008).

Ainda de acordo com Santos, Faria & Menezes (2008), A primeira, hanseníase cutânea, é a forma mais branda, causa machas na pele e progressiva perda de sensibilidade cutânea. A hanseníase nervosa também conhecida como lepromatosa, apresenta-se em nódulos; os nervos se modificam em cordões nodosos e sobrevêm fortes dores, insensibilidade e deformidade e então o bacilo ataca os tecidos, consumindo as mãos, pés, nariz e olhos. É necessário analisar que existem aspectos de ordem biológica ou fatores não diretamente “sociais” a serem considerados e estudados.

O diagnóstico clínico se inicia com a anamnese que investiga a história clínica, isto é, se há existência de sinais e sintomas inerentes da doença e sua epidemiologia por meio de sua origem de infecção, o exame físico é feito depois, procurando detectar vestígios clínicos da doença (BRASIL, 2002; ARAÚJO, 2003). Brasil (2002), especifica quanto ao diagnóstico que:

O diagnóstico laboratorial a baciloscópia é um suporte, assim como, serve de parâmetros de comprovação de recidiva quando igualado ao resultado do momento do diagnóstico e da cura. Devido a não ser sempre evidente o *Mycobacterium leprae* nas lesões hansênicas, ou em diferentes localidades de coleta, a baciloscópia negativa não afasta o diagnóstico da hanseníase.

Segundo Araújo (2003), o tratamento da hanseníase compreende quimioterapia específica, cuidados prevenindo inaptidão física, extinguir surtos reacionais, reabilitação física e psicossocial. Segundo Brasil (2010, p. 27) refere que:

O tratamento característico da pessoa com hanseníase, preconizado pelo Ministério da Saúde, é a PQT unificado pela Organização Mundial de Saúde, tendo que ser efetuado nas unidades de saúde. A PQT mata o bacilo deixando-o inviável, evitando o progresso da doença, precavendo as incapacidades e as deformações estimulados por ela, trazendo à cura. O bacilo morto é impossibilitado de contaminar outras pessoas, quebrando a cadeia epidemiológica da doença. Sendo assim, já no começo do tratamento, a propagação da doença é impedida, quando executada de maneira íntegra e apropriada, possibilita a recuperação da doença. A poliquimioterapia é composta pela união dos seguintes medicamentos: Rifampicina, Dapsone e Clofazimina, com administração associada. (BRASIL, 2010, p. 27).

O abandono do tratamento pode ainda ocasionar um prejuízo na qualidade de vida do paciente, já que as incapacidades geradas pela evolução natural da doença sem acompanhamento terapêutico podem ocasionar diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e questões psicológicas (ALEXANDRE *et al.*, 2009).

HANSENIASE E O PRECONCEITO

O diagnóstico dessa doença, normalmente acarreta uma experiência subjetiva intensa e o sujeito precisa de um tempo maior para se acostumar com a ideia de que porta uma enfermidade séria. A receptividade do diagnóstico pode ser caracterizada em dois extremos: a negação de estar doente e a aceitação passiva. A negação do diagnóstico é a resposta do sujeito frente ao medo da discriminação e do preconceito. Já a aceitação passiva normalmente está ligada à pobreza de conhecimentos e/ou a questões religiosas. De posse da nova realidade, os sujeitos muitas vezes mostram-se preocupados com a aparência física, com a autoestima alterada, revelando atitudes preconceituosas; tornando-se insatisfeitos, com medo de perderem seu espaço dentro da família e do trabalho. É necessário um maior esclarecimento sobre o seu adoecimento, pois ele não acarreta necessariamente uma fatalidade (COÊLHO, 2015, p. 368).

O estigma e o preconceito relacionados à hanseníase ou a lepra sempre estiveram presentes em diferentes contextos históricos, políticos e culturais, imprimindo as marcas devastadoras da doença na vida cotidiana das pessoas por ela acometidas (RAMOS, 2017).

Na visão de Simpson *et al.* (2014 p. 2820) a principal causa do estigma e do preconceito está relacionada com a carência de conhecimento sobre a doença, seu tratamento, ações de prevenção de incapacidades e cura. A desconstrução de crenças arcaicas sobre a lepra é necessária, para que se tenham novos modos de agir diante da hanseníase. Entretanto, o enfermeiro precisa aproximar-se dessa realidade, promovendo a autonomia do paciente, com o intuito de pactuar propostas de tratamento, implementar o autocuidado, a fim de minimizar o impacto da doença na vida dessas pessoas.

O isolamento dos doentes de lepra e seus parentes não tinha o objetivo de evitar o contágio, mas de afastá-los da sociedade, caracterizando o empenho no combate às “enfermidades sociais” a partir de uma concepção higienista (SANTOS, FARIA & MENEZES, 2008).

Conforme dito por Ramos (2017), as práticas de isolamento dos doentes, atualmente, não podem ser tomadas como “cuidados ou atenção à saúde”, mas claramente se constituem como pilares da exclusão social dos doentes e de suas famílias. Consequentemente, o estigma e o preconceito são relatados com muita dor e sofrimento e são amplamente compartilhados na literatura, especialmente considerando a experiência brasileira de isolamento compulsório (MARTINS & IRIART, 2014).

Simplesmente dizer para “virar a página da lepra” significa dizer que a doença não é terrível porque é letal, mas porque marca as pessoas, quando não se faz o diagnóstico precoce, fortalecendo a perpetuação do estigma virulento (GOULART, 2016).

Desde a antiguidade a hanseníase é uma doença muito estigmatizada. Traz em suas marcas histórias que não podem ser disfarçadas quanto à discriminação que os portadores sofreram, tanto físicas como psicológicas e sociais (FIGUEREDO, 2012). Outros fatores como a religião e o medo também contribuíram para o preconceito arraigado a essa patologia. O preconceito ocasiona angústia psíquica com sérias repercussões na vida privada e profissional.

Nesse sentido, é fundamental estudar as diferentes razões, caracterizadas como medidas de exclusão e discriminação. Pois, a hanseníase, ao longo de sua história, leva seus portadores a enfrentarem dificuldades na interação social (MINUZZO, 2008). Segundo Arruda *et al.* (2016):

A hanseníase é uma doença que precisa ser enfrentada como qualquer outra patologia curável. O preconceito histórico deve ser desvinculado da consciência da doença. Dessa forma, torna-se mais fácil lidar com a doença e com os efeitos adversos em relação ao tratamento. É possível a erradicação do bacilo, desde que haja a desmistificação do preconceito que rodeia esta moléstia (ARRUDA *et al.*, 2016 p. 131).

Brasil (2016), discorre sobre a assistência a hanseníase afirmando que os casos de hanseníase são considerados de absoluta responsabilidade do setor público, no que concerne ao diagnóstico, ao tratamento e medidas de controle. Segundo o Ministério da Saúde, o controle da hanseníase tem como um dos empecilhos o problema do abandono do tratamento e reconhece que os dados sobre abandono não refletem a realidade, por deficiências no sistema de informação.

Nesse contexto, quebrar os paradigmas por trás do estigma, extinguir o preconceito e expor os sentimentos, as emoções e os pensamentos relacionados a hanseníase são grandes desafios, e muitas vezes missões que os serviços de saúde não conseguem cumprir (LUKA, 2010). Segundo SANTOS *et al.* (2015):

Destaca-se, como fruto de uma ação coletiva, a criação do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), em 1981, na transição entre os períodos do tratamento sulfônico e da poliquimioterapia. O movimento representava não só o desejo de apoiar as pessoas e as famílias acometidas, a partir de práticas de educação em saúde, mas também a resistência ao isolamento compulsório que sustentava o estigma e o preconceito até então. (SANTOS *et al.*, 2015, p. 620-627).

O IMPACTO DO PRECONCEITO NOS PORTADORES DE HANSENÍASE

A hanseníase pode causar no indivíduo impactos psicológicos após seu diagnóstico, pode ser encarada pelos pacientes como uma frustração e sentimento de impotência, porque se torna um obstáculo, o que dificulta a satisfação de suas necessidades e desejos. Apesar de a revelação do diagnóstico da hanseníase ser um momento difícil para o doente, os entrevistados demonstraram controle em suas emoções e sentimentos, com a ajuda de um profissional de saúde (SILVEIRA *et al.*, 2014). Existem três tipos de estigma na visão de Santos (2006 p. 26):

1) as abominações do corpo – as várias deformidades físicas; 2) as culpas de caráter individual, inferidas como decorrência de prisão, vícios, alcoolismo, distúrbios mentais, etc; e 3) os estigmas tribais de raça, nação e religião. Todas estas variáveis do estigma possuem as mesmas características sociológicas, ou seja, um indivíduo que poderia ser facilmente aceito nas relações sociais quotidianas possui um traço que se impõe e afasta os outros, impedindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus; pode-se assim entender também o estigma como uma característica diferente do previsível.

Desta forma Belchior (2004), afirma que O impacto do diagnóstico da hanseníase no trabalho está relacionado principalmente por representar um "perigo" aos demais trabalhadores. Pelos medos, transtornos e angústias que pode causar, os portadores da doença correm o risco de ser despedidos quando a moléstia se manifesta e se torna pública no local do trabalho. Fato este que os torna mais temerosos de revelar que estão doentes.

Percebe-se que o medo decorrente de crenças e sentimentos presentes na sociedade influencia na realização do exame de contatos e está relacionado com o comportamento de pacientes que abandonam o tratamento e que não procuram atendimento para não revelar o diagnóstico da doença (LANA *et al.*, 2014). Estudos de Figueiredo (2006, p. 134) refere que:

Ser diagnosticado como portador de hanseníase traz muitas vezes consigo o risco de esgarçamento e até ruptura dos vínculos dos doentes com suas famílias, com a comunidade em que vivem e com seu trabalho. Este processo de tensões sobre os vínculos sociais dos portadores de hanseníase pode ser mais bem compreendido levando em conta o conceito de desfiliação, em referência à situação vivida pelos desempregados em relação à sociedade em que vivem (FIGUEIREDO, 2006, p. 134).

Nesse sentido, os problemas emocionais estão intimamente ligados à autoestima, ao controle do próprio corpo e às relações interpessoais. No caso da criança e adolescente não atinge somente o paciente, mas toda a família, que trazem complicações na qualidade devida do grupo familiar (MONTEIRO, 2010).

Oliveira (1990) aponta que as reações de tristeza, preocupação, insegurança, medos, entre outros, devem ser identificadas e compreendidas pelos profissionais que lidam com o hanseniano, bem como devem eles intervir e criar oportunidades para o paciente externalizar suas fantasias. Ao permitir que o paciente externalize os falsos conceitos que tem sobre a doença, o profissional pode esclarecer as dúvidas e diminuir a distância entre a crença e a ciência, construindo socialmente um novo conhecimento.

Para Silva *et al.* (2008), “os indivíduos têm dificuldades em aceitar a doença, tornando-se uma pessoa com auto estigma, devido à discriminação que a sociedade pode ter sobre ele, e isso provoca instabilidade emocional”.

O convívio familiar pode apoiar o portador de hanseníase, mesmo que também sofram com o preconceito, podendo-se envolver assim vários

sentimentos nesse processo, como amor, companheirismo, dentre outros (SILVA, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou revisar, através da literatura, de que forma o portador da hanseníase ainda é tratado diante da sociedade, além de apontar a provável fonte do preconceito e o impacto que ele tem gerado na vida daqueles que enfrentam a doença.

Dessa forma, o trabalho aponta que o abandono do tratamento pode ainda ocasionar um prejuízo na qualidade de vida do paciente, já que as incapacidades geradas pela evolução natural da doença sem acompanhamento terapêutico podem ocasionar diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e questões psicológicos.

Os casos de hanseníase são considerados de absoluta responsabilidade do setor público, no que concerne ao diagnóstico, ao tratamento e medidas de controle. O controle da hanseníase tem como um dos empecilhos o problema do abandono do tratamento e reconhece que os dados sobre abandono não refletem a realidade, por deficiências no sistema de informação.

Todas as variáveis do estigma social com o portador da hanseníase possuem as mesmas características sociológicas, ou seja, um indivíduo que poderia ser facilmente aceito nas relações sociais cotidianas possui um traço que se impõe e afasta os outros, impedindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus; pode-se assim entender também o estigma como uma característica diferente do previsível.

Nesse contexto, o convívio familiar pode apoiar o portador de hanseníase, mesmo que também sofram com o preconceito, podendo-se envolver assim vários sentimentos nesse processo, como amor, companheirismo, dentre outros.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, et al., Abandono de tratamento no programa de controle da hanseníase de um hospital universitário em São Luís - Maranhão. 2009.
Disponível em:

<https://posgraduacaofuneso.files.wordpress.com/2014/10/circunstc3a2ncias-associadas-ao-abandono-do-tratamento-da-hansenase-uma-revisc3a3o-sistemc3a1tica.pdf>. Acesso em 11 de outubro de 2021.

ALVES, E.D.; FERREIRA, T.L; FERREIRA, I.N. **Hanseníase - Avanços e Desafios**. 1^a ed. Brasília: Universidade de Brasília; 2014.

ARAUJO, Marcelo Grossi. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. [online]. v.36, n.3, p.373-382, 2003.

ARRUDA, Jalsi Tacon *et al.* Hanseníase e o Preconceito: Estudo de Caso em Duas Escolas do Ensino Fundamental em Goiânia – GO. **Revista Uniaraguaia**, [S.I.], p. 123-135, jul. 2016. ISSN 2676-0436. Disponível em: <http://www.faculdadearaguaia.edu.br/sipe/index.php/revistauniaraguaia/article/view/393>. Acesso em: 16 Out. 2021.

BELCHIOR, J. D. B. (2004). **O impacto do diagnóstico no paciente com hanseníase**. Monografia, Curso de Psicologia, Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, MG.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde. Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_controle_hansenise_cab10.pdf. Acesso em: 11 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Cadernos de Atenção Básica. Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado da Hanseníase**. Brasília-DF, 2010. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/487.pdf>. Acesso em: 11 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública**. Brasília-DF, 2016. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes_para_--eliminacao_hansenise_-_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf. Acesso em 15 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Informe Epidemiológico. Programa Nacional de Controle da Hanseníase (org.) Núcleo de Comunicação**, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_saude_situacao_hansenise.pdf. Acesso em 13 de outubro de 2021.

BRASIL. Ministério Da Saúde (2022). **Boletim Epidemiológico de Hanseníase - Número Especial jan. 2022**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-hansenise_-_25-01-2022.pdf/view. Acesso em 02 abril 2022

BORENSTEIN, M. et al. Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960). **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 61, p. 708-712, nov. 2008.

CID, R.D.S; LIMA, G.G; SOUZA, A.R; MOURA, A.D.A. Percepção de Usuários Sobre o Preconceito da Hanseníase. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.13, n.5, p.1004-1014, 2012.

COÊLHO, Lennara de Siqueira *et al.* Vivência do enfermeiro da atenção básica nas ações de controle da hanseníase. Recife: **Revista de Enfermagem UFPE**. 2015. 1413 p. Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10853/12072>. Acesso em 16 de outubro de 2021.

FIGUEIREDO, I. A. **O Plano de Eliminação da Hanseníase no Brasil em Questão**. São Luís, 2006.

FIGUEREDO, A. P. P. **Hanseníase: do isolamento familiar ao social**. Monografia. Graduação em Psicologia, Centro Universitário, Fundação UNIRG. Gurupi-TO dezembro, 2012.

GOULART, I. M. B. **Leprosy Mailing List Blog [Internet]. Mensagem para: Dr. Pieter Schreuder**. 2016 Feb 11. [citado em 2017 Feb 2]. [5 parágrafos]. Disponível
em:<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/18391/1/HansenieseEstigmaSeculo.pdf>. Acesso em 15 de outubro de 2021.

LANA, Francisco Carlos Félix *et al.* O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 3, p. 556-565, 2014.

LUKA, E. E. Understanding the stigma of leprosy. **South Sudan Medical Journal**. v.3, n. 3, 2010. Disponível em:
<http://www.southsudanmedicaljournal.com/archive/august2010/understandingthe-stigma-of-leprosy.html>. Acesso em 16 de outubro de 2021.

MACIEL, L. R. **A solução de um mal que é um flagelo. Notas históricas sobre a hanseníase no Brasil do século XIX**. In: NASCIMENTO, D. R. do; CARVALHO, D. M. (Orgs.). Uma história brasileira das doenças. Brasília: Editora Paralelo 15, 2004, p. 109-125.

MARTINS, Patricia Vieira; IRIART Jorge Alberto Bernstein. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de Hanseníase em Salvador. **Revista de Saúde Coletiva**. v.24, n.1, p.273-289, 2014. Disponível
em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312014000100273&script=sci_abstract&tlang=pt. Acesso em 12 de outubro de 2021.

MINUZZO, D.A. (2008). **O homem paciente de Hanseníase (Lepra): Representação Social, rede social familiar, experiência e imagem corporal**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Políticas de Bem-Estar em Perspectiva: evolução, conceitos e actores. Universidade de Évora, Évora, Portugal.

MONTEIRO, S. C. L. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. Belo Horizonte, 2010. NAKAE, Marisa Fumiko. Nada será como antes – o discurso do sujeito coletivo hanseniano. Mogi das Cruzes – São Paulo, 2010.

OLIVEIRA, M. H. P. Reações emocionais dos hansenianos portadores de deformidade física. **Hansenologia Internationalis**, v.15, n.1, p.16-23, 1990.

RAMOS, Leila Bitar Moukachar. **Hanseníase e estigma no século XXI: narrativas de moradores de um território endêmico**. 2017. 101 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017. Disponível em:
<https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/18391>. Acesso em 12 de outubro de 2021.

SANTOS, Danielle Breia dos. **Hanseníase e Preconceito: uma relação intrínseca?** Rio de Janeiro, 2006. Disponível em:
<http://www.hlog.epsjv.fiocruz.br/upload/monografia/51.pdf>. Acesso em 15 de outubro de 2021.

SANTOS, Débora Aparecida da Silva; GONÇALVES, Ritiély Eduarda Lopes Mendonça; NASCIMENTO, Áurea Miranda do; CRUZ NETO, Lourenço Ribeiro da. **Hanseníase: diagnóstico precoce é a solução. Decanato de Extensão da Universidade de Brasília**. Brasília-DF, n.23-24, 2013. 134 p. Disponível em: periodicos.unb.br/index.php/participacao/article/view/10205. Acesso em 12 de outubro de 2021.

SANTOS, K. S. et al. Meaning of leprosy for people who have experienced treatment during the sulfonic and multidrug therapy periods. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 23, n. 4. p. 620-627, 2015.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina; MENEZES, Ricardo Fernandes de **Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. Revista Brasileira de Estudos de População [online]**. 2008, v. 25, n. 1, p. 167-190. 2008.

SILVA, Laura Nascimento. **Preconceito Contra o Portador de Hanseníase no Âmbito da Atenção Primária à Saúde**. Fortaleza, 2018. Disponível em:
https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/20106/1/LAURA_NASCIMENTO_SILVA.pdf. Acesso em 17 de outubro de 2021.

SILVA, M. C. D; PAZ, E. P. A. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 223-229, 2010.

SILVA, R. C. P., LOPES, A., GUIARD, C. L. M. P., PEIXOTO, E. S., METELLO, H. N., ITO, L. S., SANTOS, M. A. H., FERREIRA, M. E., CLEMENTE, M. G., & NOGUEIRA, W. História de vida e trabalho de pessoas atingidas pela Hanseníase em Serviços de Saúde do estado de São Paulo. **Hansen Int**, v. 33, n.1, p. 9-18. 2008.

SILVEIRA, Mariana Guimaraes Bicalho *et al.* Portador de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico. **Psicologia & Sociedade [online]**. v. 26, n. 2, p. 517-527. 2014.

SIMPSON, Clélia Albino Simpson et al. Ações de autocuidado de pessoas com hanseníase. Recife: **Revista de Enfermagem UFPE**. 2014. 2820 p. Disponível em:<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9989/10342>. Acesso em 11 de outubro de 2021.

SOUZA, VIVIAN F.M.; SILVA, R. S. da S.; VALLE, C. L.P.; OBADIA, D. L.; DAXBACHER, E. L.R. **Relato de três casos novos de hanseníase em menores de quinze anos no município de Itaguaí, Rio de Janeiro - evento de alerta para investigação epidemiológica**. Scielo, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000500024 > Acesso em: 04 abril 2022.

WHO. World Health Organization. Leprosy update. **Weekly Epidemiological Record**. V.86, n.36, p. 389–400, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/wer/2011/wer8636.pdf>. Acesso em 14 de novembro de 2021.

Capítulo

16

EDUCAÇÃO E SAÚDE: CONSCIENTIZAÇÃO DE GESTANTES SOBRE CORRIMENTO VAGINAL

Everli Pinto de Oliveira¹; Maria de Lurdes Gomes Pinto¹;
Elaine Sila de Melo Barros¹; Samara de Oliveira Abreu da Conceição¹;
²Antonio da Costa Cardoso Neto²; Bruna Cruz Magalhães³;
Flávia Holanda de Brito Feitosa⁴; Gracilene Oliveira da Silva⁵

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia-FSL; ²Doutor em Saúde Coletiva pela UFMA, Ph.D em Saúde Pública pela Universidade de Ciências Empresariales y Sociales, UCES, Buenos/Aires Argentina. Graduado em Enfermagem – UNICEUMA, Graduado em Pedagogia – UEMA. Docente da Faculdade Santa Luzia;

³Mestra em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁴ Especialização latu senso Gestão de Pessoas pela Fundação Getúlio Vargas. Graduada em Enfermagem pelo Instituto Florence de Ensino Superior. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁵Especialista em Terapia Intensiva e Suporte Ventilatório - FACREDENTOR. Docente da Faculdade Santa Luzia – FSL.

RESUMO:

A temática corrimiento vaginal é um dos agravos que mais acomete as mulheres que buscam um serviço de saúde, que pode ser provocado por condições infecciosas ou não infecciosas. A presente pesquisa teve como objetivo conhecer a conscientização de gestantes sobre o corrimento vaginal. Realizou-se pesquisa bibliográfica para alcançar os objetivos propostos. No desenvolvimento do trabalho se observa que ao meio dessas infecções é possível que a mulher desenvolva, simultaneamente, infecções por mais de um agente etiológico, causando corrimento de aspecto inespecífico. Dentre eles, os que mais representam as causas do corrimento vaginal são a vaginose bacteriana, a tricomoníase e a candidíase vulvovaginal. Conclui-se a presente pesquisa chamando a atenção das autoridades competentes e dos profissionais da saúde que assistem as mulheres nesse período de gravidez para reforçarem a importância das políticas de atenção das gestantes durante o período de gestação.

Palavras-chave: Corrimento Vaginal; Gestantes; Enfermagem; Saúde.

INTRODUÇÃO

O Corrimento vaginal é uma das maiores causas que levam as mulheres/gestantes a procurar um serviço de saúde, na maioria das vezes apresentando constrangimento e preocupação veemente com esse tipo de situação, principalmente porque associam este a patologias.

Porém, destaca-se que nem sempre o corrimento vaginal é sinônimo de doença, durante a gravidez o corpo da mulher passa por diversas alterações fisiológicas, a secreção em determinado período desta, acontece normalmente e no último trimestre de gestação prepara o organismo para o parto.

É evidente, todavia, que nem toda secreção da região vulvar acarreta uma patologia, e nem toda enfermidade é infecciosa. No período da gestação o corpo da mulher passa por inúmeras alterações fisiológicas, a secreção em determinado período desta, ocorre normalmente, e no último trimestre de gestação prepara o organismo para o parto. (LIMA, 2013).

Contudo, ressalta-se que determinados corrimentos vaginais principalmente aqueles de coloração duvidosa e mau cheiro pode ser indícios de infecção ou outros problemas causados por microrganismos externos, ou da própria flora feminina, escancarando assim a necessidade de informações básicas sobre o próprio corpo.

Entretanto, Barros (2015) é contundente ao afirmar que o corrimento vaginal de origem fisiológica é normalmente definido pela combinação de células mortas do trato genital, bactérias naturais da flora vaginal e corrimento de muco. O corrimento normal costuma ter em média 1 e 4 ml de volume diário e a sua finalidade é umedecer, lubrificar e preservar a vagina limpa, obstruindo inflamações e dificultando o surgimento de infecções.

Assim são apontadas referências para ações de vigilância, cuidado e controle, com o propósito de promover o entendimento do problema e a oferta de assistência de qualidade e um tratamento efetivo.

Reforçando assim o papel do enfermeiro em emitir informações, orientar e, sobretudo, esclarecer os cuidados necessários para que determinadas secreções não sejam sinônimo de doenças, ou se já existente, permitindo que elas percebam os sinais de alerta e busque atendimento especializado quanto antes.

DESENVOLVIMENTO

Segundo Duarte (2015) o corrimento vaginal é a expressão dada a qualquer secreção de líquido, não sangue, pelo canal vaginal. Não, obstante, destaca-se que o corrimento é uma situação muito comum e na maioria dos

casos não indica problema ginecológico, uma vez que toda a mulher a partir da puberdade pode apresentar algum grau de corrimento na vagina.

Devido à instabilidade dos serviços de saúde voltados para a prevenção, diagnóstico e tratamento de infecções do trato reprodutivo, incluindo as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), é um problema de saúde pública em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento no caso do Brasil. Apesar do aumento dessas infecções, na maioria dos países as informações são limitadas, dificultando assim a implementação de programas eficazes (PEDROSA et al., 2011).

Além das Infecções Sexualmente Transmissíveis, há outras condições que podem causar um desequilíbrio da flora vaginal normal devido à alta morbidade e sintomatologia, incluindo, a vaginose bacteriana.

O principal patógeno é a *Gardnerella vaginalis*, que pode causar corrimento vaginal tipicamente leitoso, com bolhas e mau cheiro, assim como a Cândida albicans, responsável por infecções da vulva e da vagina, causando coceira intensa e secreção branca, grumoso e insipida (PEDROSA et al., 2011).

As mulheres gravidas são muito afetadas pelos efeitos adversos dessas infecções. Se não forem diagnosticadas e tratadas adequadamente, podem ocorrer complicações como parto prematuro, ruptura das membranas, aborto etc.

A gravidez é um momento único na vida de toda mulher, é considerada um processo natural e fisiológico acompanhado de alterações emocionais, hormonais e físicas. Este é um processo natural que varia entre as mulheres e envolve mudanças fisiológicas complexas.

Segundo Piccinini et al. (2009) durante a gravidez, ocorre algumas alterações no trato reprodutivo genital inferior nesse período, como a hipertrofia da parede vaginal, o aumento da acidez vaginal, do fluxo sanguíneo e da temperatura, embora tenha efeito protetor sobre o útero.

O feto é suscetível a infecções vaginais, durante esse período é importante uma atenção especial, para esclarecer as alterações na flora vaginal e prevenir afecções (PICCININI et al., 2009).

Uma característica muito importante do corrimento vaginal fisiológico é que ele é estimulado pelo hormônio estrogênio, portanto, durante os períodos

de maior estimulação hormonal, como a gravidez, seu volume aumenta. Outro fator que aumenta o volume de corrimento na gravidez é o aumento do sangue para região vaginal.

Dentre as muitas características do corrimento considerado normal, ele é de coloração branca, tem aspecto visual leitoso ou transparente, espesso e possui odor fraco. Uma das dicas mais importantes para identificar um corrimento fisiológico é a ausência de sinais ou sintomas de irritação, como dor, ardência, vermelhidão ou coceira na vagina e/ou vulva (RIOS; VIEIRA, 2007).

Os profissionais de saúde podem observar se apresenta algum corrimento vaginal durante a gravidez de forma simples, que pode se manifestar como sintomas ou sinais de infecção causada durante a gravidez.

Para identificar essas infecções, alguns exames são importantes que podem ser realizados, como por exemplo, o Papanicolau, que consiste no método de triagem mais utilizado na prática ginecológica por ser um exame rápido e barato. As consultas de ginecologia, o planejamento familiar e pré-natal deve ser realizado em tempo hábil (PEDROSA et al., 2011).

Para Santana et al., (2013) o exame cito patológico serve para identificar tumores cervicais ou alterações epiteliais de natureza neoplásica, embora não seja ideal, também pode identificar alterações como secreções vaginais e outras infecções.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à implantação de um plano de atenção básica a saúde por meio de uma equipe de multiprofissionais (médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, dentista, agentes comunitários de saúde) em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades da Saúde da Família (USF) (MALTA et al., 2016).

Para Jesus (2017), a falta de compreensão da diferença entre corrimento fisiológico e patológico, hábitos sexuais e higiênicos insuficientes e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, devido à disponibilidade do serviço e tratamento justo, além da conscientização e monitoramento dos usuários sobre a importância da procura de serviços médicos. O tratamento de saúde é um fator que interfere na qualidade e na vida e na saúde dessas gestantes.

Portanto, é importante conscientizar as gestantes através de ações educacionais em saúde, acerca da importância do autoconhecimento, referente os tipos de corrimientos vaginais e a busca de assistência prévia. O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece diversos programas como a ESF para cada grupo específico, o Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM) tem como objetivos. (BRASIL, 2014).

Ações de educação, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, incluindo à mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, planejamento familiar, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil da população feminina (BRASIL, 2014, p.10).

Nesse sentido, o pré-natal visa acompanhar a gestante para garantir que receba suporte psicossocial, educacional e preventivo durante a gestação, considerado um dos indicadores de saúde materna e do desenvolvimento fetal. Ter a oportunidade de investigar a história da obstetrícia e ginecologia, além de fornecer orientações sobre os tipos de corrimento vaginais e possíveis complicações, e métodos preventivos (RIOS, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a gestação pode-se diminuir os riscos das afecções que possam afetar o feto, o pré-natal precoce pode prevenir várias complicações. Dessa maneira, a educação em saúde durante o pré-natal é fundamental para que a gestante perceba as mudanças físicas e fisiológicas durante a gravidez. Além, das orientações pós-natal, que ela saiba como distinguir entre condições normais e anormais durante esse período de gravidez.

Contudo, torna-se de fundamental importância deixar claro que o corrimento considerado normal, segundo os médicos especialistas (ginecologistas) é aquele que não está diretamente relacionado com qualquer tipo de doença ou inflamação de natureza ginecológica e possui características próprias consideradas normais como: textura, cheiro e coloração, esse tipo de corrimento vaginal é também denominado de fisiológico ou natural. Nesse sentido, chamamos a atenção das autoridades competentes e dos profissionais da saúde que assistem as mulheres nesse período de gravidez para

reforçarem a importância das políticas de atenção das gestantes durante o período de gestação.

REFERÊNCIAS

BARROS, Antônio C. as contribuições do profissional de enfermagem nos casos de mulheres gestantes com corrimento vaginal. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.42, n.3, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pesquisa sobre os principais problemas durante a gestação entre as mulheres brasileiras**. Brasília/DF, 2014.

DUARTE, Marli T. C. Alteração de flora vaginal em gestantes de baixo risco, atendidas em serviço público de saúde: prevalência e associação à sintomatologia e achados do exame ginecológico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.18, n.5, 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social** / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

JESUS, Carliene Sousa de. Perfil de gestantes com síndrome do corrimento vaginal atendidas na estratégia de saúde da família. **Revisão integrativa**. 2017.

LIMA, Thais M. Corrimentos vaginais em gestantes: comparação da abordagem sindrômica com exames da prática clínica da enfermagem. **Revista Brasileira de Obstetria**, v.2, 2013.

MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Maria Aline Siqueira; STOPA, Sheila Rizzato; VIEIRA, José Eudes Barroso; MELO, Eduardo Alves; REIS, Ademar Arthur Chioro dos.. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.1-12, 2016.

MARCONI, M.A. & LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 6^a edição, São Paulo: Atlas, 2007.

PEDROSA, Valderiza L.; GALBAN, Enrique; BENZAKEN, Adele S.; VASQUEZ, Felician G.; IZAN JUNIOR, Jamile L. DST e suas determinantes: quatro anos de vigilância em um centro sentinelas no estado do Amazonas-Brasil. **DST j. bras. doenças sex. transm.**, p. 57-65, 2011.

PICCININI, C.A. Augusto et al. Expectativas e sentimentos de pais em relação ao bebê durante a gestação; **Estud. psicol.**(Campinas), v.26, n.3, p. 373-382, 2009.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de Enfermagem como um espaço para a educação em saúde.
Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.12, n.2, mar/abr. 2007.

Capítulo

17

PARTICIPAÇÃO DA ENFERMAGEM NO CONTROLE DA HANSENÍASE EM UNIDADE DE SAÚDE

Juliete Rocha Silva¹; Marcella Silveira Silva Lopes¹;
Aldenize Moreira de Sousa¹; Eunice da Silva Sousa¹;
Antonio da Costa Cardoso Neto²; Alfredo José de Paula Barbosa³;
Flávia Holanda de Brito Feitosa⁴; Flávia Holanda de Brito Feitosa⁵;
Luis Martins Machado⁶

¹Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ² Doutor em Saúde Coletiva pela UFMA, Ph.D em Saúde Pública pela Universidade de Ciências Empresariales y Sociales, UCES, Buenos/Aires Argentina. Graduado em Enfermagem – UNICEUMA, Graduado em Pedagogia – UEMA. Docente da Faculdade Santa Luzia; ³Mestre em Ciência e Tecnologia da Computação pela Universidade Federal de Itajubá, desenvolvendo o Algoritmo de Busca Gravitacional com a Constante Gravitacional Normalizada. Engenheiro da Computação. Professor e Chefe do Departamento de Engenharia e Computação da Faculdade Santa Luzia; ⁴ Especialização latu sensu Gestão de Pessoas pela Fundação Getúlio Vargas. Graduada em Enfermagem pelo Instituto Florence de Ensino Superior. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁶Doutorando em Direito Constitucional UBA – Buenos Aires Argentina; Especialista em Direito Tributário e em Administração Escolar; Graduado em Ciência Contábeis e em Direito. Docente e Diretor da Faculdade Santa Luzia.

RESUMO:

A Hanseníase é uma patologia causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, sendo um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), onde infecta os nervos periféricos e o nervo trigêmeo. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, elaborado através de uma revisão literária, buscando aprofundar conhecer a participação da enfermagem no controle da hanseníase em unidade de saúde. No desenvolvimento do estudo faz referência ao ser humano como única causa de infecção da hanseníase, contágio da doença ocorre a partir de uma pessoa doente, quando o indivíduo não tratado elimina os bacilos contaminando pessoas suscetíveis. As vias aéreas superiores são consideradas a porta de entrada no organismo suscetível, como da mesma forma a via de eliminação do bacilo, as secreções orgânicas como leite, esperma, suor, e secreção vaginal, podem liberar bacilos, mas não tem importância na propagação da infecção. Conclui-se o presente estudo chamando atenção das autoridades competentes e dos profissionais da atenção básica para desenvolver projetos de intervenção que possibilite quebrar a cadeia de contágio da hanseníase nos seres humanos.

Palavras-chave: Estratégias Lúdicas, Criança, Assistência de Enfermagem; Ambiente Hospitalar.

INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma patologia causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*, sendo um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), onde infecta os nervos periféricos e o nervo trigêmeo. Ela afeta as células de Schwann, que possuem como função a produção da bainha de mielina, estrutura responsável pela condução dos impulsos nervosos, a destruição dessa estrutura resulta na perda de sensibilidade. De forma geral é um agente etiológico de baixa patogenicidade e alta infectividade.

A transmissão da hanseníase é realizada através do contato direto, de pessoa para pessoa, em especial a pessoa multibacilar sem tratamento, a transmissão pode ser respiratória pelas vias aéreas superiores por tempo prolongado, não transmite por objetos.

Os principais sintomas da hanseníase são as alterações neurológicas, onde há um espessamento neural, perda da sensibilidade (térmica, dolorosa e tátil), perda da função muscular (força), edema de mãos e pés, assim como também a possibilidade de febre, artralgia, manchas vermelhas, brancas e acastanhadas, câimbras, dormência, queda de pêlos (madarose), pele infiltrada (casca de laranja), e ainda alterações nos olhos (ectrópio).

Realizar consulta de Enfermagem é tarefa privativa do enfermeiro, assegurada na Lei 7.498/86, art. 11, inciso I, alínea “i”, pelo Decreto 94.406/87, art. 8º, inciso I, alínea “e”, pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e padronizada pela Resolução COFEN 358/2009. A Resolução COFEN 568/2018 decreta a atuação do enfermeiro nos consultórios de Enfermagem. A atuação desse profissional em consultórios deve obedecer às normas técnicas e éticas vigentes. O presente estudo tem como finalidade conhecer a participação da enfermagem no controle da hanseníase em unidade de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, elaborado através de uma revisão literária, buscando aprofundar conhecer a participação da enfermagem no controle da hanseníase em unidade de saúde.

O estudo fundamenta-se na análise de artigos científicos, revistas e leitura de livros da biblioteca virtual, os quais foram selecionados para atender o objetivo do estudo.

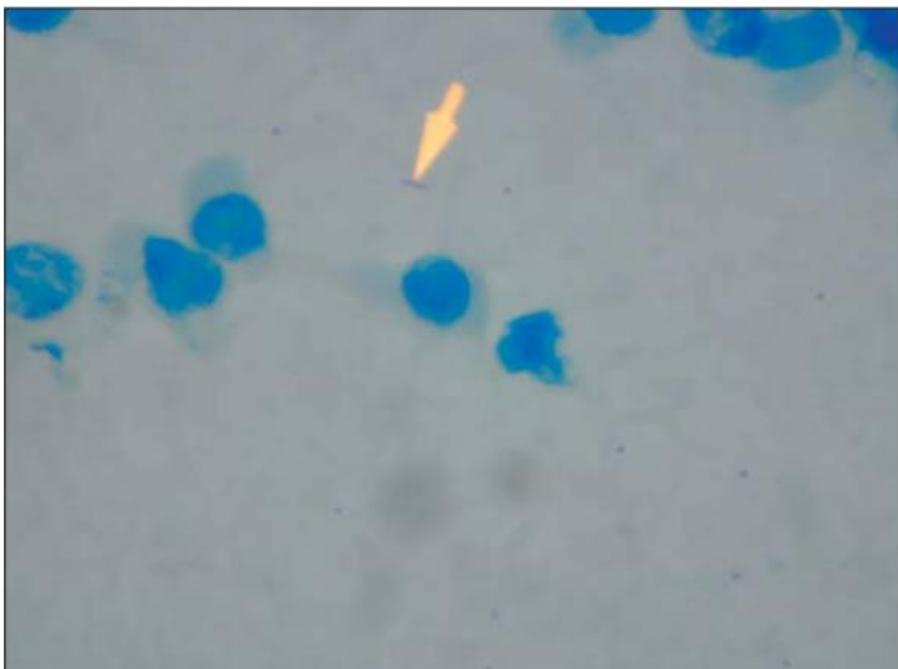
A pesquisa foi realizada no período de agosto a dezembro de 2021. Foram incluídos os 30 estudos mais relevantes do levantamento bibliográfico relacionado ao objeto do presente estudo.

REVISÃO DE LITERATURA

A hanseníase é uma doença infecciosa, transmissível, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que se evidencia por meio de sinais e sintomas dermatológicos e neurológicos (BRASIL, 2001 apud FREITAS et al., 2008). Ela se desenvolve lentamente e tem um tempo de incubação médio de 3 anos. A hanseníase pode afetar todas as faixas etárias e ambos os sexos (Brasil 2000), Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014, foram notificados 213.899 novos casos de hanseníase no mundo. Nesse mesmo ano no Brasil, os novos casos de hanseníase somaram 31.064. Desses, 2.341 (7,5%) casos novos equivale a menores de 15 anos de idade e 2.034 (6,5%) dos pacientes manifestam grau 2 de incapacidade física (BRASIL, 2006).

O agente etiológico é a qualificação do organismo responsável por gerar determinada doença. O agente etiológico da Hanseníase é a bactéria *Mycobacterium leprae*, famigerado como Bacilo de Hansen. A bactéria em forma de bastão foi exposta pela primeira vez pelo médico norueguês Gerhard Armauer Henrik Hansen, em 1873. Essa bactéria foi considerada a primeira descoberta por gerar doença no ser humano (KRELING, 2010).

Figura 1. Bacilo de Hansen (*M. leprae*) corado pelo método de Ziehl-Neelsen no esfregaço de conjuntiva tarsal superior



Fonte: Moreira et.al. (2006, p.867)

O ser humano é conhecido como única causa de infecção da hanseníase, pois a partir de uma pessoa doente acontece o contágio quando o indivíduo não tratado elimina os bacilos contaminando pessoas suscetível (BRASIL, 2002). As vias aéreas superiores são consideradas a porta de entrada no organismo suscetível, como da mesma forma a via de eliminação do bacilo (BRASIL, 2002). As secreções orgânicas como leite, esperma, suor, e secreção vaginal, podem liberar bacilos, mas não tem importância na propagação da infecção (TALHARI, 1997).

A organização Mundial de Saúde (OMS) sugere uma classificação baseada na quantidade de lesões e na bacilosscopia, assim caracterizado: Hanseníase Paucibacilar-PB com até cinco lesões de pele e bacilosscopia negativa, corresponde às formas indefinidas e tuberculóide; e Hanseníase Multibacilar-MB com mais de cinco lesões, com bacilosscopia positiva ou negativa condiz a forma dimorfa, e com bacilosscopia positiva representa a forma virchowiana (BRASIL, 2006)

Na visibilidade dos medievais, as fundamentais causas da propagação da doença eram o contágio, a hereditariedade, o clima e a alimentação imprópria. Portanto, a Hanseníase teria se tornada endêmica devido a junção de fatores como as más condições de higiene, alimentação e moradia. Esses fatores tinham origem no ligeiro aumento da população e da sua aglomeração

no confinado espaço das cidades medievais, favorecendo a promiscuidade e o aparecimento e aumento de várias doenças, inclusive da Hanseníase (FAUSTO, 2007 apud FREITAS MER *et.al.*, 2009).

Apresenta-se por lesões cutâneas e comprometimento dos nervos superficiais, gerando dores ou espessamento dos nervos periféricos, reduzindo ou perda de sensibilidade e/ou da força motora nas áreas com a inervação afetada (C apud VIEIRA DS *et.al.*, 2012).

A hanseníase além de lesão na pele manifesta-se, através de lesões nos nervos periféricos. A pesquisar afirma ainda que as lesões são decorrentes de processos inflamatórios dos nervos periféricos (neurites) e que podem ter como origem a atividade do bacilo nos nervos como o comportamento do organismo ao bacilo ou pelos dois. Elas surgem através de: dor e espessamento dos nervos 14 periféricos; ausência de sensibilidade nas áreas inervadas por esses nervos, especialmente nos olhos, mãos e pés; ausência de força nos músculos inervados por esses nervos especialmente nas pálpebras e nos membros superiores e inferiores (BRASIL, 2002).

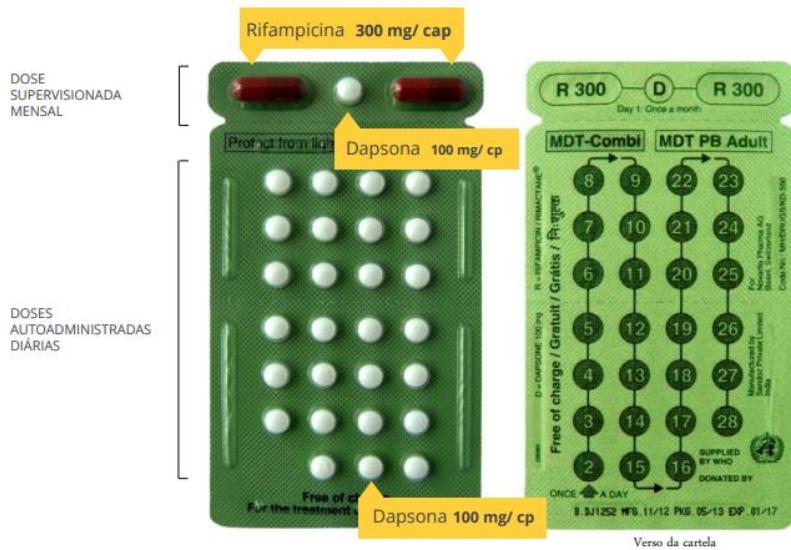
O autor segue afirmando que a neurite, geralmente, apresenta-se através de um desenvolvimento agudo, seguido de dor forte e edema. No início, não há demonstração de comprometimento funcional do nervo, mas, continuamente, a neurite torna-se crônica e passa a apresentar esse comprometimento, através da perda da capacidade de suar, provocando ressecamento na pele.

Há perda de sensibilidade, ocasionando dormência e há desaparecimento da força muscular, provocando paralisia nas áreas inervadas pelos nervos acometidos. Quando o acometimento neural não é tratado pode ocasionar incapacidades e deformação pela alteração de sensibilidade nas áreas inervadas pelos nervos acometidos (BRASIL, 2002).

O diagnóstico da hanseníase é feito através do exame clínico dermatoneurológico (BRASIL, 2001). Procura-se sinais da doença no paciente, que passa a ser classificado um caso de hanseníase se apresentar uma ou mais de uma das individualidades a seguir: presença de lesão ou lesões de pele com alteração de sensibilidade, comprometimento de um ou mais nervos juntamente à presença de espessamento neural e/ou bacilosscopia positiva (BRASIL, 2002).

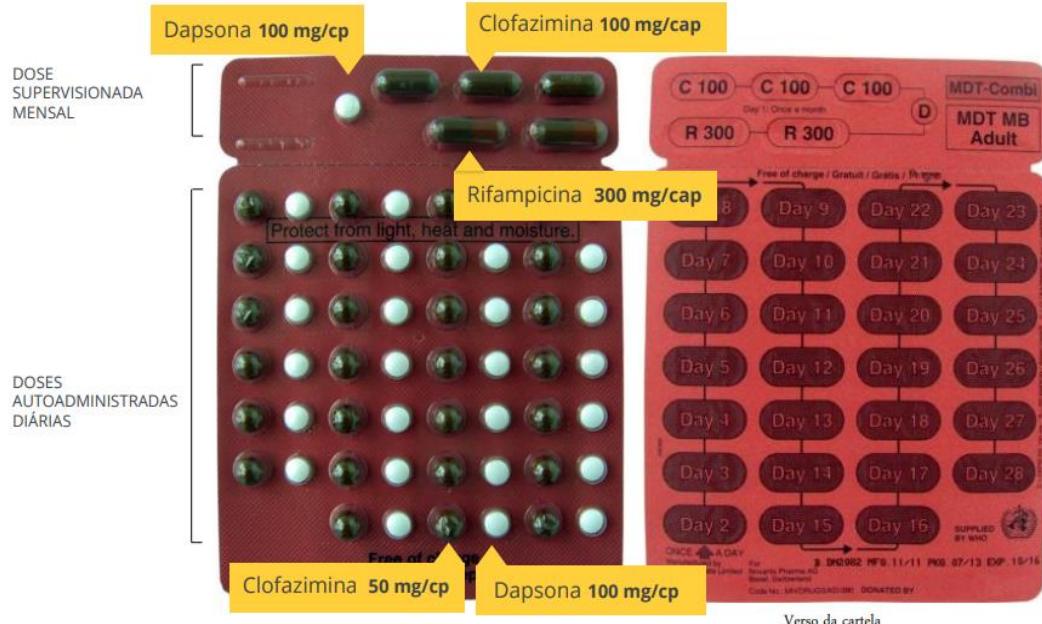
A poliquimioterapia usa esquemas baseados na classificação operacional. Para os diagnosticados como paucibacilares, o tratamento é realizado com 6 doses, englobando 1 dose de rifampicina 600 mg/mês e dapsona 100 mg/dia. Para multibacilares, são 12 doses, aumentando clofazimina, 1 dose de 300 mg/mês e 50 mg/dia (BRASIL, 2002).

Figura 2. Esquema Padrão de Tratamento Paucibacilar.



Fonte: UNA-SUS (2021, p.5).

Figura 3. Esquema Padrão de Tratamento Multibacilar.



Fonte: UNA-SUS (2021, p.6)

Adota-se metodologias suplentes frente a contraindicação de algum dos princípios ativos tidos como primeira escolha. Drogas alternativas são ofloxacina e/ou minociclina. Em casos excepcionais, recomenda-se a administração mensal do esquema ROM (rifampicina, 600 mg, + ofloxacina, 400 mg, + minociclina, 100 mg), 6 doses nos paucibacilares e 24 nos multibacilares (BRASIL, 2002; DINIZ; CATABRIGA; SOUZA FILHO, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2016 foram registrados 214.783 casos novos de hanseníase em 143 países, apontando uma taxa de detecção de 2,9 casos por 100 mil habitantes.

Nesse mesmo ano, foram notificados no Brasil 25.218 casos novos de hanseníase, com uma taxa de detecção de 12,2 casos para 100 mil habitantes. Tais dados demonstram que o país é considerado como de alta índice para a doença e o segundo com aumento número de casos novos registrados no mundo (BRASIL, 2018a,).

Com base nas afirmações de Vermond e Vieth (1997), do ponto de vista de saúde pública, a hanseníase não conta com oportunidade de prevenção primária, como ocorre com a poliomielite entre outras doenças infecciosas, uma vez que a vacina para a hanseníase ainda se encontra no terreno experimental e, até o presente, sem futuro garantido. No entanto, os esforços das políticas de saúde concentraram-se quase que unicamente no diagnóstico precoce e no seu tratamento.

O Ministério da Saúde estabeleceu como pilares que norteiam o Plano de Eliminação da Hanseníase no Brasil: Intervenções perenes e continuadas para garantir a diminuição da ocorrência dos casos; atividades de supressão da hanseníase, realizadas e financiadas de forma exclusiva com recursos do SUS, inserindo os casos novos: diagnósticos, tratamento poliquimioterápico PQT/OMS; vigilância epidemiológica por meio do exame dos comunicantes; sapiência do paciente, da família e da sociedade; precaução de incapacidades/deficiências, reabilitação e encaminhamento das complicações de acordo com os graus de complexidade da assistência, assim como a assistência dos casos prevalentes até a cura (BRASIL, 2006; BRASIL, 2018b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hanseníase que é uma doença infectocontagiosa e transmissível causada por uma bactéria (*Mycobacterium leprae*) de evolução crônica que se manifesta por lesões cutâneas e diminuição da sensibilidade térmicas acometendo os nervos periféricos. Além disso, ela pode também afetar o psicológico, e muitas vezes por falta de conhecimento das manifestações clínicas, e ao seu complexo tratamento, desprezo aos portadores da doença e alta prevalência de hanseníase tornou-se um relevante problema de saúde pública.

O presente estudo pode contribuir com informações relevantes para melhorar o desempenho profissional dos enfermeiros nas intervenções de saúde contra a hanseníase tanto para portadores quanto a seus familiares. Dessa forma, é possível interromper o ciclo de transmissão por meio de intervenções que podem ser ofertadas de forma educativa com direcionamento específico para toda a equipe de enfermagem da unidade básica de saúde. Conclui-se o presente estudo chamando atenção das autoridades competentes e dos profissionais da atenção básica para desenvolver projetos de intervenção que possibilite quebrar a cadeia de transmissão da hanseníase, proporcionando um controle eficaz e prevenindo algumas complicações que possam surgir como incapacidade, morte precoce, e depressão.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico: Hanseníase. **Brasília: Ministério da Saúde**, v.49, n.4 p.12, 2018a. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Boletim_epidemiologico_hansenise_2018.pdf. Acesso em 18 out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_p1.pdf>. (Acesso em 18 de outubro de 2021)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:
[<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hansenias.pdf>](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hansenias.pdf). (Acesso em 18 de outubro de 2021)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase: V Carta de Eliminação da Hanseníase. Plano nacional de eliminação da hanseníase em nível municipal 2006-2010**, Brasília, 2006. Disponível em:
[<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hansenias_plano.pdf>](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hansenias_plano.pdf). (Acesso em 18 de outubro de 2021)

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hanseníase: Atividades de Controle e Manual de Procedimentos. Brasília, DF, 2001. Disponível em:
[<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hansenias_atencao.pdf>](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hansenias_atencao.pdf). (Acesso em 18 de outubro de 2021)

DINIZ, Lúcia Martins; CATABRIGA, Melissa Daminato de Souza; SOUZA FILHO, João Basílio de. Avaliação de hansenianos tratados com esquema alternativo dose única ROM (rifampicina, ofloxacina e minociclina), após sete a nove anos. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 43 (6):695-699, nov-dez, 2010. Disponível em:
[<https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/hfQm9mt4tNLMJXCFPfgz7sK/?lang=pt&format=pdf>](https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/hfQm9mt4tNLMJXCFPfgz7sK/?lang=pt&format=pdf). (Acesso em 18 de outubro de 2021)

FREITAS, Márcia Elaine Rodrigues; PAIXÃO, Maria Aparecida da; LOURENÇO, Maria Margareth Alves; PIRES, Quézia Barcelar. **Hanseníase e a suspeição diagnóstica de enfermagem**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em enfermagem) – Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2009.

KRELING, Patrícia Constantini. **Hanseníase**. 2010. Disponível em:
<https://infomedica.fandom.com/pt-br/wiki/Hansen%C3%ADase>. (Acesso em 18 de outubro de 2021)

MOREIRA AS *et.al.* Bacilosscopia da conjuntiva no diagnóstico e acompanhamento de pacientes portadores de hanseníase. **Arq. Bras. Oftalmol**, v.69, n.6, p. 865-869, . 2006.

TALHARI, Sinesio; NEVES, Rene Garrido. **Dermatologia tropical – Hanseníase**. 3.ed. Manaus: Gráfica Tropical, 1997.

UNA-SUS. **Hanseníase na Atenção Básica: Tratamento**. Universidade Aberta do SUS, 2021. Disponível em:
[<https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45292>](https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/45292). (Acesso em 19 de novembro de 2021)

VERMOND, Marcos; VIETH, Hannelore. Prevenção de incapacidades na hanseníase: uma análise crítica. **Medicina, Ribeiro Preto**, v.30, p.358-363, 1997.

VIEIRA DS et.al. **Consulta de Enfermagem ao portador de hanseníase em Hospital Referência do município de João Pessoa – PB**. Universidade Federal da Paraíba – UFPB, 2012. Disponível em: <https://hugepdf.com/download/consulta-de-enfermagem-ao-portador-de-hansenise_pdf>. (Acesso em 18 de outubro de 2021).

**Capítulo
18**

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Suziane Cutrim Silva¹; Daiane Sampaio Araújo¹;
Marcelina Lopes Xavier Gama¹; Jéssica Rayanne Vieira Araújo Sousa²;
Antonio da Costa Cardoso Neto³; Alfredo José de Paula Barbosa⁴;
Flávia Holanda de Brito Feitosa⁵; Bruna Cruz Magalhães⁶

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia-FSL; ² Especialista em Gestão em Saúde, Gestão Pública pela Universidade Estadual do Maranhão e Enfermagem em Saúde da Família pela Faculdade UNIBF. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Luzia – FSL. ³ Doutor em Saúde Coletiva pela UFMA, Ph.D em Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, UCES, Argentina. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia – FSL; ⁴Mestre em Ciência e Tecnologia da Computação pela Universidade Federal de Itajubá, desenvolvendo o Algoritmo de Busca Gravitacional com a Constante Gravitacional Normalizada. Engenheiro da Computação. Professor e Chefe do Departamento de Engenharia e Computação da Faculdade Santa Luzia; ⁵Especialização latu sensu Gestão de Pessoas pela Fundação Getúlio Vargas. Graduada em Enfermagem pelo Instituto Florence de Ensino Superior. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁶ Mestre em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia.

RESUMO:

A violência obstétrica é um problema de saúde pública, constatado com diversas práticas abusivas que ocorrem no sistema de saúde, tanto da rede pública quanto da privada no Brasil. Sabe-se que violência obstétrica vai muito além das agressões físicas; também está relacionada com ataque não verbais, como: desrespeito, deboches, xingamentos, negar atendimento ou dificultar que a gestante receba os serviços que são assegurados por lei, privar o direito da mulher de ter um acompanhante e jogos de piada nesse momento tão delicado na vida da gestante. Torna-se imprescindível ter um conhecimento mais amplo, claro e objetivo sobre essa violência, vivida diariamente por milhares de mulheres no mundo inteiro, que cresce constantemente, mesmo com as leis que asseguram os direitos das gestantes, pois muitas delas não têm conhecimento dos seus direitos. Assim, acabam passando certos sofrimentos que poderiam ser evitados.

Palavras-chave: Humanização do Parto; Morbimortalidade Materna; Violência Obstétrica.

INTRODUÇÃO

O parto é um processo fisiológico, em que a parturiente dá à luz, após um longo período gestacional. Durante o trabalho de parto, a mulher sofre de contrações dolorosas, dor lombar persistente, dificuldade respiratória e exacerbação dos sentimentos, medos e inseguranças. Nesse momento, pode ocorrer algum tipo de violência obstétrica contra essas mulheres. (FRANCA et al, 2014).

Dessa forma, a violência obstétrica é caracterizada para descrever e agrupar diversas formas de danos durante o cuidado obstétrico profissional, incluindo maus tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários à paciente. (TESSER et al., 2015).

Esses fatos ocorrem muitas vezes por falta de informação da parte das gestantes e dos acompanhantes, pois como a mulher está num momento delicado, tem mais dificuldade de responder por seus direitos. Assim, existem meios que podem evitar os tipos de violência obstétrica.

Um recurso subutilizado no Brasil é a construção de planos de parto, prática iniciada na década de 1970 entre mulheres europeias, que reivindicavam controle sobre seu próprio corpo, no contexto da crescente medicalização do parto. Recomendado pela Organização Mundial da Saúde – OMS, sua elaboração convida a mulher, auxiliada por seus cuidadores, a refletir sobre práticas benéficas e danosas, e sobre seus direitos durante o processo de parturição. (TESSER et al., 2015).

Esse plano de parto exige um esforço da mulher para entender e expressar seus valores pessoais, medos e necessidades no processo parturitivo, e facilita a comunicação dessas preferências aos profissionais da assistência. São vantagens descritas do uso do plano de parto a melhoria da comunicação com a equipe de assistência, a sensação de ter escolhas e maior controle durante o parto, fazendo com que a mulher esteja mais consciente das opções que tem durante o parto. (TESSER et al., 2015).

Assim, a violência obstétrica foi recentemente reconhecida pela OMS, em 2014, como uma questão de saúde pública que afeta diretamente as mulheres e seus bebês. A repercussão da violência obstétrica sobre a utilização de serviços de saúde é uma preocupação, na medida em que a

qualidade da assistência afeta a experiência de parir das mulheres, a experiência de nascer das crianças e a cultura da sociedade sobre o nascimento, e pode comprometer a credibilidade dos serviços de atenção ao parto. (LANSKY *et al.*, 2019).

O centro da pesquisa são as consequências desse tipo de violência, que pode acarretar a morbimortalidade materna e neonatal além de causar transtornos comportamentais, entre outros ocorridos na prática da assistência cotidiana na saúde. (LANSKY *et al.*, 2019).

É de extrema importância que os profissionais de saúde mantenham uma relação horizontal com a parturiente, incentivando e permitindo a autonomia no momento do seu parto, e participando da escolha terapêutica e assistencial. Esse tipo de relação colabora para que a parturiente tenha um novo comportamento em relação ao parto, pois ela passa a se sentir atuante e protagonista de sua gravidez e parto, colocando-se ativa nas decisões que dizem respeito ao seu cuidado. (FRANCA *et al*, 2014).

A prerrogativa inicial refere-se ao fato de que essa temática está relacionada diretamente com a atuação da enfermagem, com a percepção dos enfermeiros sobre a violência obstétrica, e com coordenar uma equipe em um atendimento obstétrico. Isso contribuirá plenamente para o enriquecimento do desempenho profissional, além de descrever os fatores associados à violência obstétrica e suas consequências.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: leis que vigoram para garantir a segurança da mulher no parto

A violência obstétrica ofende diretamente os direitos da mulher, provocando uma série de danos físicos, psicológicos e sexuais às parturientes, muitas vezes irreversíveis. As leis protegem as mulheres desses possíveis ocorridos. (PINTO, 2017).

O projeto de lei N° 7.633/2014 trata sobre a violência obstétrica e da importância do reconhecimento dos direitos reprodutivos e sexuais ligados às mulheres. Este Capítulo terá o intuito principal de dar ênfase a esse projeto de lei, abordando as principais maneiras que o legislador encontrou para

assegurar com precisão os direitos indispensáveis para a gestante. Comparado a outros países da América Latina, como Argentina e Venezuela, que possuem uma legislação específica para a abordagem, o Brasil se encontra em desvantagem. (PINTO, 2017)

A lei de autoria do Deputado Jean Wyllys de Matos tem como objetivo a salvaguarda dos direitos da mulher durante o período gestacional e o parto, incluindo casos de aborto, e definindo as obrigações dos profissionais da saúde, assim exercendo os direitos do feto e do recém-nascido. A proposta de lei vem abordando assistência humanizada a qualquer procedimento que venha a exigir toda ou qualquer interferência médica, por mínima que seja, priorizando a utilização de métodos não invasivos e o não uso de medicamentos e cirurgias desnecessárias. (PINTO, 2017).

A Lei nº 11.108/2005, conhecida como lei do acompanhante, inseriu na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90, o direito das parturientes à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no SUS. Apesar de ser descumprida em diversos hospitais e maternidades, a lei também representa uma conquista em prol do direito das mulheres. (MARQUES, 2020)

Existem diversos projetos que asseguram os direitos dessas pacientes, para ter um melhor atendimento possível, entre os quais estão:

Projeto de Lei: 3.310/2019: Lauriete (PL/ES). Dispõe sobre o registro de som e imagem de consultas pré-natais, trabalho de parto e parto.

PL: 2.693/2019: Lafayette de Andrade (PRB/MG). Institui a Política Nacional de Atendimento à Gestante.

PL: 3.635/2019: Carla Zambelli (PSL/SP), Alê Silva (PSL/MG) e Filipe Barros (PSL/PR). Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.

PL: 878/2019: Talíria Petrone (PSOL/RJ), Áurea Carolina (PSOL/MG), Fernanda Melchionna (PSOL/RS), Sâmia Bomfim (PSOL/SP) e outros. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal, e dá outras providências.

PL 119/2019: Renata Abreu (PODE/SP). Inclui a alínea "e" no inciso I no art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para ampliar a atuação do Sistema Único de Saúde na saúde integral da mulher.

PL 8.219/2017: Francisco Floriano (DEM/RJ). Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após.

PL: 7.867/2017. Jô Moraes (PCdoB/MG). Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.

PL 6888/2013: Antonio Bulhões (PRB/SP). Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que "dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências".

PL: 2.589/2015: Pr. Marco Feliciano (PSC/SP). Dispõe sobre a criminalização da violência obstétrica.

Todos esses projetos trabalham o combate da violência obstétrica no Brasil, mas o único que representa uma voz dissonante aos demais aqui abordados é o PL 3.635/2019 (42), que visa garantir o direito da parturiente a uma cesariana eletiva, que só poderá ser realizada após 39 semanas de gestação e com a gestante adequadamente informada sobre os benefícios do parto normal e dos riscos da cesariana. (MARQUES, 2020).

O Brasil exibe uma das maiores taxas de cesáreas do mundo, e tem sido citado como um exemplo de possível abuso desse procedimento. Segundo o Datasus, em série histórica de 1994 até 2006, verifica-se que, no Brasil, mais de 95,0% dos partos são atendidos em hospitais, sendo verificada uma notável elevação dos índices de cesárea, pois, enquanto em 1970 a taxa era de 14,6%, o ano de 2006 registra proporção de 45,0% dos nascidos vivos. (SASS; HWANG, 2009).

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde. A PNH é, portanto, uma

política do SUS. Também chamada de HumanizaSUS, a PNH emerge da convergência de três objetivos centrais: (1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS; e (3) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde, que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores. (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

A instituição do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) definiu estratégias de melhoria na atenção obstétrica, por meio da adoção de medidas que assegurassem o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal. Reforça ainda a necessidade de estabelecimento de vínculos entre a assistência pré-natal e o parto, mudanças na estrutura física dos hospitais e na capacitação dos profissionais, entre outras demandas. Apesar de haver muitas mudanças, há ainda altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, dificuldade na operacionalização das mudanças nos fazeres diários, por questões de ordem econômica, social e estrutural, e essas questões se expressam na precária qualidade da assistência prestada. (SILVA; SILVEIRA; MORAIS, 2017).

Esse programa expressa a necessidade de agregar à eficiência técnica e científica a dimensão ética que possibilite o respeito à singularidade das necessidades de usuários e profissionais, o acolhimento do desconhecido e imprevisível, a e aceitação dos limites de cada situação. (NASCIMENTO, 2017).

No entanto, existem diversos aspectos que devem ser observados para a ocorrência de um parto humanizado, por exemplo: quanto ao espaço físico, materiais e equipamentos, acolhimento, garantia dos direitos, e relacionamento entre profissionais e usuários na referida maternidade. (SILVA; SILVEIRA; MORAIS, 2017).

Há ainda as dificuldades estruturais e materiais encontradas para o funcionamento dos espaços de saúde, que ocorrem em quase todo serviço público, pois os espaços públicos de saúde são dotados dos recursos mínimos possíveis, aprofundando a iniquidade dos profissionais que prestam a assistência. Essa falta de recursos dificulta o parto humanizado nas questões físicas. (SILVA; SILVEIRA; MORAIS, 2017).

Diante desse tipo de realidade física e estrutural que não favorece as práticas preconizadas pelo PHPN, em 2008, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispôs a resolução nº 36/2008, que trata especificadamente dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, a fim de estabelecer padrões para o funcionamento desses serviços, fundamentados na qualificação e humanização dos mesmos. (SILVA; SILVEIRA; MORAIS, 2017).

Vale destacar que a proposta da humanização perpassa aspectos físicos, estruturais, recursos materiais, relações humanas, políticas organizacionais das instituições, aspectos culturais inerentes aos indivíduos, condições de trabalho, implementações das leis direcionadas ao público, capacidade do serviço de atender a demanda, entre outros, tudo por mais humanização nos serviços de saúde. (SILVA; SILVEIRA; MORAIS, 2017).

Ressaltamos os 5 princípios norteadores da Política de Humanização: valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromissos e responsabilização; estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS e utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e no protagonismo de sujeitos e coletivos. (NASCIMENTO, 2017).

Espera-se que a PNH possa trazer avanços efetivos na qualificação da assistência à saúde, possibilitando resgatar a noção de sujeito, pois ainda que seja fundamental uma visão voltada para a coletividade, não se pode perder de vista que, quando estamos diante dos usuários do sistema de saúde, não estamos lidando senão com sujeitos singulares. (NASCIMENTO, 2017).

Como ressalta Fortes (2004, p. 31), “humanizar na atenção à saúde é atender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidade específicas, e assim criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma”. Observa-se, então, a necessidade crucial da humanização na atenção obstétrica, resguardando o que é preconizado no do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

PROGRAMAS DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de 1º/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como prioridades: Concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; Adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal;

Ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações, como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a essa área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes dessas redes. (BRASIL, 2002).

O objetivo primordial do PHPN é 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. (BRASIL, 2002).

Os princípios do programa de humanização no pré-natal e nascimento são: Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura. (BRASIL, 2002).

Foram mencionadas as leis e os programas que abrangem os cuidados e direitos que as mulheres têm no período de toda a gestação até o

nascimento. Serão abordadas a seguir as consequências da violência obstétrica, que também se encaixa dentro desses programas, através das punições.

Até o final do século XVIII, o parto era um ritual das mulheres, realizado nas casas das famílias com o acompanhamento de parteiras. No final do século XIX, inicia-se um processo de mudança por meio das tentativas de controle do evento biológico por parte da obstetrícia, que deixa de ser da esfera do feminino e passa a ser compreendida como uma prática médica. (ZANARDO *et al*, 2017).

A partir do século XX, acelerou-se o processo de hospitalização dos partos, chegando ao final do século a quase 90% deles sendo realizados em hospitais. (ZANARDO *et al*, 2017).

Em outras palavras, a Violência Obstétrica é algo que acontece há muito tempo, desde quando as mulheres deixaram de ter seus filhos em casa, com o auxílio de parteiras, e passaram a ser assistidas nas instituições médicas. Para Santiago; Sousa e Nascimento (2017) a violência obstétrica é:

Caracterizada quando se impede que a mulher, decida quais os procedimentos que devem ser adotados sobre seu próprio corpo; o contato imediato da mãe com seu filho logo após o parto ou quando se impede ou se dificulta o aleitamento materno logo na primeira hora de vida. No modelo hospitalar atual, a mulher é obrigada a ficar deitada na posição de litotomia e com as pernas abertas, em local hostil e gelado, imobilizada, sem acompanhante e assistida por pessoas desconhecidas. É separada de tudo que lhe cause a sensação de aconchego para adentrar na rotina médica e ficar à disposição do profissional e propensa a intervenções cirúrgicas.

Segundo Cunha (2015), existem diversas técnicas hospitalares que ferem a dignidade, integridade e liberdade da mulher. Dessa forma, é importante que o enfermeiro conheça e explique às mulheres alguns desses atos violentos, que podem ser citados: negar à mulher o direito ao acompanhante, uso rotineiro de ocitocina por conveniência médica, restrição hídrica e alimentar, ausência de esclarecimento e permissão da paciente, restrição de posição no parto, episiotomia, manobra de Kristeller, cesárea eletiva, além dos jogos de piada maldosos no momento da dor, pelos profissionais de saúde.

Existem ainda as agressões psíquicas que se mostram das seguintes maneiras: tratamento desumanizado, grosseiro, humilhação e discriminação. Outra forma de agressão é a violência de cunho sexual, abrangendo toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. (PEREIRA *et al.*, 2016).

Tendo como principais consequências físicas: procedimentos desnecessários, feitos com técnica incorreta; e emocionais: baixa autoestima, vínculo prejudicado. Mais importante que o risco físico são os danos psicológicos, que ultrapassam o momento do parto, refletindo em decisões futuras. (CAVALCANTE *et al.*, 2018).

No momento do parto, a maior necessidade das mulheres é de apoio emocional. O parto é um processo fisiológico que tem início e evolução por conta própria: o colo do útero começa a abrir, o útero começa a se contrair, o bebê começa a descer, e tudo vai ficando mais intenso, até que chega o momento do nascimento em si. Todo esse processo pode acontecer de uma maneira confortável, segura e sem intervenções. As contrações do útero, a liberação de hormônios e a passagem pela vagina favorecem o amadurecimento final do bebê, a saída dos líquidos pulmonares e sua melhor adaptação ao mundo. O cuidado obstétrico baseado em evidências é aquele que oferece assistência, apoio e proteção, com o mínimo de intervenções necessárias. (SILVA *et al.*, 2014).

Um bom exemplo de boas práticas obstétricas são os sete passos propostos pela “Cartilha do Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos”, no qual a Enfermagem Obstétrica moderna pode se espelhar (SILVA *et al.*, 2014). Dentre elas destacamos:

Explique para a paciente, de uma maneira que ela possa entender o que você acha que ela tem, o que você pode fazer por ela, e como ela pode colaborar. Promova o direito à condição de pessoa, de sujeito da relação;

Conheça e respeite as evidências científicas. Evite procedimentos invasivos, dolorosos e arriscados, a não ser que eles sejam estritamente indicados. Ajude a promover o direito das mulheres à sua integridade corporal e a usufruir dos progressos da ciência;

Apesar de suas condições de trabalho às vezes serem difíceis, trate a paciente com uma pessoa, com o devido respeito. Se você não tiver tempo para ouvi-la, procure trabalhar em parceria com seus colegas no serviço de saúde. Promova o direito à condição de pessoa, a estar livre de tratamento humilhante;

Reconheça e promova o direito das pacientes ao acompanhante de sua escolha no pré-natal e no parto. As pesquisas mostram que esse é um dos procedimentos mais efetivos para melhorar a qualidade da assistência;

Promova o direito ao acesso ao leito e à equidade na assistência;

Informe a mulher sobre seus direitos relacionados à maternidade e à reprodução;

Invista em você mesmo, busque mais satisfação e realização no seu trabalho. Procure atualizar-se e reciclar-se. Você não está só: junte-se a uma rede de assistência ao parto humanizado.

Entende-se que todo o período gestacional é um momento que envolve muitos cuidados na vida da gestante, tanto por familiares como pelos profissionais da saúde. Contudo, apesar de muitos avanços na saúde, existe ainda muita negligência obstétrica, prejudicando a vida de milhares de mulheres no mundo todos os dias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das observações realizadas, percebe-se de forma alarmante os contornos de violência obstétrica, envolvendo desde maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, e incluindo ainda os procedimentos desnecessários à paciente, o que causa sérios danos na assistência obstétrica de diversas pacientes durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Somando a todo esse cenário, há as dificuldades no que diz respeito ao espaço físico, materiais e equipamentos escassos, devido ao espaço público estar ligado a recursos mínimos existentes. No entanto esses recursos são garantidos por lei, e deveriam ser destinados aos setores específicos quanto à assistência dos serviços de atenção obstétrica e neonatal.

Vale salientar que há um arcabouço legal através de leis e projetos de leis que asseguram os direitos dessas pacientes, para ter um melhor

atendimento no que tange a assistência humanizada, garantindo proteção contra essa forma de violência, e tornando crime a prática da violência obstétrica. Ainda como forma de conter ou desencorajar tal prática, o Brasil criou a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH) e instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), como forma de fomentar a qualidade da assistência prestada.

Não obstante, apesar de muitas melhorias na saúde no tocante ao que foi abordado, permanecem ainda várias negligências na obstetrícia vigente, lesando a vida de milhares de mulheres cotidianamente no Brasil. Considera-se assim que o cuidado obstétrico, no que tange principalmente a atuação e prática do profissional enfermeiro, deve ser fundamentado em evidências, oferecendo assistência, apoio e proteção, com o mínimo de intervenções necessárias rotineiramente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria Executiva. **Programa humanização do parto, humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília DF, 2002.

CAVALCANTE, Aline Cristina Marques; SOUSA, Fabiana Maria Alexandre de; ALBUQUERQUE, Conceição de Maria de; COUTO, Camila Santos do; ROLIM, Karla Maria Carneiro; CHAVES, Jéssica; SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo e FROTA, Mirna Albuquerque. Violência obstétrica: desvelando suas consequências. **CIAIQ2018**, v. 2, 2018.

FRANCA, Bruna Suellen, FIGUEIRO, Janaína Dutra, BARBOZA, Jenifer Monteiro; SOUZA, Danielle Costa de; Ana Luiza Barreto ZAPPONI. Violência institucional obstétrica no ambiente hospitalar. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 8, n. 2, 2014.

NASCIMENTO, PATRICIA COSTA. **Parto Humanizado: A luta contra a violência obstétrica.** 2017. Tese de Doutorado. UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES.

LANSKY, Sônia; SOUZA, Kleyde Ventura de; PEIXOTO, Eliane Rezende de Morais; OLIVEIRA, Bernardo Jefferson; DINIZ, Carmen Simone Grilo; VIEIRA, Nayara Figueiredo; CUNHA, Rosiane de Oliveira; FRICHE, Amélia Augusta de Lima. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2811-2824, 2019.

MARQUES, Silvia Badim. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 9, n. 1, p. 97-119, 2020.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élida Azevedo. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4541-4548, 2011.

PEREIRA, Jéssica Souza; SILVA, Jordana Cunha de Oliveira; BORGES, Natália Alves; RIBEIRO, Mayara de Mello Gonçalves; AUREK, Luiza Jardim; SOUZA, José Helvécio Kalil de. Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 15, p. 103-108, 2016.

PINTO, Amanda Maria Oliveira. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: uma análise acerca do Projeto de Lei nº 7.633/2014 como proposta de garantia aos direitos fundamentais da mulher**. 2017.

SANTIAGO, Dayze Carvalho; SOUZA, Wanessa Kerly Silva; NASCIMENTO, R. F. Violência Obstétrica: uma análise das consequências. **Revista Científica da FASETE**, v. 148, n. 13, p. 148-164, 2017.

SASS, Nelson; HWANG, Susane Mei. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. **Diagn Tratamento**, v. 14, n. 4, p. 133-7, 2009.

SILVA, Lívia Nornyam Medeiros da; SILVEIRA, Ana Paula Knackfuss Freitas; MORAIS, Fátima Raquel Rosado de. Programa de humanização do parto e nascimento: aspectos institucionais na qualidade da assistência. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 3290-3294, 2017.

SILVA, Michelle Gonçalves da; MARCELINO, Michelle Carreira; RODRIGUES, Lívia Shélida Pinheiro; TORO, Rosário Carcaman; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda.

Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Rev Rene**. v.15, n. 4. 2014.

TESSER, Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; DINIZ, Simone Grilo. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Herzog Ramos de; HABIGZANG, Luísa Fernanda. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & sociedade**, v. 29, 2017.

**Capítulo
19**

FATORES DE INFLUÊNCIA NA DECISÃO E DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

Keddma Damarys Sousa¹; Saara Marla Freitas Ferreira¹;
Davyson Vieira Almada²; Antonio Cardoso da Costa Neto³;
Brenda Steffane Viana Vasconcelos⁴; Wemerson Leandro dos Santos
Meireles⁵; Bruna Cruz Magalhães⁶; Lúcia Camila Oliveira Friedrich Sousa⁷.

¹Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ²Especialista em Farmácia Hospitalar pelo Instituto Brasil de Pós-Graduação. Coordenador do Curso de Farmácia da Faculdade Santa Luzia; ³Doutor em Saúde Coletiva pela UFMA, Ph.D em Saúde Pública pela Universidade de Ciências Empresariales y Sociales, UCES, Buenos/Aires Argentina. Graduado em Enfermagem – UNICEUMA, Graduado em Pedagogia – UEMA. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁴ Especialista em Docência em Ciências da Saúde e Cardiologia e Hemodinâmica pelo Instituto Brasileiro de Formação, UNIBF. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁵ Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Maranhão. Graduado em Enfermagem pela UEMA. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁶ Mestre em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁷ Especialista em Docência do Ensino Superior pela Universidade Cândido Mendes. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia

RESUMO:

O aleitamento materno deve ser feito de maneira exclusiva até os 6 meses de vida, e tem por objetivo complementar o desenvolvimento do ser que acabara de chegar. O presente trabalho teve como objetivo investigar os fatores de influência na decisão e duração do aleitamento materno. Realizou-se estudo descritivo qualitativo a respeito do tema abordado. O estudo reforça que a duração do aleitamento materno depende de diversos fatores, que variam desde os biopsicossociais até os físicos. Os fatores que influenciam nessa questão são variados. Dentre os que mais variam dentre os que têm boa influência e atuam no incentivo da prática de amamentar podemos citar o apoio familiar, emocional, social e psíquico. Por outra vertente, citamos ainda, os de má influência: como o marketing que é gerado para o uso de formulas, até os fatores físicos como pouca produção de leite e entre outros. Conclui-se o presente trabalho chamando atenção das autoridades competentes e profissionais da saúde e comunidade para a necessidade de entender que o aleitamento materno é uma prática de suma importância e que traz vários benefícios, como o combate a doenças no início da vida do lactente bastante difundida pelas políticas de saúde voltadas para o aleitamento materno.

Palavras-chave: Aleitamento, Materno, Lactação.

INTRODUÇÃO

É de conhecimento geral que o aleitamento materno deve ser feito de maneira exclusiva até os 6 meses de vida, e tem por objetivo complementar o desenvolvimento do ser que acabara de chegar. Vale ressaltar que o AM, traz consigo uma grande carga de micronutrientes e macro nutrientes, que ajudam na melhora do desenvolvimento cognitivo, motor e relacionamento interpessoal, além de atuar na prevenção contra infecções que atingem os RN's, assim como também influencia na saúde materna, diminuindo os riscos de doenças como câncer de mama, anemia no período puerperal e também na perda de peso. Sabe-se que existem uma gama de infecções que tingem todas as idades, e que podem ser tratadas de diversas maneiras, mas em bebês recém nascidos estas infecções se tornam mais preocupantes e mais difíceis trata-las. Por isso deve se ater sobre os benefícios do AME.

A duração do AM depende de diversos fatores, que variam desde os biopsicossociais até os físicos. Os fatores que influenciam nessa questão, são variados, mas variam desde os que têm boa influência e atuam no incentivo da prática de amamentar: apoio familiar, emocional, social e psíquico, e os de má influência: como o marketing que é gerado para o uso de formulas, até os fatores físicos como pouca produção de leite e entre outros.

Estudos realizados por Brandão *et al.* (2016), refere que a ocorrência do desmame precoce se revela com aspectos complexos, mediante os quais é possível perceber contradições entre sentimentos e posicionamento favoráveis e desfavoráveis que se agrupam às questões culturais, socioeconômicas e psicossociais, contribuindo para a concepção que a mulher tem sobre sua importância no ato de amamentação.

Com base nos estudos levantados para produção desta pesquisa, constatou-se que existe uma carência nos conteúdos que abordam o tema em questão, e os mesmos acabam por deixar uma lacuna em aberto. Sabe-se que a amamentação é uma prática fundamental para o desenvolvimento do ser vivo, e por fazer parte da vida humana e animal, o ato envolve muitas questões, tanto física como psicológica.

Diante desse contexto o objetivo desse trabalho é investigar quais fatores são levados em consideração na decisão materna da amamentação e sua manutenção no tempo recomendado.

FISIOLOGIA DA LACTAÇÃO

A fisiologia da lactação está intimamente ligada ao processo reprodutivo do ser humano. No momento da gestação o corpo da mulher passa por mudanças, principalmente as mamas, que passam pelo período de amadurecimento, para que após o parto possa ser feito a oferta de leite materno ao rn. A mama, é constituída por glândulas que são secretadas de hormônios responsáveis por seu desenvolvimento, e estas atuam no processo de produção de leite, que garantem sustento para o indivíduo, além de ofertar vitaminas e nutrientes necessários para o seu desenvolvimento. (VIEIRA, MARTINS. 2018).

O leite produzido pelas mamas decorre da Prolactina que é o hormônio que está diretamente relacionada ao aleitamento, e provê nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento da criança, assim como também ajuda no combate de doenças e infecções. (VIEIRA E MARTINS, 2018).

Os hormônios que estão presentes na gestação, ajudam no desenvolvimento das glândulas, em uma relação direta com o crescimento fetal e desenvolvimento mamário que corresponde a mamogênese, logo após essa fase (pós-parto), é iniciado o processo da lactogênese que consiste na função secretora por parte das glândulas. (VIEIRA, MARTINS. 2018).

A mamogênese se refere ao processo de formação e crescimento das mamas é caracterizada pela ação de hormônios gonadais, hipofisários, corticoadrenais, tireoidianos, placentários e pancreáticos. Eles atuam promovendo alterações metabólicas, endócrinas e fisiológicas resultando assim no crescimento da mama e em alterações na sensibilidade do mamilo assim como na coloração da aureola (VIEIRA, MARTINS. 2018).

Em relação aos hormônios presentes no processo de mamogênese e lactogênese, destacam-se a prolactina a ocitocina lactogênio placentário. A prolactina desempenha função proteica e está ligada ao hormônio do

crescimento, e são produzida nas célula acidófilas cujo número aumenta consideravelmente no final da gestação. A mesma se encontra envolvida na manutenção da lactação. Segundo (CARREIRO, 2018)

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

As vantagens da amamentação são inúmeras, isso inclui tanto para a criança, como para a mãe, a família e a sociedade. A prática da amamentação de acordo com a (OMS) salva diversas crianças por ano, além de possuir um grande valor nutricional como forma de fator adicional na vida do indivíduo em desenvolvimento.

Existem evidências científicas que são recomendadas pela OMS, de que o AM deve ser feito de maneira exclusiva até os 6 meses de vida, e após esse período deverá ser complementada com alimentos ricos em nutrientes até os 2 anos de idade ou mais. Lembrando que o leite é rico em nutrientes que podem também diminuir os riscos dos bebês e crianças desenvolverem infecções como, diarreias, infecções respiratórias, assim também como contribui para o seu desenvolvimento físico, mental e respiratório. (SCHULTZ *et al.*, 2020).

Todavia, são inúmeros os fatores contribuintes para a interrupção desta prática. Dentre alguns deles temos a dificuldade da mulher em conseguir realizar o AM, e também a presença de intercorrências mamárias, constituídas, em sua maioria, por ingurgitamento mamário, fissuras mamilares e mastite, e levando também em consideração precariedade de informações sobre como fazer de maneira correta e qual tempo de duração. Outro fator importante, é a influência da sociedade sobre as mães de primeira viagem, que influenciam de forma errônea.

Diante dos fatores expostos como influencia na interrupção do AME, e do pouco conhecimento por parte dos pais, vale lembrar que a Organização Mundial da Saúde (OMS), reafirmou sobre a necessidade de se incentivar o Aleitamento Materno, e aponta então para o desenvolvimento de estratégias que tornem possíveis essa prática, e que possam capacitar profissionais de saúde, para engajar as mães sobre as informações necessárias e adequadas. (BARREIRA e MACHADO, 2004).

Para Schultz *et al.* (2020) sabe-se que o processo educacional, quando realizado periodicamente, pode contribuir para o autocuidado. Entretanto, ainda é pouco discutido se ações únicas, pontuais e no ambiente hospitalar podem trazer benefícios às puérperas. Portanto, entendemos que ainda há espaço no meio acadêmico para discutir a eficácia de diferentes ações educativas realizadas pelos profissionais da saúde na manutenção do AME”.

Segundo (FREITAS *et al.*, 2008) Diante das dificuldades, torna-se necessário propor estratégias voltadas no aspecto educativo que facilitem a difusão de informações sobre a importância e as vantagens do aleitamento materno, além de oferecer às mães instruções a respeito da forma correta de amamentar, das técnicas adequadas de amamentação e das estratégias para conciliar está com os outros papéis desempenhados pela mulher na sociedade. Apesar de saberem da importância do aleitamento materno para o desenvolvimento do bebê, muitas mulheres desconhecem questões simples sobre a prática da amamentação, como técnica de sucção, cuidados e preparo das mamas para a lactação, mostrando que a informação, por si só, é insuficiente para a continuidade desse processo.

Como forma de proceder diante dessas questões sobre o “Aleitamento Materno”, destacando a maneira como os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros devam prestar informações ao público materno, a OMS junto com a UNICEF em 1990, tomou a iniciativa do hospital amigo da criança. O principal intuito é modificar as práticas inadequadas dos profissionais, com a intenção de “promover, proteger e apoiar o aleitamento materno”.

Para que isso aconteça de maneira exata, foi também citada dez passos para se ter sucesso no AM, e os mesmos devem ser elevados pelas instituições que aderirem essas práticas. (BATISTA *et al.*, 2017).

Os profissionais de saúde devem oferecer ajuda prática e emocional, fundamentado na técnica de aconselhamento, auxiliando a mulher a tomar decisões cabíveis a ela e seu filho, adquirindo autoconfiança na sua capacidade de amamentar (BRAGA *et al.*, 2008).

Segundo Almeida *et al.* (2015), o aconselhamento dos profissionais de saúde é de tamanha importância para o auxílio à superação das dificuldades encontradas, isso deve ocorrer em todos os momentos, tanto no pré-natal, na

sala de parto, no alojamento conjunto e no puerpério onde se colocam em prática a maioria das 11,00% 2,90% 3,60% 6,50% 30,60% 32,10% 13,20% Resposta múltipla Não sabe Outros Família Ambos Serviços de saúde Meios de comunicação 27 orientações. Todas as informações e recomendações devem se ampliar também à rede de apoio familiar, pois a mãe que não consegue amamentar facilmente seu filho perde a confiança em si mesma e se torna suscetível a pressão de familiares e conhecidos.

MITOS E VERDADES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

Segundo, MARQUES *et al.* (2011), a amamentação, além de exercer um efeito protetor contra doenças no início da vida do lactente, parece reduzir também o risco de doenças crônicas, como as autoimunes, celíaca, de Crohn, colite ulcerativa, linfoma, diabetes mellitus e alergia alimentar. Com relação aos benefícios do aleitamento materno para a nutriz, sabe-se que a prática parece reduzir alguns tipos de fraturas ósseas, câncer de mama e de ovários, além de diminuir o risco de morte por artrite reumatoide.

No que se refere à família, as vantagens da amamentação estão relacionadas com o custo, a praticidade e o estímulo ao vínculo do binômio mãe-filho. Ressalta-se que principalmente nos países em desenvolvimento é de suma importância que a orientação sobre a alimentação do lactente seja adequada à sua condição socioeconômica, de modo a informar os benefícios da lactação, como iniciar a alimentação complementar, como escolher os alimentos de acordo com os recursos disponíveis e com as necessidades da criança (MARTINS, 2013).

No que tange a relação familiar, binômio mãe-filho e os demais componentes da família, vale ressaltar que existam práticas influenciadas pelo contexto histórico, social e cultural (crenças e mitos) que a mulher-mãe vive. É de grande importância lembrar que as crenças, são atos ou efeitos de crer ou opinião dotada de fé, e mitos são representações de fatos ou personagens reais, pela tradição ou imaginação. Com base nesses conceitos, é necessário atentar-se para o mito ou saber popular que é a própria tradição da sociedade e que não condiz completamente com a verdade. O mito, quando convicto,

funciona como forte estímulo que rege o pensar e o comportamento do ser humano ao lidar com realidades existenciais importantes.

Contudo, os profissionais de saúde praticam atividade de acompanhamento de gestante, e orientação dos cuidados necessários, e tendem a conceituar a amamentação como algo natural e de forma espontânea, além de ater-se sobre a importância da livre demanda. E devem sempre fazer questionamentos sobre os mitos, com cada gestante, afim de conseguir esclarecer sua duvidas e desmentir situações que não condiz com a verdade.

Artigos científicos relatam que as principais justificativas para se fazer o aleitamento materno correto, é a falta de conhecimentos por parte materna sobre a fisiologia da lactação, sua quantidade de leite, qualidade, recusa do bebe na pega e questionamento sobre o “leite secou”. (MARQUES, et.al, 2011)

VERDADES SOBRE A AMAMENTAÇÃO

É de cunho científico que a amamentação é uma necessidade humana com grande valor, e quando se fala sobre esse assunto é notável que existam mitos e verdades afundo deste conteúdo. Dentre as verdades voltadas no quesito amamentar, é notório que existam grandes benefícios presentes no leite materno para a criança.

Pode-se citar o rico valor nutricional apresentado pelo leite materno, visto que existe a composição exata dos nutrientes necessários para o seu crescimento e desenvolvimento; a imunização que o leite confere, sobretudo pela presença de fatores circulantes como anticorpos IgA, atuando contra microrganismos presentes nas superfícies mucosas, IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisosima e fator bífido.

Favorece o crescimento do Lactobacillus bifidus, uma bactéria não patogênica que acidifica as fezes, dificultando a instalação de bactérias que causam diarreia, tais como Shigella, Salmonella e Escherichia coli –, evitando infecções respiratórias e reduzindo a incidência de alergias e diarreia. O menor risco de contaminação quando comparado ao leite industrializado; o fortalecimento do vínculo do recém-nascido com a mãe; e o melhor

desenvolvimento da cavidade bucal devido ao exercício que a criança faz para retirar o leite da mama. (BRASIL, 2009; CAMPAGNONE *et al.*, 2017).

POLITICAS PUBLICAS NO INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

No ano de 1981, foi lançado o programa nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), criado pelo Ministério da Saúde, que passou a ser o órgão responsável pela elaboração de ações de promoção, proteção e apoio do aleitamento materno no país. No início da década de 80, as ações que incentivavam o aleitamento eram feitas de forma isoladas, e os principais contribuintes eram os profissionais da saúde. (BRASIL, 2013).

Com o passar dos anos, o INAN foi extinto e o PNIAM acabou se tornando o programa principal na área da saúde voltada para as crianças, o mesmo passou a executar as ações de promoção, proteção e apoio ao AM já existentes. (ROBLES, 2017). Mas também atuou na criação de novas ações para melhoria dos índices de aleitamento materno. (BRASIL, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa desenvolvida possibilitou a análise dos diferentes fatores que influenciam na decisão do aleitamento materno exclusivo. É de grande importância entender que o aleitamento materno é uma prática de suma importância e que traz vários benefícios, como o combate a doenças no início da vida do lactente, e que várias políticas de saúde estão voltadas para essa temática com o intuito de disseminar informações que favoreçam essa prática.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J.M et al. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 3, p. 355-362, 2015.

BARREIRA, Sandra Mara Chaves; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. **Amamentação: compreendendo a influência do familiar**. Acta Scientiarum. Health Sciences, v. 26, n. 1, p. 11-20, 2004.

BATISTA, Marina Ramos et al. Orientações de profissionais da saúde sobre aleitamento materno: o olhar das puérperas. **Journal of Nursing and Health**, v. 7, n. 1, p. 25-37, 2017.

BRAGA, Danielle Freitas; MACHADO, Márcia Maria Tavares; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço especializado. **Revista de Nutrição, Campinas**, v. 21, n. 3, p. 293-302, 2008.

BRANDÃO, Adriana de Paula Mendonça; ALMEIDA, Ana Paula Roberta de; SILVA, Lura Cristina Borges da; VERDE, Rafaella Melo Vila. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce. **Rev Cient FacMais**, v. 5, n. 1, p. 1-24, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1a. ed., 1a. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: **nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CAMPAGNONE, Wilson Olegário et al. A importância da orientação sobre o aleitamento materno. In: **Fórum PAS-Prática em Atenção à Saúde 2017**. 2017.

CARREIRO, Juliana de Almeida et al. Dificuldades relacionadas ao aleitamento materno: análise de um serviço especializado em amamentação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, p. 430-438, 2018.

FREITAS, Giselle Lima de et al. Avaliação do conhecimento de gestantes acerca da amamentação. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 461-468, 2008.

MARQUES, Emanuele Souza; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; PRIORE, Silvia Eloiza. Myths and beliefs about breastfeeding. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, p. 2461-2468, 2011.

MARTINS, Maria Zilda. Benefits of breastfeeding for maternal health. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 1, n. 3, p. 87-97, 2013.

ROBLES, C.S. **POLÍTICAS PÚBLICAS A FAVOR DO ALEITAMENTO MATERNO**. Laureate International Universits. Rio de Janeiro, 2017.

SCHULTZ, Sandra Maria; MOREIRA, Kátia Fernanda Alves; PEREIRA, Priscilla Perez da Silva; FERREIRA, Lerissa Nauana; RODRIGUES, Marcos Antônio Sales; FERNANDES, Daiana Evangelista Rodrigues. Influência da educação em saúde na autoeficácia em amamentar: estudo quase experimental. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020.

VIEIRA, Lucas Gabriel; MARTINS, Géssica Faria. Fisiologia da mama e papel dos hormônios na lactação. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 6, n. Especial, 2018.

**Capítulo
20**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
RECEBIDA PELA GESTANTE DURANTE O
TRABALHO DE PARTO**

Maria Vanda Ferreira da Silva¹; Saara Marla Freitas Ferreira¹;
Jeofton Meira Trindade²; Antonio da Costa Cardoso Neto³;
Wemerson Leandro dos Santos Meireles⁴; Magno Pinto de Oliveira⁵;
Flávia Holanda de Brito Feitosa⁶; Bruna Cruz Magalhães⁷.

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia-FSL; ²Mestre em Matemática pelo Profmat na Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Graduado em Ciências Habilidação Matemática pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). Docente da Faculdade Santa Luzia; ³Doutor em Saúde Coletiva pela UFMA , Ph.D em Saúde Pública pela Universidade de Ciências Empresariales y Sociales, UCES, Argentina e Docente da Faculdade Santa Luzia – FSL; ⁴ Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Maranhão. Graduado em Enfermagem pela UEMA. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁵ Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pelo Centro Universitário Estácio. Graduado em Psicologia pela Universidade CEUMA. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁶ Especialista em Gestão de Pessoas pela Fundação Getúlio Vargas. Graduada em Enfermagem pelo Instituto Florence de Ensino Superior. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁷ Mestre em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia.

RESUMO:

A Política de Humanização da Assistência à Saúde proporciona uma diretriz que abrange os programas de caráter humanizador cogitando a criação e alicerces duradouros de espaços de comunicação e divulgação, que tornam possível e estimulam a livre expressão, o diálogo, o respeito e a solidariedade. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, elaborado mediante análise de revisão bibliográfica com o objetivo de estudar a assistência de enfermagem recebida pela gestante durante o trabalho de parto. Foram incluídas as 10 referências mais relevantes do levantamento bibliográfico relacionado ao objeto do presente estudo. Na atenção à parturiente, o acolhimento é um recurso elementar para a humanização da atenção obstétrica, pois é por meio deste que o profissional da saúde se apresenta empolgado e disponível em relacionar-se com a mulher, seus familiares e suas exigências de cuidado, reduzindo dessa maneira, o medo relativo ao parto. Conclui-se o presente estudo, chamando atenção das autoridades competentes e dos profissionais da saúde para o acolhimento adequado das mulheres em período puerperal atingindo níveis significativos de satisfação relativas à assistência percebida, sobretudo correspondendo à competência necessária atinente ao trabalho de parto, sanando todas e quaisquer dúvidas da parturiente.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem; Gestant; Trabalho de parto.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde determina que o período da adolescência inicia aos 10 anos e tem o término aos 19 anos de idade (BRASIL, 2007). Considerando a relatividade no que diz respeito à experiência de vida, na qual uns adquirem maturidade mais precocemente, podemos ignorar possíveis padrões preestabelecidos. Dessa forma, é necessário que haja uma análise profissional concernente à peculiaridade de cada gestante que busca a unidade de saúde para auxílio ao seu trabalho de parto. A assistência exige profissionais devidamente capacitados, afim de mitigar ou eliminar qualquer incorrênciade falha humana, assim como é importante a preconização da assistência humanizada, uma vez que, o trabalho de parto é um momento especial e íntimo da parturiente.

Nos últimos anos vem se fortificando a importância do atendimento dentro das unidades de saúde, uma vez que diversos casos de atendimentos tidos de má qualidade vinham configurando motivos de constantes denúncias dos paciente. O atendimento humanizado é de extrema importância, uma vez que aqueles que procuram por atendimento em unidades de saúde, estão de alguma forma mais sensíveis psicologicamente, quando a equipe prestadora de serviço é acolhedora, torna a experiência mais agradável, favorecendo a criação do vínculo profissional-paciente, esse vínculo torna a assistência mais precisa, segura e consequentemente eficaz.

A experiência materna na adolescência associada as alterações hormonais da faixa etária, podem acarretar em uma mudança sociocultural, . Por esse fato, é necessário que haja um melhor atendimento estendendo-se do pré-natal ao puerpério, bem como no decorrer da vida materna no intento de que a mãe progrida pra um estágio de autoconfiança, garantindo níveis de segurança indispensáveis à criação saudável de seu filho e que possa pautar a criação em conhecimentos empíricos e técnicos-científicos disponibilizados a partir do primeiro contato com os serviços de saúde.

Os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, uma vez que é a classe que mais acompanha a gestante/puerpera precisa exercer

um papel de educador, onde utiliza de ações educativas e consultas para fornecer conhecimentos básicos e seguros para que haja um aleitamento materno eficaz, cuidados eficazes com o recém-nascido, acompanhamento do crescimento infantil dentre outras medidas que assegurem uma melhor qualidade de vida para mãe e filho. No presente trabalho objetiva-se estudar a qualidade assistencial recebida pela gestante durante o trabalho de parto.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, elaborado mediante a análise de revisão de outros estudos já existentes, com a finalidade de estudar a assistência de enfermagem recebida pela gestante durante o trabalho de parto. A literatura revisada fundamentou-se na análise de artigos científicos, revistas e leitura de livros da biblioteca virtual, os quais foram selecionados 17 pela sua especificidade e periodicidade.

A pesquisa foi realizada no período de agosto a dezembro de 2021. Foram incluídos os 10 mais relevantes do levantamento bibliográfico relacionado ao objeto do presente estudo.

REVISÃO DE LITERATURA

A vivência da gestação é acompanhada por metamorfismo físicos, psicológicas, emocionais e sociais que vão se acentuando à medida que o período gestacional vai progredindo. As variações de humor são ainda mais intensas conforme vai se aproximando o momento do parto, estimulando o medo à morte, à dor e de não dá à vida uma criança sadia. Dessa forma, a gestação e o parto estabelecem uma das experiências humanas mais considerável e impactantes na vida da mulher (SANTOS et.al., 2013).

O período da adolescência, já é considerado um período de mudanças e incertezas, visto que a adolescente exibe um corpo em transfiguração, em desenvolvimento, com idiossincrasia sexuais adultas e coexistente com a necessidade de adequar seu comportamento às novas reivindicações sociais e culturais que tal fase impõe. Dessa forma, engravidar, nesse período propicia dificuldades, tanto no que diz respeito ao fator social como no fator biológico e

sensível na vida de uma mulher: a adolescência e a gravidez (ALVES *et.al.*, 2021)

Usualmente o adolescente não obtêm do meio familiar, as informações que englobam a saúde e, quando têm acesso, esses conhecimentos em grande parte são limitados e insuficientes, vinda de amigos ou de pessoas que não possuem uma preparação específica para essa atividade. A maior parte das informações dissipadas são referentes a utilização de preservativos para prevenção de IST's e infecção pelo vírus HIV; todavia, o mecanismo de desempenho do corpo relacionado à puberdade, maturação sexual, experiências e conflitos consequentes do crescimento e da sexualidade, com efeito, poucos são abordados (ALVES *et.al.*, 2021).

A gravidez na adolescência pode ter um fator de risco e um fator de proteção, sendo esse a relação familiar; alguns estudos já verificaram que: as atribulações no relacionamento familiar nas situações de violência e abuso de drogas podem contribuir para que a adolescente busque no parceiro uma proteção que não obteve em casa, na isso acarreta em um certo descuido durante as relações sexuais, onde como consequências acarreta numa gestação, a ausência ou inadequação de orientações relativas a sexualidade, a ausência do apoio familiar em si e as crenças e valores sobre parentalidade. Já os fatores de proteção são relacionamento familiar absoluto, particularmente com a mãe; uma conjuntura de organização familiar firme e a presença de uma rede social de apoio (SILVA; NAKAGAWA; SILVA, 2020).

Considerando a variável família única, verificou-se que as jovens que afirmaram que não permaneceram a mesma família na infância e na adolescente, apresentam 2,03 vezes mais chances de ter uma gravidez na adolescência quando comparadas a aquelas que pertenceram a mesma família em ambos os períodos (SILVA; NAKAGAWA; SILVA, 2020, p.4).

No estudo de Maranhão *et.al.* (2018), foi possível identificar as reações e atitudes dos familiares perante à notícia da gravidez da adolescente. Reações essas das famílias analisadas que foram diversas, todavia, na percepção da maioria delas, os pais à princípio tinham reações mais tendenciosas a expressar surpresa e determinada preocupação, logo acompanhadas de sentimentos de aceitação e até mesmo de alegria. Entretanto, houve casos em que foram mencionados discussões, brigas e relações perturbadas com os pais

posteriormente a revelação da gravidez. Sendo possível observar que as agressões verbais e a imposição do abortamento fizeram presentes entre os relatos das adolescentes de forma frequente, podendo até mesmo acarretar numa evasão domiciliar motivada por medo de agressões físicas.

Eventualmente nota-se que tanto as famílias quanto os parceiros das adolescentes que descobrem a gravidez, proporcionam apoio a gravidez mesmo que, no primeiro instante, logo após a descoberta sejam consumidos por um turbilhão de pensamentos onde dúvidas e ansiedade se fazem bastante presentes. Podendo assim afirmar que essa discussão de gravidez entre os adolescentes tende a ser relativizada e não definida somente como uma experiência de cunho negativo e deletério tanto para as jovens quanto para suas famílias (ALMEIDA et.al., 2021).

Com a institucionalização do parto a mulher precisa sair de seu âmbito familiar para receber uma assistência especializada em ambiente hospitalar, deixando então o papel de protagonista nesse momento íntimo, onde é submetida a normas e rotinas da instituição. Dessa forma, nas maternidades a assistência possui alicerce nos princípios do modelo tecnicista. Este segregava os profissionais das diligências das parturientes, modificando o momento do parto e do nascimento em espaço propício para intervenções na fisiologia destes processos, por meio do emprego de tecnologias, práticas e rotinas (SANTOS et.al., 2013).

Na atenção à parturiente, o acolhimento é um recurso elementar para a humanização da atenção obstétrica, pois é por meio deste que o profissional da saúde se apresenta empolgado e disponível em relacionar-se com a mulher, seus familiares e suas exigências de cuidado, reduzindo dessa maneira, o medo relativo ao parto. A inexistência de acolhimento, no primeiro contato com a instituição hospitalar, conseguirá cooperar para a maior aflição da mulher e seus acompanhantes, levando em consideração o tempo de espera para o atendimento médico e a possibilidade de desabono ao direito do leito obstétrico (SANTOS et.al., 2013).

Os profissionais da saúde são mencionados como agressores emocionais ao proporcionarem uma experiência do parto desagradável através de agressões verbais, exigência do silêncio e resignação nos momentos de dor. Sem levar em consideração a idade, todas as mulheres são merecedoras

de respeito no momento do parto. Em estudo realizado na Venezuela com puérperas de diferentes faixas etárias foi demonstrado por meio dos relatos colhidos que a assistência mais desumana é mais corriqueira no grupo de adolescentes, na qual 57,0% das mesmas afirmaram terem sofrido represaria ao expressar a dor no momento do parto, ademais serem expostas a comentários irônicos dos profissionais que as acompanhavam (MARANHÃO et.al., 2018).

A Política de Humanização da Assistência à Saúde proporciona uma diretriz que abrange os programas de caráter humanizador elaborados em diversas instituições de saúde, cogitando a criação e alicerces duradouros de espaços de comunicação e divulgação, que tornam possível e estimulam a livre expressão, o diálogo, o respeito e a solidariedade (NASCIMENTO et.al., 2017).

O acolhimento da gestante, preliminarmente, visa coletar o máximo de informações possíveis acerca da mesma, seguida da avaliação do histórico obstétrico e exame físico afim de que se possa deliberar o nível de risco em que se encontra, pondo à frente à medida que a necessidade e complexidade. Todavia, o acolhimento não deve ficar restringindo somente ao ato de admissão. O acolhimento é uma metodologia de relações humanas que englobam todos os profissionais de saúde da unidade e não está restrinido a admissão ao serviço, mas a uma série de condutas e procedimentos dos profissionais envolvidos (MIRANDA et.al., 2020).

É necessário prestar um atendimento com acolhimento adequado por intermédio de ações e condutas propícias para criar um vínculo de confiança com as gestantes e seus familiares. O enfermeiro necessita demonstrar empatia ao momento que estão assistenciando, se pôr à disposição para ajudar, explicitando respeito aos direitos e autonomia de ação e decreto da parturiente, onde enfatiza a relevância do acompanhante e evidenciando como o mesmo pode contribuir, além de oferecer apoio emocional e informativo aos envolvidos. Essas técnicas contribuem na restrição do estresse, do medo e angústia, além de colaborar para uma atitude mais assertiva e autônoma da parturiente (MIRANDA et.al., 2020).

Não se consegue distinguir o apoio profissional do ambiente em que a assistência está sendo ofertada. O ambiente necessitava propiciar o bem estar da parturiente, ofertando iluminação adequada, ventilação, silêncio,

privacidade, higiene etc. Quando um ou mais desses princípios são abandonados, podendo acarretar num seguimento na parturiente, que ao longo das horas que fica internada precisa se mobilizar e praticar posições variadas. Quando as mulheres se encontram com situações em que o ambiente físico está em discordância com o admissível, contribuindo para que a mesma tenha problemas de passar por um local ou exercer determinada posição devido ao sentimento de repulsa, falta de privacidade ou desconforto (MIRANDA et.al., 2020).

O enfermeiro é um profissional capacitado para prestar assistência ao ser humano em todo o seu ciclo de vida, desde o ventre materno até os cuidados com o corpo após a morte. Atuando nos diversos cenários de situações associadas ao processo saúde-doença exercendo papéis nos diversos campos de atenção. Consequentemente, compete a este profissional resolver questões que abranjam o adolescente e o processo de evolução na adolescência. Nesse cenário, a prática educativa em saúde apresenta-se relevante, tendo como alicerce o momento ímpar na qual a sociedade vive, onde há democratização na disponibilização das informações sendo que a globalização tem como particularidade tornar mais vasto o conhecimento acerca das medidas contraceptivas (RIBEIRO et.al., 2017).

As ações educativas realizadas pelo enfermeiro devem ser preferencialmente realizadas em grupo, precedendo a primeira consulta, e devem ser sempre reforçadas pela ação educativa individual, levando em consideração: a escolha da mulher, do homem ou do casal, as características dos métodos e de fatores do eixo individual e situacional relacionados aos usuários do método (RIBEIRO et.al., 2017, p.61).

Há a necessidade de criação de vínculo entre o profissional de enfermagem e o adolescente, no intuito de promover uma relação pautada na confiança e liberdade para a realização de conversas que abordem acerca da saúde sexual e reprodutiva, dessa maneira o jovem obtém informações referente ao autocuidado, metodologias que evitam a gravidez precoce e indesejada e no que diz respeito a maneira correta de usar os métodos contraceptivos. Alguns indicadores de saúde, apontam que há uma alta quantidade considerável de utilização de métodos contraceptivos em todo o território nacional, entretanto a gravidez na adolescência ainda se faz bastante recorrente, isso pode ser um indicativo que há falhas quanto a assistência à

saúde sexual e reprodutiva. Somente no SUS é oferecido de maneira gratuita 8 diferentes métodos contraceptivos, sendo eles os preservativos femininos e masculino, DIU, pílula de anticoncepção de emergência, pílula anticoncepcional e o diafragma (IZIDRO, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho bibliográfico realizado possibilitou entender a importância da assistência de enfermagem recebida pela gestante durante o trabalho de parto. O estudo reforça a necessidade da criação de novas estratégias a serem implantadas em instituição de saúde pelos enfermeiros que atendem as gestantes em trabalho de parto.

O estudo, se percebe ainda que é necessário O estudo fundamenta-se na necessidade de prestar atendimento com acolhimento adequado por intermédio de ações e condutas propícias para criar um vínculo de confiança com as gestantes e seus familiares. Dessa forma, o enfermeiro necessita demonstrar empatia ao momento da assistência, se pôr à disposição para ajudar, explicitando respeito aos direitos e autonomia de ação e decreto da parturiente, onde enfatiza a relevância do acompanhante e evidenciando como o mesmo pode contribuir, além de oferecer apoio emocional e informativo aos envolvidos. Essas técnicas contribuem na restrição do estresse, do medo e angústia, além de colaborar para uma atitude mais assertiva e autônoma da parturiente.

Conclui-se o presente estudo, chamando atenção das autoridades competentes e dos profissionais da saúde para o acolhimento adequado das adolescentes em período puerperal para que estas fiquem satisfeitas com a assistência recebida durante o seu trabalho de parto, onde a mesma possa sentir-se acolhida e ter as suas dúvidas acerca do trabalho de parto sanadas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA SKR et.al. As práticas educativas seus respectivos impactos na prevenção da gravidez na adolescência. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.3, p.9787-9800 may./jun. 2021. Disponível em:

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/29270/23090>. Acesso em 20 de outubro de 2021.

ALVES RSS *et.al.* Gravidez na adolescência: contribuições dos profissionais de saúde frente à educação sexual e reprodutiva. **Research, Society and Development**, v.10, n.2, e20010211282, 2021. | ISSN 2525-3409. Disponível em: <https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/11282/1114>. Acesso em 19 de outubro 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**. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2007. 60p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf. Acesso em 18 de novembro de 2021.

IZIDRO, Caroline Mendez. **Atuação do enfermeiro na prevenção da gravidez precoce**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Ariquemes, 2019. Disponível em: https://repositorio.faema.edu.br/bitstream/123456789/2544/1/TCC%20CAROLI NE%20IZIDRO_assinado_assinado_assinado.pdf. Acesso em 20 de outubro de 2021.

MARANHÃO TA *et.al.* Atitudes e reações familiares e sociais diante da gravidez na adolescência. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**. Recife, 12(4):840-8, abr., 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234547/28612>. Acesso em 20 de outubro de 2021.

MIRANDA *et.al.* Contribuição da assistência de enfermagem na humanização do parto: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica**, Estácio Recife. Vol.6, n.1 – setembro, 2020. Disponível em: <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/456/203>. Acesso em 20 de outubro de 2021.

NASCIMENTO PS *et.al.* Assistência do enfermeiro à parturiente: foco no parto humanizado. **Revista de Trabalhos Acadêmicos** – Universo Campos dos Goytacazes, n.8, vol. 1, 2017. Disponível em: https://web.archive.org/web/20180505085614id_/http://www.revista.universo.edu.br/index.php?journal=1CAMPOSOSGOYTACAZES2&page=article&op=vie wFile&path%5B%5D=4487&path%5B%5D=2587. Acesso em 19 de outubro de 2021.

RIBEIRO WA *et.al.* Práticas educativas do enfermeiro na prevenção da gravidez na adolescência: estratégias e perspectivas. **Revista Pró-univerSUS**. 2017, jul./dez.; 08(2):58-62. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1116>. Acesso em 20 de outubro de 2021.

SANTOS LM et.al. Percepção de puérperas adolescentes sobre a assistência da equipe de enfermagem no processo parturitivo. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** | ISSN: 1982-4785 | vol. 4, n.1, 2013, p.1282-1294. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/download/181/171/374>. Acesso em 19 de outubro de 2021.

SILVA, Ana Luiza Rabello; NAKAGAWA, Janete Tamami Tomiyoshi; SILVA, Marielle Jeani Prasniewski. A composição familiar e sua associação com a ocorrência da gravidez na adolescência: um estudo caso-controle. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2020; 28:e36283. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/36283>. Acesso em 19 de outubro de 2021.

Capítulo

21

DESAFIOS ENFRENTADOS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE O PÉ DIABÉTICO

Adriene Cordeiro Costa¹; Nildilene Costa Marques¹; Magno Pinto de Oliveira²;
Íthalo da Silva Castro³; Magno Pinto de Oliveira⁴;
Jéssica Rayanne Vieira Araújo Sousa⁵; Geanilson Araujo Silva⁶; Bruna Cruz
Magalhães⁷; Wemerson Leandro dos Santos Meireles⁸

¹Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia-FSL;

²Graduado em Psicologia pela Universidade CEUMA (2016), especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pelo Centro Universitário Estácio de Ribeirão Preto (2018), especialista em Neuropsicologia pelo Centro Universitário Leonardo da Vinci-UNIASSELVI (2022) professor da Faculdade Santa Luzia – FSL, psicólogo hospitalar do Hospital Macrorregional Tomás Martins e do Hospital Regional Dr. Rubens Jorge; ³Doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Zoologia pelo Museu Paraense Emílio Goeldi. Mestre em Zoologia pela Universidade Federal do Pará. Especialista em Gerenciamento de Recursos Ambientais pelo Instituto Federal do Piauí Graduado em Ciências Biológicas pela UFPI. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁴ Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pelo Centro Universitário Estácio. Graduado em Psicologia pela Universidade CEUMA. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁵Especialista em Gestão em Saúde, Gestão Pública pela Universidade Estadual do Maranhão e Enfermagem em Saúde da Família pela Faculdade UNIBF. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Luzia – FSL; ⁶Enfermeiro da ESF\ HGM, professor no Curso de Enfermagem Bacharelado da Faculdade Santa Luzia; ⁷ Mestre em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁸ Especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Estadual do Maranhão. Graduado em Enfermagem pela UEMA. Docente da Faculdade Santa Luzia.

RESUMO:

Este trabalho visa mostrar as complicações do diabetes mellitus em foco o pé diabético. O presente estudo tem caráter qualitativo via revisão sistemática de literatura. Neste sentido ao transcorrer é oferecida minuciosa e detalhada descrição sobre o diabetes mellitus e em especial o pé diabético como uma das maiores afecções causadas pela diabetes e que provocam maior transtorno e gasto para o tratamento no Sistema Único de Saúde - SUS. Diante destas circunstâncias é de fundamental interesse científico e social um debate sobre essa temática para contextualização da mesma e exposição das informações referentes ao foco desse trabalho, como meio de veículo propagador de conhecimento e dirimir dúvidas.

Palavras-chave: Diabetes mellitus; Pé diabético; Saúde da família.

INTRODUÇÃO

O pé diabético é uma das complicações do diabetes mellitus e tem relação com o tempo de duração desta patologia, seja a curto ou a longo prazo causa incapacidades, seja pelas exacerbações ou por consequências devido ao descuido. Levando em conta que, as doenças crônicas se destacam entre os índices de morbilidades mais corriqueiras no mundo, e muitas das vezes, são doenças malcuidados especialmente por parte dos pacientes que esquecem do próprio tratamento.

Uma das estratégias que ajudam na redução dos índices de complicações nas pessoas portadores de pé diabético é a educação em saúde. A educação é um ato que visa facilitar para que as pessoas possam compreender melhor sua patologia, colaborando para o seu empoderamento, aliviando ansiedades e medos além de ajudá-las a combater positivamente sua situação, causando uma melhora em sua autoestima pelo aumento da efetividade terapêutica que proporcionará ao paciente manter um bom controle e consequentemente diminuir o número de complicações.

A equipe saúde da família tem como uma das estratégias a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, dedicando-se de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), elaborando planejamento e implementação de ações e medidas preventivas através da educação em saúde, contemplando de uma abordagem integra ao indivíduo portador de pé diabético.

O profissional de saúde irá direcionar suas ações para os pacientes que almejam os serviços de saúde por alguma possível patologia. A equipe multiprofissional envolvida deve efetuar intervenções explícitas de prevenção, como foco no cuidado às extremidades inferiores. Por isso, é importante identificar as dificuldades que a equipe encontra, pois, somente no momento que esses empecilhos forem identificados será possível procurar soluções para os problemas encontrados.

Considerando que educação em saúde dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS) é inferido pelos especialistas da Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia apta a demonstrar conteúdos, orientar informar, ensinar

e instruir, essencialmente, a prevenir doenças. Acreditando que a educação em saúde se constitui de um instrumento capaz de transformar a conduta dos pacientes em favor da promoção da saúde.

Portanto, é importantíssimo assinalar essas barreiras que dificultam a ampliação da educação em saúde sobre o pé diabético, pois se esta circunstância clínica não for controlada, o procedimento radical para os malefícios consequentes do pé diabético é a amputação. Visto isso, é de grande relevância a necessidade de ampliar seu conhecimento a respeito das dificuldades da implementação da educação em saúde e de uso de métodos educativas adotadas pelos profissionais de saúde.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde é um processo de mudança importante no meio social pois, segundo Simino (2018, p. 92), educar tem como definição básica, dar a alguém todos os cuidados necessários ao pleno desenvolvimento de sua personalidade, transmitir saber, dar ensino, instruir.

Lima, Menezes e Peixoto (2016, p. 26) relatam que o “ensino na saúde destaca-se como um instrumento importante na prevenção do diabetes mellitus e seus agravos, pois propicia que os sujeitos diabéticos conheçam melhor sua patologia”. Motivando as pessoas a se responsabilizarem pelo controle diário de sua condição de saúde e de sua qualidade de vida.

A partir da educação para saúde, utilizando de ferramentas educativas para tornar popular e mais acessível, os cuidados, formas de prevenção e tratamento de doenças (SILVA; PELAZZA; SOUZA, 2016, p. 26).

A educação em saúde a esses pacientes consiste num processo que propicia o conhecimento e as habilidades para o efetivo manejo dos sintomas e a melhoria da qualidade de vida, envolvendo prática de exercícios físicos, reeducação alimentar, terapêuticas e outras atividades realizadas pelo paciente para um eficaz controle metabólico e maior sobrevida com custos mais acessíveis (MENEZES *et al.*, 2016, p. 2).

A avaliação do processo didático deve ser permanente para que possa ser mensurada a qualidade e a eficácia do trabalho desenvolvido (SIMINO, 2018, p. 108).

Para que se promova saúde de forma a reduzir as vulnerabilidades sociais, alterando a realidade a fim de gerar um território saudável e por consequência, a reduzir os índices de adoecimento (SILVA; PELAZZA; SOUZA, 2016, p. 19). Já que a educação em saúde é absorvida como um ato educativo de construção de conhecimentos, que visa à apropriação de aprendizado pela população.

A promoção da saúde é um processo de mudança do meio social que apresenta desafios para o processo de educação em saúde, como iniciativa mais dialógica e reflexiva a partir de experiência (SILVA; PELAZZA; SOUZA, 2016, p. 26).

A educação em saúde interpessoal é indiscutivelmente efetiva quando praticada por profissionais bem treinados que necessitam, para sua implementação de planos estratégicos com a identificação dos problemas a serem enfrentados, das características do público a ser contatado, de meios de comunicação adequados, assim como do seu acompanhamento e avaliação (SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2017, p. 106).

A Atenção Primária à Saúde (APS), tem como principal cenário a Estratégia de Saúde da Família (ESF), aparece como lócus privilegiado de práticas educativas em saúde, pois o trabalho integrado da equipe de profissionais favorece e mobiliza esforços para contribuir na manutenção da saúde individual e coletiva, o que pode favorecer a consciência crítica e transformadora, permitindo o exercício da cidadania e efetivando mudanças pessoais e sociais (SEABRA *et al.*, 2019, p. 2).

Seabra *et al.* (2019, p. 2), afirma que os profissionais de saúde da atenção primária possuem a importante função de promover programas e atividades de educação em saúde, visando à qualidade de vida dos indivíduos e famílias, devendo estas ações estarem integradas ao cuidado. E por isso, as ações devem ser formuladas e direcionadas ao público-alvo sendo adequado e articulado por uma equipe multiprofissional e executadas permanentemente, considerando o que os sujeitos precisam e desejam saber para que se promova sua saúde.

Visando assim, ações de educação em saúde para famílias dos pacientes com doenças crônicas que são essenciais na estratégia de saúde da família (ESF), tendo em vista a importância da continuidade do cuidado destas no domicílio e o preparo para o enfrentamento da condição crônica (PEREIRA *et al.*, 2017, p. 1).

METODOLOGIAS PARA O APRENDIZADO E ELEMENTOS DIDÁTICOS

A organização dos serviços de saúde e a reorientação das práticas e do processo de trabalho em saúde têm sido uma das reflexões constantes na trajetória das políticas de saúde no Brasil (SANTILI; TONHOM; MARIM, 2016, p. 103).

Visto que, a educação em saúde engloba ações que enfocam o conhecimento sobre o processo saúde-doença, abrangendo fatores de risco e de proteção permitindo que a população adote mudança de hábitos e alcance a autonomia (MENDES *et al.*, 2017, p. 15).

O crescente avanço do conhecimento científico e tecnológico atualmente vem transformado rapidamente o mundo, tornando-se cada vez mais notória sua presença no cotidiano social. Tal evolução científica é impulsionada por métodos e conhecimentos de investigação integrados a uma postura científica rigorosa, perspicaz e objetiva que, preparada e desenvolvida ao longo da história, se impõe de maneira inexorável a todos aqueles que pretendem conservar o legado científico do passado ou ampliar suas fronteiras (CARABETTA JÚNIOR, 2016, p. 113).

Segundo Madureira *et al.* (2016, p. 401), faz-se lógico pensar, então, em tal período como oportuno para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde, visto que a aprendizagem de conceitos em saúde corretos neste período tem a possibilidade de conduzir a uma adoção do autocuidado e da responsabilização futura da população pela própria saúde.

Ressaltando que a educação em saúde envolve uma abordagem transdisciplinar levando em consideração as subjetividades e as singularidades da vida na esfera individual e coletiva com o intuito de melhoria da qualidade de vida. Faz parte deste processo, atuar junto ao conhecimento dos indivíduos, dando subsídios para que se tornem participantes ativos do processo de cuidar (VIANA *et al.*, 2020, p. 59414).

Um exemplo que podemos utilizar é, que se em uma atividade ou ação proposta foi uma palestra (utilizando-se de um método de ensino verbalizado, apenas), pode ser que não seja necessário nenhum recurso material. Mas, mesmo nesses casos, se houver disponibilidade, você pode lançar mão de recursos como projetores para mostrar imagens ilustrativas durante a palestra, folders ou panfletos com um resumo das informações para que as pessoas levem para casa (SIMINO, 2018, p. 132).

Simino (2018, p. 138), também relata que “o planejamento de qualquer atividade é essencial para que os objetivos traçados sejam alcançados”. Pois com um bom planejamento, podemos evitar o grande risco de chegar ao fim da

ação e perceber que os objetivos não foram alcançados, as vezes por razões que seriam simples de serem resolvidas se tivessem sido previstas inicialmente.

Portanto podemos afirmar que o ponto inicial para que um projeto de educação em saúde seja iniciado é necessário que haja o planejamento fazendo um levantamento da atual situação, estabelecendo o que se pretende modificar e se organizando para as ações que serão realizadas em um futuro próximo (SIMINO, 2018, p. 137).

DIABETES MELLITUS

O diabetes melito (DM) inclui um conjunto de distúrbios metabólicos de diferentes etiologias, caracterizado por hiperglicemia crônica, resultante, principalmente, da diminuição da sensibilidade dos tecidos à ação da insulina e/ou da deficiência de sua secreção (DANTAS *et al.*, 2021, p. 8).

Na história natural do DM, as alterações fisiopatológicas precedem em muitos anos o diagnóstico da doença. A condição na qual os valores glicêmicos estão acima dos valores de referência, mas ainda abaixo dos valores diagnósticos de DM, denominando-se de pré-diabetes. A resistência à insulina já está presente e, na ausência de medidas de combate aos fatores de risco modificáveis, ela evolui frequentemente para a doença clinicamente manifesta e associa-se a risco aumentado de doença cardiovascular e complicações. Na maioria dos casos de pré-diabetes ou diabetes, a condição é assintomática e o diagnóstico é feito com base em exames laboratoriais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020, p. 23).

Segundo Franco (2014) a “DM é um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do grau de desenvolvimento”. Pois, o número de pessoas com diabetes está aumentando devido a grande incidência de novos casos dessa patologia.

O aumento da prevalência do diabetes está associado a diversos fatores, como rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevida dos indivíduos com diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020, p. 12).

Além da prevalência crescente do DM, houve o aumento do risco de complicações inerentes à doença e de morbimortalidade. O risco relativo do desenvolvimento de doenças cardiovasculares entre

pessoas com DM tem sido 2 a 4 vezes maior quando comparado àquelas sem diabetes. Houve também um aumento de complicações, como neuropatia, nefropatia, retinopatia e amputações. Esse incremento nas complicações pode ser explicado por demora diagnóstica, inércia terapêutica, má adesão ao tratamento e falta de acesso ao sistema de saúde (DANTAS *et al.*, 2021, p. 8).

Ao diagnosticar, os indivíduos podem se apresentar assintomáticos ou oligossintomáticos até ter um quadro clínico franco, característico da hiperglicemia, cursando com poliúria, polidipsia, perda ponderal, cetoacidose diabética ou coma hiperosmolar não cetótico (DANTAS; MAMEDE; MALHEIROS, 2014).

A prevenção efetiva significa atenção à saúde de modo eficaz. No diabetes, isso envolve prevenção do seu início (prevenção primária), prevenção de suas complicações agudas e crônicas (prevenção secundária) ou reabilitação e limitação das incapacidades produzidas pelas suas complicações (prevenção terciária) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020, p. 19).

CLASSIFICAÇÃO DO DIABETES MELLITUS

A classificação do DM baseia-se em sua etiologia. Os fatores causais dos principais tipos de DM genéticos, biológicos e ambientais, ainda não são completamente conhecidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020, p. 16).

A sua classificação é feita de acordo com a fisiopatologia da doença: insulinorresistência, autoimunidade, alterações mitocondriais, distúrbios de secreção de insulina decorrentes de alterações monogenéticas, entre outros. Portanto, a importância de a correta classificação permitir a escolha do tratamento adequado, orientar o clínico quanto às possíveis comorbidades associadas a cada tipo de diabetes e orientar os familiares quanto ao tipo de herança genética (DANTAS; MAMEDE; MALHEIROS, 2014).

Atualmente, classifica-se o DM em tipos 1 e 2 (DM1 e DM2), que são os mais prevalentes, Diabetes latente autoimune em adultos (LADA), diabetes de início precoce (MODY, na sigla em inglês), diabetes secundário e diabetes gestacional (DMG), que são as menos comuns (DANTAS *et al.*, 2021, p. 8). Iremos descrever sobre algumas classificações do diabetes mellitus.

DIABETES MELLITUS TIPO 1

O diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é uma doença autoimune, poligênica, decorrente de destruição das células β pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020, p. 19).

Estima-se que mais de 88 mil brasileiros tenham DM1 e que o Brasil ocupe o terceiro lugar em prevalência de DM1 no mundo, segundo a International Diabetes Federation. Embora a prevalência de DM1 esteja aumentando, ela corresponde a apenas 5 a 10% de todos os casos de DM. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020, p. 19).

Ocorrendo habitualmente em crianças e adolescentes, entretanto, pode manifestar-se também em adultos, geralmente de forma mais insidiosa. Pacientes com esse tipo de diabetes necessariamente dependem da administração de insulina, e o diagnóstico, muitas vezes, é confirmado por meio das dosagens de autoanticorpos (SALES-PERES *et al.*, 2016, p. 1198).

O diabetes tipo 1, pode ser subdividido em 2 subgrupos: tipo 1-A, mediado pela destruição autoimune da célula β , e tipo 1-B, também chamado de idiopático, muito menos frequente, com apresentação clínica semelhante ao tipo 1-A, mas sem componente autoimune identificado (DANTAS; MAMEDE; MALHEIROS, 2014). Observemos a figura a seguir e seus dados panorâmicos sobre o diabetes mellitus.

DIABETES MELLITUS TIPO 2

O diabetes tipo 2 ocorre quando o corpo não aproveita adequadamente a insulina produzida. Sendo que a causa do diabetes tipo 2 está diretamente relacionado ao histórico familiar, sobrepeso, sedentarismo, triglicerídeos elevados, hipertensão, hábitos alimentares inadequados, diabetes gestacional ou macrossomia fetal e tabagismo (BRASIL, 2020).

É uma síndrome heterogênea com patogênese diversa, que envolve fatores genéticos e ambientais e resulta em defeitos da secreção e ação da insulina. Surge geralmente após os 40 anos de idade e a maioria dos pacientes apresenta sobrepeso ou obesidade. Pode

acometer crianças, adolescentes e adultos jovens, principalmente pela mudança do estilo de vida (DANTAS *et al.*, 2021, p. 11).

O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) corresponde de 90 a 95% de todos os casos de DM. Possui etiologia complexa e multifatorial, [...]. Trata-se de doença poligênica, com forte herança familiar, ainda não completamente esclarecida, cuja ocorrência tem contribuição significativa de fatores ambientais. Dentre eles, hábitos dietéticos e inatividade física, que contribuem para a obesidade, destacam-se como os principais fatores de risco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020, p. 20).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2020, p. 20), também relata que “na maioria das vezes, a doença é assintomática ou oligossintomática por longo período, sendo o diagnóstico realizado por dosagens laboratoriais de rotina ou manifestações das complicações crônicas”. Havendo menor frequência, indivíduos com diabetes tipo 2, apresentam sintomas clássicos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento inexplicado) e raramente a cetoacidose diabética que consiste na manifestação inicial do DM tipo 2.

DIABETES LATENTE AUTOIMUNE EM ADULTOS

O diabetes latente autoimune do adulto (LADA), por definição, acomete pessoas de 25 anos ou mais, mas pode incidir em qualquer idade fazendo com que, muitas vezes, o paciente seja diagnosticado como tendo diabetes mellitus tipo 2 (DM2) (FIGUEREDO *et al.*, 2021, p. 2).

	Estágios		
	1	2	3
Autoimunidade	Anticorpos positivos	Anticorpos positivos	Anticorpos positivos
Níveis glicêmicos para diagnóstico	Normoglicemia: glicemia de jejum, TOTG e HbA1c normais	Disglicemia: níveis glicêmicos alterados, compatíveis com pré-diabetes (jejum entre 100 e 125 mg/dL, 2 horas no TOTG entre 140 e 199 mg/dL, ou HbA1c entre 5,7 e 6,4%)	Hiperglicemia evidente e de início recente, critérios clássicos para diagnóstico de DM (glicemia de jejum \geq 126 mg/dL, 2 horas no TOTG \geq 200 mg/dL, ou HbA1c \geq 6,5%*)
Sintomas	Ausentes	Ausentes	Presentes

Figura 1- Estágios do DM tipo 1 e suas características

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2020, p. 20).

Segundo Dantas *et al.* (2021, p. 11), os critérios de diagnósticos são idade de diagnóstico entre 25 e 65 anos, ausência de cetoacidose diabética ou

hiperglicemia acentuada no diagnóstico, ou imediatamente após, sem necessidade de insulina por pelo menos 6 a 12 meses (diferenciando-se do DM1 do adulto) e outro ponto importante é a existência de autoanticorpos (especialmente o anticorpo contra a descarboxilase do ácido glutâmico – anti-GAD).

O diagnóstico de LADA é tipicamente baseado no achado de hiperglicemia, associado à constatação de que a causa seja devida à uma falha das ilhotas de Langherans em produzir insulina, presença de sintomas agudos, índice de massa corporal < 25 kg/m², história pessoal ou familiar de outras doenças autoimunes. A presença de, pelo menos, duas destas características clínicas justifica o pedido de anticorpos contra as células beta pancreáticas (FIGUEREDO *et al.*, 2021, p. 6).

Ainda não há uma recomendação específica para esse grupo de pacientes, mas estudos clínicos controlados estão em andamento para auxiliar nessa decisão terapêutica. Coortes prospectivas têm demonstrado que os pacientes com LADA apresentam pior controle metabólico dos que os pacientes com DM2, talvez pelo retardo na insulinização plena desses indivíduos (DANTAS; MAMEDE; MALHEIROS, 2014).

COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS

O diabetes mellitus leva a uma grande redução na expectativa e qualidade de vida de seus portadores, e pode causar alterações no organismo que podem ser classificadas como agudas ou crônicas (BERTONHI; DIAS, 2018, p. 3).

De modo que a aguda tem a manifestação de seus sintomas de forma mais imediata, e a crônica provém de uma manifestação dos seus sintomas após anos de evolução da doença (FONSECA; ABI RACHED, 2019, p. 5).

Mucida *et al.* (2021, p. 48), relata que as duas complicações resultam de uma condição fisiopatológica básica, a insulinopenia (absoluta ou relativa). Resultando de uma deficiência de insulina em associação com os níveis circulantes aumentados de glucagon e outros hormônios contrarreguladores que se opõe à ação de qualquer resíduo circulante de insulina.

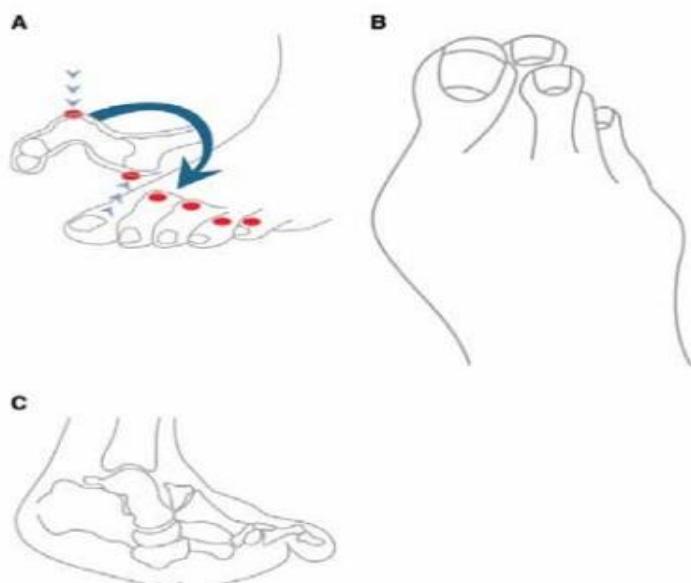
O estilo de vida do paciente diabético, incluindo fatores como sedentarismo, alimentação e até mesmo a forma que ele controla os seus níveis glicêmicos através do tratamento, influenciam nas complicações advindas do DM. Visto isso, é de extrema importância o

controle dos níveis glicêmicos, uma vez que a persistência dessa hiperglicemias pode culminar em complicações agudas, como, cetoacidose diabética, coma hiperosmolar não-cetótico e hipoglicemia, quanto complicações crônicas, como as microvasculares (neuropatia periférica, retinopatia e nefropatia) e macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica) (FONSECA; ABI RACHED, 2019, p. 5).

Ressaltando que a neuropatia periférica é o resultado de uma lesão do sistema nervoso, a qual pode ocorrer em variados graus e alcançar níveis elevados, aumentando sua prevalência com o aumento da idade. Seus sintomas variam de acordo com a classe de fibras atingidas, sendo os mais comuns dores, paresia, parestesia predominante nos membros inferiores podendo evoluir para a síndrome do pé diabético (FIGUEREDO *et al.*, 2017, p. 4693).

Predispondo o paciente a ter deformidades nos pés, com aumento das proeminências dos metatarsos, dedos em garra, dedos em martelo, joanetes e perda do arco plantar, também chamada de Artropatia de Charcot (BRASIL, 2016, p. 26).

Figura 2- Deformidade Anatômica do Pé Diabético (Neuropatia Periférica).



Fonte: BRASIL (2016, p. 26).

Uma das prováveis causas da neuropatia é a deficiência de vitamina B12, também evidente em indivíduos com diabetes e relacionada com o mau controle glicêmico e complicações microvasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020, p.104).

Possuindo uma prevalência muito alta para complicações crônicas, podendo atingir cerca de 40% dos pacientes. Sendo que ela não é considerada causa de morte, porém, na fase avançada da doença, contribui muito para uma incapacitação do indivíduo (FONSECA; ABI RACHED, 2019, p. 6).

PÉ DIABÉTICO

O pé diabético é uma condição de infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associada à alteração neurológica e a vários graus de vasculopatia periférica de membros. Trata-se de uma condição frequente e acarreta diversos prejuízos para o paciente e para o sistema de saúde em razão de longas internações que geralmente culminam em amputação do membro. As características comuns da doença são neuropatia, doença arterial periférica (DAP, até 50% dos casos), infecção, osteomielite e doença de Charcot (LIMA *et al.*, 2021, p. 84).

Bertoni e Dias (2018, p. 4), relatam que as úlceras do pé diabético se caracterizam pelo mau controle glicêmico e por outras complicações associadas como a NRD e doença vascular periférica. São consideradas um problema de saúde pública, pois já correspondem à quinta causa de amputações de membros inferiores e internações recorrentes. As causas mais comuns são a diminuição da sensibilidade que leva a lesões ou deformidades sem presença de dor, fraqueza muscular e diminuição de amplitude.

Entre os principais fatores de risco para desenvolvimento do pé diabético, os mais comuns são: neuropatia diabética (presente em cerca de 50% dos pacientes), DAP, deformidades, limitação da mobilidade articular, alterações biomecânicas e traumas. Em geral, existe a associação de dois ou mais fatores. Redução na acuidade visual, nefropatia, especialmente quando em diálise, e tabagismo também estão relacionados com maior risco de ulcerações e amputações. Em países desenvolvidos, a DAP é o fator de risco mais comum. Já nos países em desenvolvimento, a infecção é a complicação mais frequente das úlceras do pé diabético (UPD), resultando, muitas vezes, em amputação (85% dos casos) (LIMA *et al.*, 2021, p. 84).

A avaliação e o rastreamento são realizados por medidas simples: história clínica detalhada e exame físico dos pés, iniciando com a remoção de sapatos e meias para inspeções e exames regulares em pacientes diabéticos com a finalidade de identificar o pé de risco (LIMA *et al.*, 2021, p. 84).

É importante destacar que as complicações do DM não são inevitáveis. Elas podem ser controladas e prevenidas através do adequado controle glicêmico, dos níveis de colesterol e pressão arterial. Isto requer uma educação para o autocuidado que é muito indicado e extremamente importante a fim de proporcionar uma melhor qualidade de vida (BERTONHI; DIAS, 2018, p. 4).

Podendo ser necessária uma exploração adicional da ferida, realizada de forma cuidadosa com uma sonda estéril de ponta romba, o que pode revelar a exposição de estruturas profundas a princípio não visualizadas. Esta exploração pode ser realizada na Atenção Básica nos locais onde há infraestrutura adequada e profissional capacitado para isso (BRASIL, 2016, p. 35).

Portanto a atenção básica (AB) é o local ideal para o acompanhamento integral da pessoa com o pé diabético, sendo de responsabilidade da equipe de AB, com o apoio dos seus gestores, avaliar a sua demanda para o exame do pé diabético, a partir do reconhecimento da sua população com diagnóstico de DM (BRASIL, 2016, p. 15).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, e sem querer esgotar a temática, visto que a maioria das UBS enfrentam dificuldades na implementação da educação em saúde, este trabalho almejou como resultado em primeiro momento a possibilidade de identificar os desafios enfrentados pela equipe de saúde da família (ESF) ao realizar o processo de educação em saúde sobre a diabetes mellitus e uma de suas maiores complicações o pé diabético.

A problemática é extensa e querer estudos focados no nexo entre a educação e em saúde e o pé diabético como forma de esclarecer os pontos obscuros sobre uma afecção totalmente evitável e que gera inúmeras complicações a saúde da população e desdobramentos sociais pela interrupção das funções laborais desenvolvidas pelo sujeito acometido pelo pé diabético.

Em suma cabe fazer o alerta sobre as dificuldades das ESF na implementação e efetivação da educação em saúde visando a prevenção e o tratamento precoce, evitando complicações de media e alta complexidade e

seus desdobramentos negativos relativos ao alto custo do tratamento e a interrupção das atividades laborativas dos afetados por essa afecção.

REFERÊNCIAS

- BERTONHI, L. G.; DIAS, J. C. R. Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica. **Revista Ciências Nutricionais Online**, v. 2, n. 2, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/cienciasnutricionaisonline/sumario/62/13042018180355.pdf>. Acesso em: 19 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes (diabetes mellitus)**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/diabetes-diabetes-mellitus>. Acesso em: 17. out. 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/manual_do_pe_diabetico.pdf. Acesso em: 21 out. 2021.
- CARABETTA JÚNIOR, V. Metodologia ativa na educação médica. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 95, n. 3, p. 113-21, jul.-set., 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/103675/120891>. Acesso em: 11 out. 2021.
- DANTAS, I.; LIMA, L. R.; NÓBREGA, A. G. C.; BANDEIRA, F. Diagnóstico e Tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2. In: BANDEIRA, F. **Protocolos clínicos em endocrinologia e diabetes**. Francisco Bandeira; colaboração Alexandre Hohl ... [et al.]. 4. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527737647/>. Acesso em 16 out. 2021.
- DANTAS, J.; MAMEDE, R. M. T.; MALHEIROS. Classificação do Diabetes Mellitus. In: ADOLPHO, M. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento do Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2014. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-8114-270-8/>. Acesso em: 19 out. 2021.
- FIGUEREDO, É. O. C. et al. Avaliação do grau de risco para pé diabético em indivíduos com diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11 (Supl. 11), p. 4692-4699, nov., 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1032331>. Acesso em: 20 out. 2021.

FIGUEREDO, B. Q. et al. Diabetes autoimune latente do adulto (LADA): fisiopatologia, critérios diagnósticos e associação com doenças autoimunes. Research, Society and Development, v. 10, n.11, p. 1 - 8, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19532/17333>. Acesso em: 17. out. 2021.

FONSECA, K. P.; ABI RACHED, C. D. Complicações do diabetes mellitus. **International Journal of Health Management Review**, v. 5, n. 1, 2019. Disponível em: <http://www.ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/149>. Acesso em: 14 out. 2021.

FRANCO, L. J. Um problema de saúde pública: epidemiologia. In: ADOLPHO, M. **Rotinas de Diagnóstico e Tratamento do Diabetes Mellitus**. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2014. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-8114-270-8/>. Acesso em: 19 out. 2021.

LIMA, C. R.; MENEZES, I. H. C. F.; PEIXOTO, M. R. G. Educação em saúde: avaliação de intervenção educativa com pacientes diabéticos, baseada na teoria social cognitiva. **Revista Ciência & Educação**, Bauru, v. 24, n. 1, p. 141-156, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/HQH7PtZFHJspdpTNF3ZnwnM/?lang=pt>. Acesso em: 11. out. 2021.

LIMA, L.; DANTAS, R.; LOUREIRO, A. D.; LEÃO, V.; BANDEIRA, E. Pé Diabético. In: BANDEIRA, F. **Protocolos clínicos em endocrinologia e diabetes**. Francisco Bandeira; colaboração Alexandre Hohl ... [et al.]. 4. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527737647/>. Acesso em 16 out. 2021.

MADUREIRA, M. F.; PEIXOTO, L. M. M.; HARAMOTO, H.; SOBREIRA, N. P.; PEREIRA, N. S.; FERREIRA, R. N.; PEREIRA, L. S.; ALVIM, R. O.; MOURÃO JUNIOR, C. A.; OLIVEIRA, C. M. Coraçõezinhos de baependi na educação em saúde através da metodologia participativa: relato de experiência. **Revista Conexão UEPG**, Ponta Grossa, v. 12, n. 3, set/dez, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.uepg.br/index.php/conexao/article/view/8542/5444>. Acesso em 15 out. 2021.

MENDES, J. D. R.; FREITAS, C. A. S. L.; DIAS, M. S. A.; BEZERRA, M. M.; NETTO, J. J. M.; FERNANDES, D. R. Análise das atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 1, p. 13-21, jan-mar., 2017. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5816>. Acesso em 15 out. 2021.

MENEZES, L. C. G. GUEDES, M. V. C.; MOURA, N. S.; OLIVEIRA, R. M.; VIEIRA, L. A.; BARROS, A. A. Estratégias educativas para pessoas diabéticas com pé em risco neuropático: síntese de boas evidências. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, p. 1-16, 2016. Disponível em:

<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/download/40281/22134/>. Acesso em: 12 out. 2021.

MUCIDA, Y.; MENDES, L.; COSTI, B.; GRIZ, L.; BANDEIRA, F. Complicações Agudas do Diabetes. In: BANDEIRA, F. **Protocolos clínicos em endocrinologia e diabetes**. Francisco Bandeira; colaboração Alexandre Hohl ... [et al.]. 4. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527737647/>. Acesso em 16 out. 2021.

PEREIRA, M. M.; RODRIGUES, P. F.; SANTOS, N. C. C. B.; VAZ, E. M. C.; COLLET, N.; REICHERT, A. P. S. Educação em saúde para famílias de crianças/adolescentes com doença crônica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-909908>. Acesso em: 13 out. 2021.

SALES-PERES, S. H.; GUEDES, M. F. S.; SÁ, L. M.; NEGRATO, C. A.; LOURIS, J. R. P. Estilo de vida em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1197-1206, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jRG35pnf3N753r7R7XrJCct/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17. out. 2021.

SANTILI, P. G. J.; TONHOM, S. F. R.; MARIM, M. J. S. Educação Em Saúde: algumas reflexões sobre sua implementação pelas equipes da estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Promoção a Saúde**, Fortaleza, v. 29 (Supl), p. 102 - 110, dez., 2016. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6411>. Acesso em 16 out. 2021.

SEABRA, C. A. M.; XAVIER, S. P. L.; SAMPAIO, Y. P. C. C.; OLIVEIRA, M. F.; QUIRINO, G. S.; MACHADO, M. F. A. S. Educação em saúde como estratégia para promoção da saúde dos idosos: Uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 4, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/xmDgQQxDN4gPRWgTQHysZXn/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 out. 2021.

SILVA, M. I.; PELAZZA, B. B.; SOUZA, J. H. Educação E Saúde: relato de experiências de ações educativas para saúde em comunidades socialmente vulneráveis. **Revista Eletrônica da Divisão de Formação Docente**, v. 3, n. 1, p. 17- 40, 1º semestre 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/diversapratica/article/view/49615>. Acesso em: 12 out. 2021.

SILVA-SOBRINHO, R. A.; PEREIRA, B. S. A.; TREVISON, C. L.; MARTINS, F. J.; ALMEIDA, M. L.; MANSOUR, N. R.; CABRAL, P. P.; BEZERRA, R. C.; GRIGNET, R. J. Percepção dos profissionais da educação e saúde sobre o programa saúde na escola. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 93-108, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/77>. Acesso em: 13 out. 2021

SIMINO, Laís Angélica de Paula. **Educação alimentar e nutricional / Laís Angélica de Paula Simino.** Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2018. 160 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes Da Sociedade Brasileira De Diabetes 2019-2020.** São Paulo: Clannad Editora Cientifica, 2020. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>. Acesso em: 17 out. 2021.

VIANA, V. S. S.; BATISTA, A. K. R.; ALCÂNTARA, A. S. S.; ELERES, V. M.; PINHEIRO, W. F.; BEZERRA, A. C. P. VIANA, J. A. A Educação em Saúde como Instrumento de Mudança Social. **Brazilian Journal of Development.**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 59412-59416, 2020. Disponível em: file:///C:/Users/DELL/Downloads/15195-39296-1-PB.pdf. Acesso em: 11 out. 2021.

**Capítulo
22**

**PERFIL SOCIOECONÔMICO DE
GESTANTES QUE REALIZAM O PRÉ-NATAL
EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Andrea Barros Araújo¹; Eliene Teixeira Costa¹; Josilene Lindoso Abreu Brito¹;
Polyana Glauce Pinheiro de Carvalho²; Lairla Silveira Ripardo³;
Davyson Vieira Almada⁴; Maria Helena da Silva Castro⁵;
Bruna Cruz Magalhães⁶

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia – FSL;

²Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional pelo ISEC e em Gestão e Supervisão Escolar pela FAEME, Graduada em Letras pela UEMA e Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ³ Especialista em Psicoterapias Comportamentais Contextuais – IPOG. Graduada em Psicologia. Docente da Faculdade Santa Luzia;

⁴Especialista em Farmácia Hospitalar pelo Instituto Brasil de Pós-Graduação. Coordenador do Curso de Farmácia da Faculdade Santa Luzia; ⁵Mestrado Profissional em Enfermagem (em Andamento). Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Selvíria, Especialista em Enfermagem Geriátrica e Gerontologia pela Universidade Cândido Mendes; Especialista em Gestão de Enfermagem em UTI pela Universidade Cândido Mendes.

Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Bacabal-FEBAC. Docente e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ⁶Mestre em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia

RESUMO:

O conhecimento do perfil socioeconômico de uma população permite melhor compreensão das particularidades e dos fatos que a acometem em determinado contexto. No caso das gestantes que possuem o acompanhamento pré-natal em Unidades Básicas de Saúde (UBS), a identificação desse perfil pode facilitar a assistência da equipe de saúde quanto a elaboração de políticas e estratégias que visam a melhora da qualidade de vida, favorecendo tanto o alcance como a manutenção do acesso ao serviço. Este artigo apresenta uma revisão de literatura que objetiva explanar as variáveis determinantes relacionadas ao processo de adesão ao serviço pré-natal, bem como das implicações decorrentes da sua ausência. Os achados são abordados quanto à assistência em saúde à gestante e o seu perfil socioeconômico. Compreendeu-se, a partir das abordagens, que os eventos patológicos mencionados neste estudo se configuraram como consequências da falta de acompanhamento gestacional, e que podem ser evitados mediante intervenção adequada.

Palavras-chave: Gestante; Pré-natal; Socioeconômico; Saúde.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um período em que ocorre significativas mudanças na vida da mulher e nas suas respectivas atribuições. Nessa fase, a gestante passa da condição de filha para mãe quando, além de recordar de experiências anteriores, precisa reorganizar seu relacionamento conjugal, sua situação socioeconômica e suas atividades laborais. Tais mudanças possuem maior impacto nas gestantes primíparas, embora as multíparas também as vivenciem com intensidade.

No ano de 1984 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com o objetivo de descentralizar, hierarquizar e regionalizar os serviços, abrangendo ações educativas, exames preventivos, diagnósticos, tratamento e recuperação. Sendo incluídos, também no programa, os serviços de assistência à mulher em clínica ginecológica, como o pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), câncer de colo de útero e de mama, além do atendimento a outras necessidades femininas. Essa assistência à mulher durante a fase de gravidez é de suma importância para coordenar a etapa final do processo de gestação, reduzindo as taxas de aborto e mortalidade infantil, promovendo a prevenção de doenças e agravos comuns nesse período, assegurando um parto normal e sem intercorrências, bem como evitar a transmissão vertical de doenças como Human Immunodeficiency Virus (HIV), sífilis, hepatites e outros.

O pré-natal na rede básica de saúde é realizado pelo enfermeiro e pelo médico visando monitorar, prevenir e identificar intercorrências maternas e fetais, assim como realizar atividades educativas acerca da gravidez, parto e puerpério. No entanto, compete ao enfermeiro o acompanhamento das mulheres com ausência de complicações, cadastradas no pré-natal de baixo risco.

Uma atenção qualificada e humanizada ao pré-natal se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras, sem intervenções desnecessárias, e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde do binômio mãe-filho.

A gravidez consiste em uma experiência de suma importância na vida da mulher e da família. No entanto, apesar de ser um processo fisiológico, produz várias modificações no organismo materno, gerando inúmeras expectativas, ansiedades e medo nas gestantes, uma vez que a mortalidade de mulheres e crianças por complicações decorrentes da gravidez, parto e puerpério, ainda é frequente. Contudo, é um contexto onde grande parte desses óbitos poderiam ser evitados por meio de uma adequada assistência pré-natal.

A complexidade das mudanças ocasionadas pela vinda de um novo bebê não se limita somente às variáveis psicobiológicas, inclui ainda fatores socioeconômicos de fundamental importância nesse processo de transformações. É perceptível que o nível de formação, o acesso ao serviço de saúde, a classe econômica, a vida conjugal, o meio na qual a mulher está inserida, a carga cultural, a renda familiar, entre outros fatores, causa impactos de diversas origens que podem ainda ser intensificados conforme a história de vida de cada gestante, influenciando de forma direta no período puerperal. Como exemplo, o baixo nível socioeconômico e a depressão pós-parto geralmente podem ser associados.

METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica que aborda o contexto de gestantes acompanhadas em Unidades Básica de Saúde (UBS) pelo Sistema Unificado de Saúde (SUS) no Brasil que reúne, inclusive, seus aspectos socioeconômicos, fundamentando o estudo para uma análise observacional ocorrida através de artigos científicos, teses e revistas.

A pesquisa tem como objetivo geral identificar um perfil socioeconômico entre as gestantes adeptas ao pré-natal nas UBS para se refletir sobre melhorias nas estratégias de atendimento e na criação de novas intervenções efetivas.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA GESTANTE

O Ministério da Saúde (MS) em 1984, atendendo a uma série de

reivindicações, criou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM). Esse programa incorporou propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços públicos, voltados à saúde da mulher como consultas ginecológicas, pré-natal, parto, puerpério e outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. O PAISM teve como objetivo maior atender a mulher em todas as fases da vida, especialmente na assistência pré-natal (BRASIL, 1984).

No ano 2000, foi lançado um manual técnico como referencial para organização da rede assistencial, capacitação de profissionais e normatização para práticas assistenciais do acompanhamento ao pré-natal. Outra política pública que marcou o desenvolvimento da atenção ao pré-natal, foi a criação e implantação do programa de saúde da família, hoje denominado como estratégia de saúde da família (ESF). Essa estratégia propõe que a assistência pré-natal ocorra nas unidades básicas de saúde sendo esta considerada como a principal porta de entrada da população ao sistema único de saúde (BRASIL, 2013).

O início do pré-natal se deu no século XX, onde a saúde da mulher e do conceito era fator preocupante, pois até então as taxas de mortalidade materna e infantil eram altas. Assim, a finalidade do pré-natal era reduzir essas taxas (GALLETA, 2011).

O Ministério da Saúde estabeleceu o Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento, através da Portaria n.º 569/ GM, de 1º de junho de 2000. Nesta portaria estão colocados os princípios e diretrizes para a construção desse programa, que ditam os direitos da gestante como: acompanhamento pré-natal, escolha da maternidade, onde ser atendida no parto, atendimento humanizado no parto e puerpério além da adequada assistência neonatal ao recém-nascido. Além de responsabilizar as autoridades sanitárias no âmbito municipal, estadual e federal pela garantia destes direitos e tornando maior o objetivo de oferecer um atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2000).

Segundo Loiola (2014), a gravidez, o nascimento e o parto dos seres humanos sempre foram momentos em que havia uma grande mobilidade pessoal e social, sempre cercados de tabus, rituais, preconceitos e pelo fato de estarem relacionados ao ato de continuar a vida de outra pessoa, era motivo de

encantamento. Na antiguidade era muito comum os partos serem realizados por curandeiras, parteiras ou feiticeiras ocorrendo desta forma por séculos. Somente a partir da Idade Média que homens passaram a realizar partos, pois até então isso era uma atividade privativa das mulheres. Diferentemente dos dias atuais, naquele período não havia pré-natal e somente no século XX se deu o início de práticas que tinham como objetivo o bem-estar de mãe e do filho, onde os médicos realizavam algumas visitas domiciliares para realizar o acompanhamento da gestante e do bebê ainda no ventre.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a assistência pré-natal é o primeiro passo para um parto e nascimento saudável. Através dele se faz a promoção e a manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento, além de trazer informação e orientação sobre a evolução da gestação e do trabalho de parto à parturiente. Participando do programa, a gestante terá aumentada a possibilidade de ter uma gestação mais saudável e tranquila. Um dos principais objetivos do pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, quando ela passa por um período de grandes mudanças físicas e emocionais, além de dar assistência em todas as suas necessidades. Deve-se lembrar de que este período é vivenciado por cada mulher de forma distinta.

A atuação do enfermeiro na consulta de pré-natal é vasta, possibilitando a realização de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da mulher de forma holística. A consulta de enfermagem na rede básica de saúde é realizada de acordo com o roteiro estabelecido pelo Ministério da Saúde. Nesta consulta o enfermeiro solicita os exames complementares, vacinação, realiza anamnese abordando aspectos epidemiológicos, além de antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos, obstétricos e a situação da atual gravidez. O exame físico deve ser completo constando avaliação de cabeça, pescoço, tórax, abdômen, membros superiores e inferiores e inspeção da mucosa, seguidos por exame obstétrico e ginecológico (RIOS e VIERA 2007).

O Ministério da Saúde visando atender a agenda de desenvolvimento 2030 estipulada pelo Brasil junto à Organização das Nações Unidas (ONU) e mais 179 países em 2015; e para dar continuidade às ações de desenvolvimento sustentável, apropriou-se de vários compromissos, entre eles, a diminuição da mortalidade materna para 30/100 mil nascidos vivos até 2030.

Dessa maneira, no Brasil, a atenção pré-natal tem o objetivo de ratificar que a gestação tenha uma evolução saudável com um baixo impacto negativo na saúde infantil e materna com atividades educativas, preventivas e psicossociais (CRUZ, 2019).

Para se ter uma assistência de qualidade é necessário um ambiente apropriado para a realização dos procedimentos. Os projetos de arquitetura para estabelecimentos de saúde sejam eles públicos ou privados precisam ser avaliados e aprovados pelas vigilâncias sanitárias estaduais ou municipais antes de iniciar a obra a que se trata os projetos, sendo acompanhadas de forma periódica para avaliação e revisão dos pontos falhos. A RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 surgiu no intuito de reparar essas falhas, levando em consideração a necessidade de adotar no país, um instrumento que guie as novas construções, reformas, ampliações, instalações e funcionamento de estabelecimentos assistenciais de saúde que respeite aos princípios de acessibilidade e qualidade da assistência ofertadas à população (SOARES *et al.*, 2010).

É necessário reconhecer que ainda há lacunas a serem preenchidas para disponibilizar uma assistência segura e com maior qualidade, tais como o déficit de investimento em políticas públicas direcionadas à saúde da mulher, a falta de preparação e engajamento de alguns profissionais da rede, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, serviço de referência e contrarreferência de forma adequada estruturado de modo a ser mais eficaz e atuante, dentre outras (OLIVEIRA, 2018).

Em seu estudo Dotto *et al.* (2006) entrevistaram enfermeiras que trabalhavam quase que exclusivamente na realização de exame pré-natal, onde os números de consultas variavam de 50 a 250 consultas por mês, dependendo da região de abrangência da unidade básica de saúde. Foi relatado também que algumas enfermeiras realizavam de 60 a 80 consultas por mês, onde algumas citaram que não tem dificuldades em realizar os procedimentos, em contrapartida, foi relatado por outras profissionais as dificuldades em identificar os fatores de risco, correspondendo a 72% das entrevistadas. As atividades como, solicitar exames laboratoriais, realização de colpocitologia oncológica, exame físico específico gineco-obstétrico e as

medicações que a enfermeira pode prescrever também foram mencionados entre as dificuldades.

Enfermeiros que prestam assistência pré-natal relatam que a assistência deve ser humanizada para que as gestantes se sintam seguras durante o atendimento, pois favorece o vínculo a ser criado durante o período gravídico e puerperal. Porém destacam-se outros aspectos associados às estruturas físicas que não favorecem tal atendimento, assim como a falta de equipamentos que facilitam a investigação clínica, onde muitas das vezes os clientes reclamam da climatização do ambiente, gerando insatisfação (LEAL et al., 2018).

O ambiente na qual a equipe de saúde está situada também é tido como um condicionante para o aumento das dificuldades, sendo comum a utilização de casas com difícil acesso, a carência de informação por parte da população, e outros. Todos os membros da equipe de saúde doam o seu máximo para fazer com que a assistência oferecida seja de qualidade para todas as gestantes, gerando sobrecarga de atividades, por isso é importante que haja uma motivação também para os profissionais, que mesmo com as dificuldades, não desistem de realizar suas atribuições (NUNES, 2011).

PERFIL SOCIOECONÔMICO E SAÚDE MATERNA

A mortalidade materna é todo óbito que ocorre durante a gestação, parto ou 42 dias após o seu término, inobstante da localização ou da duração da gravidez, decorrida de qualquer causa ligada ao agravo da gestação, com exceção de fatores incidentais ou acidentais, sendo categorizados conforme suas causas originárias em causas obstétricas diretas ou indiretas (ARRUDA et.al., 2020).

O óbito materno por causa direta, é definido como o episódio de óbito por complicações durante a gravidez, parto ou puerpério decorrente de intervenções incorretas, omissões ou uma cadeia de acontecimentos derivados de qualquer uma dessas razões. Como por exemplo, gravidez ectópica, mola hidatiforme e aborto e as complicações destes agravos (infecções, hemorragias), hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclampsia, tromboses, infecções por outras causas, diabetes mellitus gestacional, ruptura prematura

de membranas, descolamento prematuro de placenta, hemorragias, obstrução do trabalho de parto, ruptura de útero, complicações pulmonares ou cardíacas devido ao trabalho de parto, complicações da anestesia, infecção puerperal, neoplasia de placenta, transtornos mentais associados ao puerpério, osteomalácia puerperal (ARRUDA et.al., 2020).

Algumas patologias que contribuem para o óbito materno são a eclampsia, infecção puerperal, hipertensão gestacional sem proteinúria significativa, falha na tentativa de aborto, gravidez ectópica, hemorragia pós-parto, distúrbios hipertensivos pré-existentes com proteinúria superposta, infecções do trato geniturinário, outros transtornos maternos relacionados predominantemente à gravidez. Patologias pré-existentes da mãe podem acarretar complicações gestacionais, durante parto e puerpério, morte obstétrica por causa não identificada, complicações não identificadas, anormalidades na contração uterina e outras complicações no trabalho de parto e parto. (ARRUDA et.al., 2020).

As causas mais comuns dos óbitos maternos no Brasil, nos anos de 2000 a 2009 foram: outras doenças da mãe que complicaram a gravidez, o parto e o puerpério (17,10%); eclampsia (11,88%); hipertensão gestacional com proteinúria significativa (6,22%); hemorragia pós-parto (5,86%); infecção puerperal (5,18%); descolamento prematuro de placenta (4,28%). Na contemporaneidade o Ministério da Saúde do Brasil cita que as principais causas da mortalidade materna são a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto (MARTINS, 2018 apud ARRUDA et.al., 2020).

Sabe-se que a consulta de pré-natal é imprescindível para evitar as complicações e as orientações juntamente com os cuidados prestados durante o período pré-natal precisam ser seguidos por todas as gestantes. É possível perceber a necessidade de ampliação de políticas públicas que reforcem a necessidade do acompanhamento de um profissional de saúde desde o início da gestação. Campanhas educacionais que disseminem a importância da escolaridade para a formação do cidadão também devem ser mais propagadas, em especial entre o público mais jovem, para que a gestação não se torne um obstáculo para essas gestantes, em que muitas vezes acabam evadindo das escolas por alegarem dificuldades de conseguir conciliar a maternidade com os estudos (MENEZES et al., 2021).

A distribuição do perfil de emprego das gestantes também influencia na não-adesão do acompanhamento pré-natal, visto que 59% possuem atividades não remuneradas (MENEZES *et al.*, 2021). Nesse contexto, verifica-se que a minoria das pacientes possui uma fonte de renda, podendo ser de vínculo formal ou informal, assim como constata-se que a minoria possui Ensino Superior (completo ou incompleto), somando 7,3%. Consequentemente, a baixa escolaridade e a ausência de atividade remunerada impactam de forma negativa na assistência pré-natal, variando de acordo com o município estudado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa evidenciou a importância do acompanhamento gestacional por profissionais da rede de saúde, da essencialidade do pré-natal para as gestantes e também nas implicações em decorrência da falta dessa assistência. Dentro dessa perspectiva, podemos citar alguns entendimentos sobre as razões dessa ausência, tendo em vias principais a falta de renda e de instrução educacional da mulher e consequentemente da sua colocação no mercado de trabalho, construindo uma série de barreiras que dificultam a procura ao programa e até de entendimento sobre seus benefícios.

O estudo também proporciona uma relação das principais patologias associadas ao período gestacional e os riscos atribuídos a essas intercorrências, sendo passíveis de serem evitadas através do adequado acompanhamento médico cujo objetivo é de preservar a saúde da gestante e da criança, tendo o pré-natal como o principal meio de combate à mortalidade materna no Brasil.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) possuem amparo multidisciplinar às gestantes do país, no entanto, ainda há descompasso na procura do atendimento. A disseminação de informações educacionais sobre as doenças, sobre os riscos e sobre as medidas que são necessárias para evitá-los podem ser intensificadas e se tornarem mais frequentes em locais desfavoráveis à educação, com a finalidade de instruir a população sobre a proposta do programa e incentivar a busca do atendimento na Atenção Primária.

Dessa forma, portanto, ações do Poder Público e autoridades competentes fazem-se necessárias para a emancipação do gênero feminino no

alcance de métodos de conscientização melhorados, como o aumento da inserção de mulheres ao ambiente educacional e aos programas de geração de trabalho e renda da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Além disso, evidencia-se o papel dos profissionais de saúde no ensino a esse público quanto aos seus direitos e deveres em saúde, atuando de forma profunda na prevenção e, assim, promovendo a saúde das gestantes e neonatos.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, Rayane da Silva; FRANÇA, Alba Maria Bonfim de; SILVA, Flávia da; SANTOS, Gilmara Salustiano; SANTOS, Clarice Isabel Rosa dos; SILVA, Silmara Inocêncio Silvino da; Lima, Valesca Tibúcio. Patologias no período gravídico-puerperal com desfecho para óbito materno. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n.4, p.16994 -17003 Apr. 2020. ISSN 2525-8761. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/8379>. Acesso em 28 de setembro de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual técnico de gestação de baixo risco. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: Editora do ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 569/GM, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>>. Acesso em 28 de setembro de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Brasília; 1984. Disponível em: http://www.saudemulherdf.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=9< id=9. Acesso em 28 de setembro de 2021.

CRUZ, Alessandra de Lima. Importância da atenção pré-natal na prevenção de complicações na gestação: revisão integrativa. **Universidade Católica do Salvador**. Salvador, 2019. Disponível em: <http://ri.ucsal.br:8080/jspui/bitstream/prefix/940/1/TCCALESSANDRACRUZ.pdf>. Acesso em 28 de setembro de 2021.

DOTTO, Leila Maria Geromel; MOULLIN, Nelly Mendonça; MAMEDE, Marli Vilela. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.14, n.5, Ribeirão Preto, set/out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692006000500007&script=sci_arttext&tlang=pt>. Acesso em 28 de setembro de 2021.

GALLETA, M. A. A. A importância do pré-natal. **Copyright clube do bebê.** Web design by Microted, 2011. Disponível em: <http://www.clubedobebé.com.br/>.

LEAL, Natália de Jesus; BARREIRO, Maria do Socorro Claudino; MENDES, Rosemar Barbosa; CARTAXO, Carla Kalline. Assistência ao pré-natal: depoimento de enfermeiras. **Rev Fund Care Online.** 2018 jan./mar.; 10(1):113-122. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v10i1.113-122>. Disponível em: <http://www.index-f.com/pesquisa/2018pdf/101113.pdf>. Acesso em 28 de setembro de 2021.

LOIOLA, Hermaiza Angélica do Bonfim. Importância da assistência pré-natal de enfermagem na saúde materna e do lactente. **Trabalho de Conclusão de Curso.** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis – SC. 2014. 20f. Acesso em 28 de setembro de 2021.

MENEZES, Lorena Oliveira; FLORIANO, Teresa Virgínia Neves; LOPES, Izailza Matos Dantas. Impacto do perfil socioeconômico de gestantes e parceiros na avaliação da qualidade do pré-natal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.13, n.1, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5686/3859>. Acesso em 28 de setembro de 2021.

NUNES, Helaine Aparecida de Faria. Assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia de saúde da família e seus desafios – uma revisão de literatura. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Coromandel, 2011. 32f. **Monografia.** (Especialização em Saúde da Família). Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Assistencia_ao_pre_natal_de_baixo_risco_na_estrategia_de_saude_da_familia_e_seus_desafios__uma_revisao_de_literatura/459. Acesso em 28 de setembro de 2021.

OLIVEIRA, Adilza dos Santos. O papel do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Especialização em Saúde da Família). Instituto de Educação à Distância, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2018. Disponível em: <http://www.repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1083/1/2018_mono_adilzaoliveira.pdf>. Acesso em 28 de setembro de 2021.

RIOS, Cláudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v.12, n.2, p.477-486, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200024&script=sci_abstract&tlang=pt. Acesso em 28 de setembro de 2021.

SOARES, Adélia da Conceição; OLIVEIRA, Ana Carolina Bárbara de;
OLIVEIRA, Virgínia Junqueira. Pré-natal de baixo risco como atividade do
enfermeiro: implicações para sua implementação segundo os enfermeiros que
atuam no município de Pará de Minas – MG. **SynTesis Revista Digital**
FAPAM, Pará de Minas, v.2, n.2, p.144-157, 2010. Disponível em:
<https://periodicos.fapam.edu.br/index.php/synthesis/article/view/41>. Acesso em
28 de setembro de 2021.

**Capítulo
23**

IMPACTO DA AUSÊNCIA DE UTI NEONATAL EM HOSPITAL MATERNIDADE

Karoline Conceição Cruz Pereira¹; Nildilene Costa Marques¹;
Raimunda Aguiar Santos¹; Brenda Steffane Viana Vasconcelos²;
Antonio da Costa Cardoso Neto³; Íthalo da Silva Castro⁴;
Bruna Cruz Magalhães⁵; Alfredo José de Paula Barbosa⁶

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia-FSL; ² Especialista em Docência em Ciências da Saúde e Cardiologia e Hemodinâmica pelo Instituto Brasileiro de Formação, UNIBF. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão – UEMA. Docente da Faculdade Santa Luzia; ³ Doutor em Saúde Coletiva pela UFMA , Ph.D em Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, UCES, Argentina. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia – FSL; ⁴ Doutorando pelo Programa de Pós-graduação em Zoologia pelo Museu Paraense Emílio Goeldi. Mestre em Zoologia pela Universidade Federal do Pará. Especialista em Gerenciamento de Recursos Ambientais pelo Instituto Federal do Piauí Graduado em Ciências Biológicas pela UFPI. Docente da Faculdade Santa Luzia ⁵ Mestre em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁶ Mestre em Ciência e Tecnologia da Computação pela Universidade Federal de Itajubá, desenvolvendo o Algoritmo de Busca Gravitacional com a Constante Gravitacional Normalizada. Engenheiro da Computação. Professor e Chefe do Departamento de Engenharia e Computação da Faculdade Santa Luzia.

RESUMO:

O nascimento prematuro ou alguns problemas significativos de saúde no período perinatal, podem predispor o recém-nascido a um tratamento específico e, às vezes, longas internações em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), para cuidados mais especializados. A falta de UTI em maternidades pode trazer prejuízos para a vida do bebê podendo até resultar em óbito. O presente trabalho tem como objetivo Identificar o impacto da ausência de UTI neonatal nas maternidades, Conhecendo as dificuldades decorrentes da ausência de UTI neonatal nas maternidades, verificar as condições que minimizem os danos da ausência de UTIN e analisar a percepção das mães cujos filhos necessitam de cuidados integrais. Trata-se de uma revisão de literatura, de caráter integrativo e abordagem qualitativa, com uma amostragem de quatorze artigos científicos. A coleta de dados para a revisão bibliográfica foi realizada entre junho e dezembro de 2021. No desenvolvimento desse trabalho será possível perceber que a falta de UTI em maternidades pode trazer prejuízos para a vida do bebê podendo até resultar em óbito. Concluindo que fatores diretamente ligados à saúde materno fetal podem impossibilitar um parto e nascimento saudável. A grande fragilidade do neonato o leva a adquirir patologias indesejadas, podendo aumentar o risco de morte nesses pacientes, com isso o sofrimento de toda a família, inclusive dos

pais, revelando a necessidade da implantação de unidades de terapia intensiva para cuidados especializados.

Palavras-chave: UTI neonatal; Maternidade; Saúde do RN

INTRODUÇÃO

O recém-nascido (RN) é considerado prematuro quando nasce antes de se completarem 37 semanas de gestação. A prematuridade é subdividida conforme a duração da gestação. Assim, bebês que nascem: entre 34 e 36 semanas incompletas são chamados de pré-termos tardios. Entre 30 e 33 semanas incompletas são considerados prematuros moderados. Com menos de 30 semanas incompletas são prematuros extremos. O peso de um bebê ao nascer tem íntima relação com a duração da gestação. Ocorre grande aumento de peso no último trimestre da gravidez, ou seja, entre a 28^a semana (nesta idade, o peso do feto, em geral, oscila de 1.100 a 1.500 g) e a 38^a semana, quando começa a haver uma leve desaceleração do crescimento fetal (HOLANDA *et al.*, 2020).

Desse modo, o enfermeiro tem responsabilidade de cuidar diariamente e intensamente do RN, esclarecendo dúvidas e orientando os pais sobre o olhar para com o neonato. O enfermeiro é responsável por promover a adaptação do RN ao meio externo tais como: manutenção do equilíbrio térmico adequado, umidade, luz, som e estímulo cutâneo; observar o quadro clínico; monitorar os sinais e o desenvolvimento do tratamento desses RN; tentar atender às necessidades do mesmo; elaborar e manter um plano educacional; coordenar a intervenção de enfermagem ao RN e a mãe e supervisionar os cuidados de saúde prestados entre outras atividades (RIBEIRO *et al.*, 2016).

O nascimento prematuro e a hospitalização na UTIN têm impacto negativo nas interações entre pais e filhos, o que, por sua vez, está associado a sequelas adversas no desenvolvimento a longo prazo. Interações individuais centradas na família (avaliações, apoio e orientações de desenvolvimento baseados na família) têm sido associadas à redução do estresse dos pais e às interações mais positivas entre pais e filhos. As políticas da UTIN centradas na família incluem acolhimento dos familiares

24 h/dia, promoção da participação da família no cuidado do neonato, criação de conselhos consultivos de pais, implementação de grupos de apoio aos pais e disposição de áreas confortáveis de alojamento conjunto para os pais (RODRIGUES, LIMA, 2013).

Os pais de bebês pré-termo relatam sentir-se assustados e sozinhos após a alta da UTI, mesmo quando enviados para casa com o apoio de uma enfermeira e de especialistas em intervenção precoce. Muitas comunidades dispõem de grupos de apoio para pais de nuelo pré-termo, projetados para fornecer apoio emocional e educacional a longo prazo (CLOHERIY *et al.*, 2021).

Para os pais, a internação do filho na UTIN proporciona inúmeros sentimentos, pois a chegada do bebê é diferente daquela que eles haviam idealizado durante a gestação, gerando na família, especialmente nas mães, sentimentos ambivalentes agregados a um intenso sofrimento emocional pelo medo da perda do filho como desapontamento, insegurança, aflição, angústia, estresse, incapacidade, tristeza e culpa (RODRIGUES, LIMA, 2013).

Os sentimentos de tristeza, desapontamento e frustração decorrem da necessidade de separação da diáde mãe-filho, havendo a interrupção da formação devínculo e apego, que deveriam ser construídos nos primeiros momentos de vida do bebê, além do cuidado que deixa de ser de responsabilidade dos profissionais de saúde (EXEQUIEL *et al.*, 2019).

Este trabalho apresenta como foco principal Identificar o impacto da ausência de UTI neonatal, Conhecendo as dificuldades decorrentes da ausência de UTI neonatal nas maternidades, verificar as condições que minimizem os danos da ausência de UTIN e analisar a percepção das mães cujos filhos necessitam de cuidados integrativos.

METODOLOGIA

Esta revisão de literatura, tem caráter integrativa e abordagem qualitativa, elaborada mediante análise de artigos indexados, encontrados por meio de descritores como:UTI neonatal,maternidade e saúde do RN, nas bases de dados BDENF, CAPS e GOOGLE ACADÊMICO. Através da busca foram

encontrados somente desesseis artigos, desta forma, a partir da leitura dos títulos, resumos na íntegra, foram utilizados artigos pela sua especificidade e periodicidade, selecionando quatorze artigos para construção desta revisão de literatura integrativa. A pesquisa foi realizada no período de junho a dezembro de 2021.

ASSISTENCIA NA UTI NEONATAL

O momento da chegada de um bebê é crucial e exige cuidados minuciosos. A necessidade do tratamento de RN's (recém-nascidos) em condições clínicas mais delicadas torna a tarefa dos profissionais de saúde, em especial dos intensivistas, hercúlea (SILVA *et al.*,2020b).

A unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), é uma ala hospitalar especializada, destinada a recém-nascidos prematuros, com baixo peso, malformações de sistemas como, cardiovascular, respiratórios, gastrointestinais neurológicos, entre outros, que, venham a colocar em risco a vida do recém-nascido¹. A UTIN possibilita maiores chances de sobrevivência, com acompanhamentos intensivo de vários profissionais da saúde e uso de tecnologias avançadas de zero a 28 dias de vida período na qual o recém-nascido apresenta maior vulnerabilidade, segundo Scielo Cuidados do recém-nascido em UTIN: convivendo com fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade, artigo publicado em 2012 (SILVA *et al.*,2020b).

O período neonatal, pode-se dizer que é uma fase compreendida entre o nascimento do RN (Recém-Nascido) é 28 dias de vida e aparentemente quando apresenta alguma deficiência ou patologia, seja por prematuridade ou peso abaixo da média. Esses RN's (Recém-Nascidos) devem ter um atendimento específico e prioritário no ambiente da UTI Neonatal. E esse atendimento deve ser de extrema importância para a qualidade à sua condição de saúde. Para garantir uma melhoria à sua patologia, contando com ajuda de terapias e medicações (SILVA *et al.*,2020b).

Ao serem planejadas a estrutura e a organização da UTIN, devem ser levados em conta os avanços tecnológicos disponíveis para o cuidado

do recém-nascido prematuro e a termo enfermo, isto é, de alto risco. O enfoque do cuidado do neonato na UTI neonatal há muitos anos tem sido voltado para intervenções que promovam a estabilização fisiológica do bebê, sem considerar o desenvolvimento cerebral que ainda está em processo, principalmente nos prematuros extremos. O ruído constante e súbito, bem como a iluminação intensa do ambiente, os procedimentos dolorosos e o estresse, entre outros fatores, não favorece o desenvolvimento cerebral, ocular e auditivo desses neonatos (TAMEZ,2017).

Percebe-se que a internação na UTIN e os diversos procedimentos e manuseios realizados no cuidado ao neonato o expõem a muitos riscos para lesões de pele e infecções, contribuindo consideravelmente para o aumento da morbimortalidade desta população. Destacam-se, neste cenário, as lesões por pressão, cisalhamento, lacerações, traumas, queimaduras, irritantes químicos, extravasamento de drogas, incontinência e infecções, como as que ocorrem mais frequentemente (GIRÃO *et al.*,2021).

Alguns RN precisam de assistência especializada em razão das condições clínicas, como prematuridade, malformações, asfixia perinatal, infecções congênitas entre outras. Assim sendo, necessitam de um ambiente apropriado, com recursos tecnológicos e humanos adequados, para garantir o tratamento e restabelecimento, pois o RN prematuro podem necessitar de permanência na hospitalização para que se adapte ao ambiente extrauterino de forma independente (RIBEIRO *et al.*, 2016).

O PARTO PRÉ-MATURO

O parto prematuro (PPT) é a ocorrência do nascimento antes do termo, ou seja,abaixo de 37 semanas de gestação, ou entre 140 e 257 dias após o primeiro dia da última menstruação, independente do peso ao nascer, podendo ser classificado em prematuridade extrema, quando o nascimento ocorre antes da 28^a semana de gestação, prematuridade acentuada, quando ocorre entre a 28^a e 32^a semana de gestação e prematuridade moderada, entre a 32^a e 37^a semana (BERGER *et al.*,2016).

O útero apresenta contrações durante toda a gestação – são as contrações de baixa amplitude conhecidas como contrações de Braxton Hicks. No último trimestre da gestação, as contrações de Braxton Hicks se tornam cada vez mais frequentes e podem ser confundidas com contrações de trabalho de parto. No entanto, as contrações de Braxton Hicks não indicam trabalho de parto e não aumentam o risco de parto prematuro. Elas ocorrem de modo mais espaçado e não são acompanhadas de sangramento, dor ou corrimento genital. Normalmente, melhoram quando a gestante fica em repouso (DEUTSCH; DORNAUS; WAKSMAN, 2013).

O parto prematuro tem sido associado com vários fatores, tais como o antecedente de parto prematuro, a anemia, os altos níveis de catecolaminas na urinamaterna, o consumo de tabaco, a ruptura prematura de membranas (RPM), a hipertensão arterial (HTA), o sangramento transvaginal, o intervalo Inter gestacional ≤ 1 ano, a infecção do trato urinário (ITU), a ausência do controle pré-natal, o controle pré-natal inadequado, a idade materna inferior a 20 anos, a idade materna superior a 35 anos, o oligoidrâmnio, o antecedente de aborto induzido, a pré-eclâmpsia, a gravidez gemelar, a idade materna avançada (BARRIOS; ALVARADO, 2016).

As consequências da prematuridade representam grave problema de saúde pública. As complicações neonatais mais comuns incluem síndrome da angústia respiratória (SAR), hemorragia intracraniana, enterocolite necrosante e morte neonatal. Tais intercorrências são mais frequentes em idades gestacionais inferiores a 32 semanas, tornando-se críticas abaixo de 28 semanas (BITTAR, 2018).

O parto prematuro tem sido associado com vários fatores, tais como o antecedente de parto prematuro, a anemia, os altos níveis de catecolaminas na urinamaterna, o consumo de tabaco, a ruptura prematura de membranas (RPM), a hipertensão arterial (HTA), o sangramento transvaginal(5), o intervalo Inter gestacional ≤ 1 ano, a infecção do trato urinário (ITU), a ausência do controle pré-natal, o controle pré-natal inadequado, a idade materna inferior a 20 anos, a idade materna superior a

35 anos, o oligoidrâmnio, o antecedente de aborto induzido, a pré-eclâmpsia, agravidez gemelar, a idade materna avançada (BITTAR, 2018).

CUIDADOS COM O BEBÊ PREMATURO

O recém-nascido é considerado prematuro ou pré-termo (RNPT) quando nasceantes de completar 37 semanas no interior do útero materno. As diferenças em relação ao recém-nascido a termo vão além das medidas de peso e comprimento; o prematuro apresenta, no momento do nascimento, uma série de características físicas e neurológicas próprias da sua situação (DEUTSCH; DORNAUS; WAKSMAN, 2013).

Diante deste cenário, é de extrema importância a implantação de intervenções educativas em saúde inovadoras e participativas, visando ao preparo das mães para o cuidado e a alta hospitalar do prematuro. Destaca-se a necessidade de orientações dos pais quanto à manutenção da amamentação, acompanhamento ambulatorial e de puericultura, cuidados com a pele, estimulação neuropsicomotora e cuidados rotineiros de higiene, alimentação e segurança do bebê (ARAUJO *et al.*, 2018).

Portanto, a inclusão do prematuro egresso da terapia intensiva na sociedade representa um desafio, que passa por uma série de fatores relacionados com a saudamental, social e familiar. Nesse sentido, a família - e principalmente a mãe - deve ser considerada como agente ativo no processo de crescimento e desenvolvimento do filho prematuro desde o nascimento. Perante a prematuridade do filho, faz-se necessário que a mãe receba um suporte para conhecê-lo, de maneira que identifique suas competências, habilidades e respostas na interação com o meio. Desse modo, esse apoio pode ser ofertado por meio do cuidado materno, de forma a trazer a mãe ao centro do cuidado (ARAUJO *et al.*, 2018).

As práticas nutricionais variam entre as unidades de terapia intensiva neonatais, e o aporte nutricional muitas vezes não é iniciado precocemente, como recomendam as atuais pesquisas relacionadas com o assunto. Muitas vezes, a nutrição parenteral e a nutrição enteral são iniciadas após a 1^a semana de nascimento, o que traz consequências imediatas e a longo prazo para o neonato a termo ou prematuro tardio e

prematuro extremo. A justificativa para se ter cautela em iniciar a nutrição precoce baseia-se na grande preocupação dos neonatologistas com as consequências de um aporte nutricional agressivo e precoce, e na crença de que proteínas e aminoácidos não são bem tolerados pelo neonato pré-termo. No entanto, a falta desses nutrientes na 1^a semana de vida contribui para uma restrição docrescimento, afetando principalmente o desenvolvimento do cérebro (TAMEZ, 2017).

Segundo Batista (2015), dentro do contexto da importância do aleitamento materno ofertado ao RN prematuro, um profissional que exerce papel essencial é o enfermeiro, podendo atuar principalmente ressaltando para as mães os benefícios que a amamentação pode ocasionar na sua vida e na de seu filho, além de cessar dúvidas que possam existir referente ao assunto. Para isso, o enfermeiro precisa trabalhar a partir do olhar holístico, buscando identificar quais as dificuldades encontradas pelas mães durante a oferta da amamentação durante o período em que o RN se encontra na UTIN (SILVA, et al., 2020a).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das características da necessidade de uma UTI neonatal são os altos índices de morbimortalidade em uma maternidade. Isso corre pois existem fatores diretamente ligadas à saúde materno fetal que impossibilitam um parto e nascimento saudável. E devido à grande fragilidade do neonato e um maior risco para adquirir patologias indesejadas que muitas vezes trazem sequelas irreversíveis, podendo aumentar o risco de morte nesses pacientes, com isso o sofrimento de toda a família, inclusive dos pais, percebe-se a necessidade da implantação de unidades de terapia intensiva para cuidados.

A UTI Neonatal é um lugar de acolhimento aos prematuros e seus familiares que passam por uma fase complicada na vida, com isso dependem do apoio de todos os profissionais da saúde, visto que na UTI é uma assistência 24 horas, na qual os profissionais preparados estão em vigilância sempre.

Os estudos mostraram que os avanços na área de saúde têm cada dia mais reduzido os índices de morbidade e mortalidade aos recém-nascidos.

prematuros, que precisam de cuidados especiais e intensivos. Mostrando que há necessidade de implantação e UTI no setor da Neonatologia, assim como é necessária uma equipe especializada de enfermagem e totalmente treinada para trabalhar nesse setor.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Bárbara Bertolossi Marta et al. PRÁTICA SOCIAL DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO CUIDADO MATERNO AO PREMATURO NA UNIDADE NEONATAL. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 4, 2018. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/journal/714/71465344008/71465344008.pdf>. Acesso em: 22out. 2021.

BARRIOS, A. E. M.; ALVARADO, F. G.; Fatores de Risco para parto prematuro em um hospital. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v.24, 2016. Disponível hein : chrome extension://mhjfbmdgcfjbbpaeojfohoefgiehjai/index.htmlAcesso em : 22 out.2021.

BERGER, Z. A et al. PARTO PREMATURO : características das gestantes de uma população. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. V.16, n 4 ,p.437-445, Oct-Dec 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000400005>. Acesso em 22out.2021.

BITTAR, R. E. Parto pré-termo / Preterm birth. **Revista Medicina** ,São Paulo. V.97,n.2, p.195-207, mar-abr. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679- 9836.v97i2p195-207>.Acesso em : 22 out.2021.

CLOHERTY. *Manual de Neonatologia*. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2015.978-85-277-2735-8. Disponível em:
<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-2735-8/>. Acesso em: 21 nov. 2021.

DEUTSCH, Alice. D.; DORNAUS, Maria.Fernanda.P. S.; WAKSMAN, Renata. D. *O Bebê Prematuro: Tudo o que os Pais Precisam Saber*. [Digite o Local da Editora]: Editora Manole, 2013. . Disponível em:
<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520447697/>. Acesso em: 18 out. 2021.

EXEQUIEL, Nathalya Pereira; MILBRATH , Viviane Marten; GABATZ , Ruth Irmgard Bärtschi; VAZ , Jéssica Cardoso; HIRSCHMANN, Bárbara; HIRSCHMANN , Roberta. Vivências da família do neonato internado em unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 89, n.27, 2019.

GIRÃO, Samara Gomes Matos et al. Risco para lesões de pele em recém-nascidos em UTI neonatal. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. [1-13], 2021.

HOLANDA, Eliane Rolim et al. Intervenção educativa sobre aleitamento materno e cuidados domiciliares com o prematuro. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 11, p. 93568-93583, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/20775>. Acesso em: 22out. 2021

RIBEIRO , José Francisco; SILVA, Lorena Larissa Cavalcante da; SANTOS, Ireneide Lacerda dos; LUZ, Vera Lúcia Evangelista de Sousa; COËLHO , Danieli Maria Matias. O prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal: a assistência do enfermeiro. **Revista de enfermagem UFPE on line.**, Recife, v.10, n.10, p.3833-41, out., 2016.

RODRIGUES, Franciele Euzébio Martins; LIMA, Margarete Maria. **Enfrentamento da família durante a hospitalização em unidade de terapia intensiva neonatal/pediátrica**. 2013. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2013/10/franciele-euzebio-martinsrodrigues.Pdf>. Acesso em 15 dez. 2021

SILVA, Katia Idalinne Viana da; HOLANDA, Rose-Eloíse; CHAVES ,Anne Fayma Lopes; ALVES, Francisco Edson de Sousa. Aleitamento materno em recém-nascidos internados em uti neonatal: revisão de literatura, **Rev. Expr. Catól. Saúde**; v. 5, n. 2; Jul-Dez; 2020a.

SILVA, S. R. P. et al. Assistência de enfermagem na UTI neonatal: dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros e prejuízos causados aos recém-nascidos. **BrazilianJournal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 11817-11826 set./out. 2020b. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/download/16189/13257> Acesso em: 17 out. 2021.

TAMEZ, N.. R. Enfermagem na UTI Neonatal - **Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco**, 6^a edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527732567/>. Acesso em: 17 out. 2021.

Capítulo

24

VULNERABILIDADE DOS ADOLESCÊNTES NO ÂMBITO FAMILIAR E SOCIAL: FATORES ASSOCIADOS A VULNERABILIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Nildilene Costa Marques¹; Raimunda Aguiar Santos¹; Davyson Vieira Almada²;
Antonio Cardoso da Costa Neto³; Luis Martins Machado⁴;
Bruna Cruz Magalhães⁵; Thiessa Maramaldo de Almeida Oliveira⁶;
Gracilene Oliveira da Silva⁷

¹Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ²Especialista em Farmácia Hospitalar pelo Instituto Brasil de Pós-Graduação. Coordenador do Curso de Farmácia da Faculdade Santa Luzia; ³Doutor em Saúde Coletiva pela UFMA, Ph.D em Saúde Pública pela Universidade de Ciências Empresariales y Sociales, UCES, Buenos/Aires Argentina. Graduado em Enfermagem – UNICEUMA, Graduado em Pedagogia – UEMA. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁴Doutorando em Direito Constitucional UBA – Buenos Aires Argentina; Especialista em Direito Tributário e em Administração Escolar; Graduado em Ciência Contábeis e em Direito. Docente e Diretor da Faculdade Santa Luzia; ⁵Mestre em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁶Doutora em Ciências: Química Analítica e Inorgânica pela Universidade de São Paulo - USP. Docente da Faculdade Santa Luzia; ⁷Especialista em Terapia Intensiva e Suporte Ventilatório - FACREDENTOR. Docente da Faculdade Santa Luzia – FSL.

RESUMO:

A noção de vulnerabilidade procura particularizar as diferentes situações dos sujeitos em três planos analíticos, ou seja, a vulnerabilidade individual, social e programática. O objetivo dessa pesquisa é descrever os fatores associados a vulnerabilidade na adolescência no âmbito familiar e social. A metodologia usada tratar-se de um estudo bibliográfico de caráter exploratório de obras e periódicos virtuais. O trabalho relata que a vulnerabilidade individual está relacionada aos aspectos que dependem diretamente das ações individuais, configurando o comportamento e as atitudes do sujeito, a partir de um determinado grau de consciência que ele manifesta. Conclui-se o presente estudo chamando atenção das autoridades competentes e profissionais da área para os fatores que colaboraram para que o adolescente esteja em uma situação de vulnerabilidade social e familiar, portanto, se faz importante maior atenção e intervenções para a resoluibilidade destes casos.

Palavras-chave: Vulnerabilidade; Adolescência; Social.

INTRODUÇÃO

A noção de vulnerabilidade procura particularizar as diferentes situações dos sujeitos em três planos analíticos, ou seja, a vulnerabilidade individual,

social e programática. A vulnerabilidade individual está relacionada aos aspectos que dependem diretamente das ações individuais, configurando o comportamento e as atitudes do sujeito, a partir de um determinado grau de consciência que ele manifesta (SILVA *et al.*, 2014).

Ainda segundo SILVA *et al.* (2014), a vulnerabilidade social se caracteriza pelo contexto econômico, político e social, que dizem respeito à estrutura disponível de acesso a informações, financiamentos, serviços, bens culturais, liberdade de expressão, entre outros, e a vulnerabilidade programática se refere às ações comandadas pelo poder público, iniciativa privada e agências da sociedade civil, que visam ao enfrentamento das situações que causam vulnerabilidade, proposição de ações e destinação de recursos com esta finalidade

Será abordado e explicado fatores que contribuem para a gravidez na adolescência. Serão tecidas considerações a respeito das transformações psicológicas e físicas sofridas pelos adolescentes quando da passagem da fase da infância para adolescência. Durante a pesquisa buscará demonstrar que muitos adolescentes são vítimas de violência as vezes ocasionadas pelos próprios familiares.

A gravidez precoce tem consequências sérias para a vida das jovens e para o país. Segundo especialistas, além de riscos para a mãe e o bebê, a gestação precoce leva as jovens a enfrentar conflitos psicológicos e familiares, abandonar os estudos e ter maior dificuldade para se encaixar no mercado de trabalho (SENADO, 2017).

Também serão demonstradas consequências advindas da vulnerabilidade na adolescência que ocorre principalmente por estas serem desassistidas pelos seus responsáveis.

A visão que se pretende incutir na população é a ideia que os cuidados e atenção a ser dada para esse público deve ser tratadas como prioridade já que quando estão desassistidos, consequentemente estão em situação de maior vulnerabilidade para isso serão analisados diversos escritos a respeito desta polêmica e/ou problema.

Nesse impasse será demonstrado a forma como esse problema reflete de modo negativo na trajetória escolar desses adolescentes. Serão averiguadas se há políticas públicas voltadas ao enfrentamento desse problema, e em caso

de resposta positiva, saber se as medidas ora encontradas estão de fato alcançado os objetivos para a quais foram criadas.

Na oportunidade serão avaliadas possíveis consequências causadas com a inaplicabilidade da educação em saúde no âmbito familiar e social, as opiniões contrárias a exploração do tema em sala de aulas e mesmo no contexto familiar, bem como frisar o quanto o estudo desse tema se tornou fundamental para a formação do ser enquanto cidadão, mas que ainda carece ser bastante difundido.

A desinformação e a falta de orientação sexual na família e na escola trazem sérios problemas e riscos aos adolescentes que vão além da gravidez não planejada. A evasão escolar, a rejeição familiar, a não realização do pré-natal, o aborto em condições inseguras, o aborto espontâneo, a mortalidade materna e nascimento prematuro estão entre os problemas gerados (CONASS, 2020).

Ademais, o desconhecimento e a falta de acesso a métodos contraceptivos e a informações adequadas para a realização do planejamento reprodutivo impactam diretamente nos números elevados de gravidez na adolescência e juventude (BRASIL, 2019).

As alterações na vida social, econômica, afetiva e familiar, ocasionadas pela gravidez, interferem na qualidade de vida da adolescente e podem levar à interrupção de projetos de vida, pois limitam o acesso ao mercado de trabalho ou levam a jovem gestante a interromper os estudos, sobretudo quando há falta de apoio financeiro e afetivo pelo parceiro e pela família (DIAS *et al.*, 2010).

Nessas circunstâncias, a atuação das várias políticas públicas na promoção de ações de prevenção é imprescindível sobretudo quando considerados os diferentes contextos em que a gravidez ocorre na adolescência. Em virtude da fase da vida desses sujeitos, o ambiente escolar torna-se um espaço adequado para a promoção de ações de informação e prevenção, visto que é onde as/os adolescentes ficam parte significativa do seu tempo [...] (BRASIL, 2017).

A gravidez nessa fase subtrai da mãe a chance de passar cada fase da vida de maneira natural, tirando dela a oportunidade de amadurecer. Além

disso, é uma espécie de círculo vicioso da miséria, pois nem sempre a adolescente tem condições financeiras para cuidar da criança (ALESPE, 2011)

De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social (BRASIL, 2019) as gestações em adolescentes são em sua maioria indesejada, o que conduz o entendimento de que ocorram sob condições como: falta de apoio de redes familiares e comunitárias, desinformação, entre outras.

Apesar de ocorrer em diferentes grupos, os estudos demonstram que a gravidez na adolescência está relacionada a baixa renda, déficit de escolaridade e poucas perspectivas intelectuais, sociais e profissionais. Além da vulnerabilidade social, a saúde da jovem grávida também fica ameaçada (SENADO, 2017).

É irrelevante questionar se a gravidez precoce é ou não desejada pela mãe, pois os riscos são inerentes a própria condição de a grávida ser uma adolescente e não está inteiramente preparada fisicamente e psicologicamente para uma gestação, o que ocasiona ainda riscos de prematuridade, anemia, aborto espontâneo, eclampsia, depressão pós-parto, entre outros.

A gravidez na adolescência interrompe projetos de vida e pode causar prejuízos econômicos e sociais aos adolescentes que se tornam mães e pais de forma precoce, além de trazer riscos à saúde do bebê e da mulher (BRASIL, 2021).

Cabe ressaltar que o acompanhamento pré-natal tem efeito protetor sobre a saúde da gestante e do recém-nascido, uma vez que contribui para uma menor incidência de mortalidade materna, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal (MITSUIRO; CHALEM; LARANJEIRA, 2007). Citado por: (RAMIREZ, 2016).

Com efeito, o aumento dos casos de gravidez na adolescência tem sido apontado como um “problema social”, pois os jovens deveriam estar se preparando para a idade adulta, especialmente em relação aos estudos e melhor ingresso no mercado de trabalho. O fato da maioria destas gestações não serem planejadas e ocorrerem fora de uma relação conjugal estável, tende a agravar as condições socioeconômicas desta população, provocando preocupação e despertando a atenção da sociedade e dos serviços de saúde

na busca de novas formas de difundir os métodos contraceptivos (PANDIN et al., 2009). Citado por (PEREIRA 2019).

Um dos mais importantes fatores de prevenção é a educação. Educação sexual integrada e compreensiva faz parte da promoção do bem-estar de adolescentes e jovens ao realçar a importância do comportamento sexual responsável, o respeito pelo/a outro/a, a igualdade e equidade de gênero, assim como a proteção da gravidez inoportuna, a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis/HIV, a defesa contra violência sexual incestuosa, bem como outras violências e abusos (BVSMS, 2019).

Diante desse contexto o objetivo dessa pesquisa é descrever os fatores associados a vulnerabilidade na adolescência no âmbito familiar e social.

ADOLESCÊNCIA VERSUS VULNERABILIDADE

A palavra adolescência deriva do latim "adolecere", que significa "crescer". A Organização Mundial da Saúde define a adolescência como um período que vai dos 10 aos 19 anos de idade. Tal conceito é definido baseado na passagem dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual, agregado à evolução dos padrões psicológicos, a identificação do indivíduo, o qual evolui da fase infantil para a adulta, onde há passagem do estado de dependente total para o de independência relativa. (OYAMADA et al., 2014, p. 39).

Segundo Schenker e Cavalcante (2015), citado por Silva et al., (2015) a vulnerabilidade deve ser compreendida não somente por condições de desigualdade social ou falta de recursos materiais, mas também diversas modalidades de desvantagens enfrentadas por alguns grupos, como fragilização dos vínculos de pertencimento, violência, perda dos direitos fundamentais, alto índice de reprovação escolar, falta de perspectivas profissionais e de projetos para o futuro, inserção precoce ao mundo do trabalho, entre outros aspectos.

Os adolescentes são considerados grupo vulnerável e exposto a diferentes ameaças à saúde. A Vulnerabilidade envolve três considerações principais relativas ao indivíduo: falta de competência para proteger os próprios interesses; comprometimento da voluntariedade do consentimento; e

fragilidade da condição física e psicológica devido a idade (SANTOS *et al.*, 2017).

A adolescência é considerada um ciclo da vida humana de grandes mudanças e constantes transformações, (De Santana, *et al*, 2021b) [...], tais como, as transformações na personalidade, o desenvolvimento da cognição, as influências do estado emocional sobre o humor, os desejos sexuais, as mudanças corporais, dentre outras. Citado por (DOMINGOS; SANTANA; ZANATTA, 2021)

A idade faz das crianças e dos adolescentes um grupo particularmente vulnerável, devido à sua invisibilidade jurídica e elevado grau de dependência, tornando-se esse grupo muito submisso ao ambiente físico e social em que se encontra (SIMOES, 2016).

Segundo Audrey Azoulay diretora-geral, UNESCO (2019) [...] um número demasiado grande de jovens, ao fazer a transição da infância para a vida adulta, ainda recebe informações vagas, incompletas ou carregadas de juízos de valor que incidem sobre seu desenvolvimento físico, social e emocional. Esse preparo inadequado não somente exacerba a vulnerabilidade das crianças e dos adolescentes à exploração e a outros resultados nocivos, como também representa a falha das pessoas encarregadas de responsabilidades na sociedade em cumprir suas obrigações com uma geração inteira.

O primeiro contato com as drogas acontece principalmente na juventude. Isso porque esse é um momento em que ocorrem diversas mudanças relacionadas com o psicológico do adolescente, que se torna mais vulnerável e, por isso, pode ser considerado um grupo de risco (HOSPITAL SANTA MÔNICA, 2019).

O Relatório Mundial sobre Drogas 2021, aponta que, durante os últimos 24 anos, a potência da cannabis aumentou em até quatro vezes em algumas partes do mundo. Apesar de a porcentagem de adolescentes que perceberam a droga como prejudicial ter caído em até 40%, persistem evidências de que o uso da cannabis está associado a uma variedade de danos à saúde. Os mais afetados são os usuários regulares a longo prazo (UNODC, 2021).

Sendo a adolescência um importante período de transição, é marcado por complexas transformações biológicas, físicas, comportamentais e sociais, e

os comportamentos de alcoolização nessa fase da vida, resultam no encontro do jovem em desenvolvimento com uma substância de efeitos nocivos, em contexto situacional incentivador e promotor do consumo (BARROSO; MENDES; BARBOSA, 2009).

Adolescência é um período de risco, de maior vulnerabilidade para o início do uso de drogas. Existe uma série de estudos mostrando isso. Por conta dessa situação, é muito importante que o governo e a sociedade estejam atentos para as pessoas nessa condição. É importante frisar, também, que a imensa maioria dos usuários de drogas experimenta inicialmente essas substâncias, inicia o uso dessas substâncias, durante a adolescência (BRASIL, 2020).

Os principais fatores de risco são sociais, que têm de ser tratados pelo Estado – a miséria, a falta de emprego, a dificuldade de escolarização, renda mínima etc. (FEBRACT, 2017).

Nesse contexto, é muito importante que os pais entendam o seu importante papel no processo de prevenção ao uso de drogas por seus filhos (BRASIL 2020).

Além do uso de álcool e substâncias entorpecentes estes indivíduos estão sujeitos a atos de violência.

No tocante a vulnerabilidade, os primeiros estudos no contexto da saúde, foram de Mann et al. (1993), os quais definem a vulnerabilidade como a chance de exposição do ser humano ao adoecimento como consequência de um amontoado de aspectos não só individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento (SOUZA et al., 2021).

Crianças e adolescentes em situação de risco são aquelas que vivem situações de vulnerabilidade pessoal e social em vários contextos (nas ruas, em casa ou pela ausência ou ineficácia das políticas públicas). Alguns indicadores que ajudam a identificar contextos de risco são: a qualidade da assistência à saúde e da alimentação ou a escolaridade da população. Ou seja, dizem respeito a fatores que ameaçam os direitos estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Pode ocorrer por ação ou omissão da sociedade ou do Estado, por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável

e em razão da própria conduta da criança e do adolescente (ANDI, 2015). Citado por (MORESCHI, 2018).

O abandono escolar é outro risco que aumenta a vulnerabilidade social do adolescente. A baixa escolaridade somada a não frequência à escola repercute nas condições de inserção no mercado de trabalho e de superação da pobreza, agravada pela precocidade em que este grupo ingressa no mercado para complementar a renda familiar ou buscar seu próprio sustento (PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010).

A adolescência é uma fase cheia de conflitos da vida devido às transações lógicas e psicológicas vividas. É a fase em que surgem as curiosidades, os questionamentos, à vontade de conhecer, de experimentar o novo mesmo sabendo dos riscos, e um sentimento de ser capaz de tomar as suas próprias decisões (RIBEIRO, 2018).

Se o adolescente se sente invulnerável e onipotente, ele poderá adotar certas atitudes que criarião situações de exposição e risco [...] (BRASIL, 1990).

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM FATOR ASSOCIADO A CONDIÇÃO DE VULNERÁVEL DO ADOLESCENTE

A vulnerabilidade muitas vezes deixa o adolescente a mercê de uma gravidez precoce e por conseguinte, ocasiona riscos para vida da mãe e do feto.

Segundo Oyamada *et al.* (2014), a gravidez na adolescência pode causar complicações obstétricas, além de ser um fator agravante ou desencadeador de transtornos: psicológicos e sociais, hemorragia pós-parto e fistulas vesicovaginal, abortamento espontâneo, restrição de crescimento intrauterino, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, parto prematuro, sofrimento fetal agudo intraparto e parto por cesárea.

Abortamentos espontâneos, restrição de crescimento intrauterino, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, parto prematuro, sofrimento fetal e parto por cesárea. (OCHOA, 2018).

Oyamada *et al.* (2014), também relata que há grandes chances de o feto nascer prematuro, com baixo peso, com alguma anomalia ou com deficiência

mental. Podendo também ter algum transtorno durante o seu desenvolvimento, entre outros problemas que podem surgir.

Dentro do processo de crescimento e desenvolvimento humano, a adolescência é uma fase marcada por intensas transformações físicas e biológicas, que se associam a outras de âmbito social, emocional, cultural e psicológico, de forma que o corpo assume uma dimensão bastante significativa na vida da adolescente (MARTINEZ *et al.*, 2011).

Para muitos jovens que iniciam a vida sexual na adolescência, não compreendem que este acontecimento também representa a sua inserção mais intensa no grupo vulnerável às Infecções Sexualmente Transmitidas (ISTs), à gestação não planejada e ao aborto⁵. Por não perceberem os riscos da prática sexual insegura, alguns adolescentes vivenciam essa experiência sem se preocupar com as possíveis consequências negativas que este evento pode ocasiona (MARANHÃO, 2017).

A adolescência é um período de transição da vida que vai da puberdade à fase adulta e é onde ocorrem várias modificações físicas e biopsicossociais em cada indivíduo. A gravidez precoce pode trazer sérios problemas na vida de uma adolescente, desde complicações na gestação, parto e puerpério até problemas na vida pessoal e meio social (ALVES *et al.*, 2016).

A gravidez precoce traz consigo inúmeros efeitos negativos, como a perda de oportunidades educacionais, a perda de trabalho e a redução de uma perspectiva de vida feliz. Ocorrem também inúmeros efeitos psicológicos, que são associados a conflitos educacionais e emocionais que surgem durante o período da maternidade (DIAS; TEXEIRA, 2010).

O problema da gravidez na adolescência requer uma solução multifacetada. Deve incluir programa e políticas de orientação para empoderamento dos adolescentes do conhecimento necessário, das consequências decorrentes de seus atos e de suas responsabilidades em cada fase. [...] Portanto, é importante reconhecer que muitas meninas e jovens tornam-se sexualmente ativas e precisam de educação e informação para prevenir a gravidez e as DSTs. (MORESCHI, 2018).

Estudo de Takiutt (1986), citado por Diniz (2010), afirma ser a gravidez na adolescência um desafio social e não um problema só da adolescência, que em sua maioria, além de estar assustada com a gravidez, fica sozinha nessa

fase, porque às vezes pai e amigos e família se afastam, agridem, desencadeando ainda mais conflitos.

Além da gravidez precoce, outra questão preocupante é a vulnerabilidade dos adolescentes às ISTs (MARANHAO *et al.*, 2017).

A experiência da gravidez na adolescência potencializa as demandas psíquicas, emocionais e sociais e poderá trazer problemas tanto para a mãe, decorrente das vivências da adolescência, que somada às mudanças da própria gestação, traz consigo muitas dúvidas e inquietações, como para o bebê. Ter um filho traz consigo implicações e necessidades de reestruturação e reajuste pessoal e social que pode gerar ansiedade e outras questões psicoemocionais na vida da adolescente. A gravidez em si é um período na vida da mulher que se caracteriza por grandes modificações físicas, endócrinas, psíquicas e sociais (PICANÇO, 2015).

A gestação na adolescência se tornou um fenômeno que acontece em todos os níveis sociais, porém ocorre com maior frequência nos grupos menos favorecidos, e suas consequências podem ser mais negativas para os adolescentes com menor disponibilidade de recursos (DUARTE; PAMPLONA; RODRIGUES, 2018).

A posição da adolescente gestante, no contexto familiar, é redimensionada, na medida em que ela precisa desenvolver habilidades e assumir responsabilidades relacionadas ao cuidado do bebê e de si mesma. A família também passa a ter expectativas em relação ao seu desempenho como mãe e em relação ao seu futuro (DIAS; TEXEIRA, 2010).

No contexto familiar, a gestação na adolescência representa um problema a ser enfrentado que afeta não somente o adolescente, mas todo um contexto social e familiar que está inserido. E que a família representa neste momento a base para a organização ou mesmo desorganização desse processo pais-adolescentes (DUARTE; PAMPLONA; RODRIGUES, 2018).

A gravidez na adolescência passou a ser vista como uma situação de risco biopsicossocial, capaz de trazer consequências negativas não apenas para as adolescentes, mas para toda a sociedade. Tornou-se, por isso, um problema social e de saúde pública. De fato, atualmente, a literatura biomédica utiliza expressões como gravidez precoce, indesejada, não-planejada e de risco para descrever e enfatizar as consequências sociais e biológicas

negativas associadas ao fenômeno (Dias & Aquino, 2006; Gonçalves & Knauth, 2006; Pantoja, 2003). Citado por (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

ADOLESCÊNCIA NO CONTEXTO DE VULNERABILIDADE É UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A busca da identidade e do novo, a curiosidade, a onipotência e a contestação despertam no adolescente uma sensação de invulnerabilidade que associada a pouca experiência de vida e a fatores como falta de informação adequada, dificuldade de "administrar" esperas e adiar desejos, virtualidade do futuro, existência de um sistema educacional pobre e desestimulante para a individualização e capacitação à sociabilidade rica e a carência e baixa qualidade de serviços de saúde voltados para essa faixa etária fazem com que eles se tornem altamente vulneráveis (SILVA, *et al.*, 2014).

A educação integral em sexualidade desempenha um papel central na preparação de adolescentes e jovens para uma vida segura, produtiva e satisfatória, e é um componente importante de um conjunto de prevenção do HIV para jovens. A educação em sexualidade proporciona oportunidades para aprender e adquirir conhecimentos abrangentes, precisos, baseados em evidências e apropriada à idade sobre sexualidade e questões de saúde sexual e reprodutiva (UNAIDS, 2019).

Campanhas nacionais dirigidas para esse grupo sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e Aids; implementação de ações de saúde sexual e reprodutiva específicas para adolescentes, inclusive contracepção de emergência; inclusão do tema da educação sexual nas escolas, podem ser usados como fatores de proteção dos adolescentes e jovens. [...] (SANTOS, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da pesquisa desenvolvida é possível concluir que são inúmeros os fatores que colaboraram para que o adolescente esteja em uma situação de vulnerabilidade social e familiar, e que essa situação pode trazer várias

consequências para a vida adulta. Portanto, se faz importante maior atenção e intervenções para a resolubilidade destes casos.

REFERÊNCIAS

ALVES *et al.*, 2016. **Dificuldades enfrentadas por adolescentes no período gestacional**. João Pessoa, 2016. Disponível em:
<file:///C:/Users/Meu%20HP/Downloads/16230.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2021.

AZOULAY, Audrey. Diretora-geral, UNESCO. **Orientações técnicas internacionais de educação em sexualidade**: Uma abordagem baseada em evidências. 2ª edição revisada. Disponível em:
<file:///C:/Users/Meu%20HP/Downloads/2019-UNESCO-Orientacoes-Tecnicas-internacionais-de-educacao-em-sexualidade.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2021.

ALEPES, Assembleia Legislativo do Estado de São Paulo. **Opinião - Gravidez na adolescência: grave problema social**. São Paulo 2011. Disponível em:
<https://www.al.sp.gov.br/noticia/?id=287313>. Acesso em: 22 dez. 2021.

BARROSO, Teresa; MENDES, Aida; BARBOSA, António. **Análise do fenômeno do consumo de álcool em adolescentes: estudo realizado com adolescentes do 3º ciclo de escolas públicas**. Portugal, 2009. Disponível em: file:///C:/Users/Meu%20HP/Downloads/pt_11.pdf. Acesso em: 27 dez. 2021.

BRASIL. **Gravidez na Adolescência no Brasil – Vozes de Meninas e de Especialistas** / Benedito Rodrigues dos Santos, Daniella Rocha Magalhães, Gabriela Goulart Mora e Anna Cunha. Benedito Rodrigues dos Santos. – Brasília: INDICA, 2017. 108 p.: il.: 21cm. (Documentos técnico, 4). Disponível em:
file:///C:/Users/Meu%20HP/Downloads/livro_gravidez_adolescencia_brasil.pdf. Acesso em: 22 dez. 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Gravidez na adolescência: impacto na vida das famílias e das adolescentes e jovens mulheres**. 2019. Disponível em:
https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/gravidez_adolescencia/informativo_gravidez_adolescencia_mds_2019.pdf. Acesso em: 22 dez. 2021.

BRASIL, 2021. **Governo Federal realiza segunda edição da Campanha Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência**. Disponível em:
<https://aps.saude.gov.br/noticia/11117>. Acesso em: 26 dez. 2021.

BRASIL, 2020. **Fórum Nacional Sobre Drogas na Infância e na Adolescência: prevenção e cuidados**. Brasília, 2020. Disponível em:
http://conhecimento.tjrj.jus.br/documents/5736540/6207817/E_Book_do_Forum_Nacional_sobre_Drogas_na_Infancia.pdf. Acesso em: 22 dez. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.**
Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
Brasília: Diário Oficial da União; 1990.

BVSMS, 2019. **01 a 08/02 – Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência.** Brasília, 2019. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/01-a-08-02-semana-nacional-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia/>. Acesso em: 22 dez. 2021.

CONASS, Concelho Nacional de Secretaria de Saúde. **Saúde alerta para riscos da gravidez na adolescência.** 2020. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/saude-alerta-para-riscos-da-gravidez-na-adolescencia/>>. Acesso em: 22 dez. 2021.

DIAS, F.L.A. et al. **Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência.** Revista enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.456-461, jul/set. 2010. Disponível em:
[file:///C:/Users/Meu%20HP/Downloads/21502291%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Meu%20HP/Downloads/21502291%20(2).pdf). Acesso em: 26 dez. 2021.

DOMINGOS, Luiz Fabio; SANTANA, Cláudio Manoel Luiz de; ZANATTA, Cleia. **Adolescência e sexualidade.** Recima21 - revista científica multidisciplinar issn 2675-6218. Disponível em: <file:///C:/Users/Meu%20HP/Downloads/538-adolescencia-e-sexualidade.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2021.

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEXEIRA, Marco Antônio. **Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo.** São Paulo, 2010. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/paideia/a/nFLk3nXXXsjWvSBndk6W5Ff/?lang=pt>. Acesso em: 22 dez. 2021.

DINIZ, Natali Carvalho. **Gravidez na Adolescência: Um desafio social.** Campos Gerais/ Minas Gerais, 2010. Disponível em:
<file:///C:/Users/Meu%20HP/Downloads/2336.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2021.

DUARTE, Elizabete da Silva; PAMPLONA, Taina Queiroz; RODRIGUES, Alessandro Lima. **A gravidez na adolescência e suas consequências biopsicossociais.** 2018. Disponível em:
<http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/viewFile/145/43>. Acesso em: 22 dez. 2021.

FEBRACET, 2017. **Como fazer prevenção efetiva às drogas.** Disponível em: <https://febract.org.br/portal/2017/10/03/como-fazer-prevencao-efetiva-as-drogas/>. Acesso em: 29 dez. 2021.

HULW, Hospital Universitário Louro Wanderley. **Educação sobre sexualidade contribui para uma vida mais saudável entre jovens.** 2019 Disponível em: <https://www.ufpb.br/saeuh/contents/noticias/educacao-integral-em-sexualidade-contribui-para-uma-vida-mais-saudavel-entre-jovens.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2021.

MORESCHI, Marcia Teresinha. **Violência contra Crianças e Adolescentes: análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas.** Documento eletrônico – Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018, 494 p. disponível em: file:///C:/Users/Meu%20HP/Downloads/violencia-contra-criancas-e-adolescentes-analise-de-cenarios-e-propostas-de-politicas-publicas-2.pdf. Acesso em: 30 dez. 2021.

MARTINEZ, et al., 2011 **Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial.** São Paulo, 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2011.v27n5/855-867/>. Acesso em: 26 dez. 2021.

MARANHÃO et al., 2017. **Repercussão da iniciação sexual na vida sexual e reprodutiva de jovens de capital do Nordeste brasileiro.** Disponível em: < <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n12/4083-4094/#>. Acesso em: 22 dez. 2021.

OYAMADA, Luis Henrique et al. **Gravidez na adolescência e o risco para a gestante.** Brasilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR, Timóteo – MG, v. 6, n. 2, p. 38 – 45, mar – mai, 2014. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140331_212052.pdf. Acesso em: 9 set. 2021.

OCHOA, Roberto Carlos Suárez. **Intervenção educativa sobre gravidez na adolescência em uma unidade básica de saúde de Santa Quitéria – CE.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018. 27 P. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/20220/1/ROBERTO_CARLOS_SUAREZ_OCHOA.pdf. Acesso em: 8 mai. 2021.

PEREIRA. Sara Caroline. **Impactos da Gravidez na Adolescência – abordagem Integral.** BRASÍLIA, 2019. Disponível em: file:///C:/Users/Meu%20HP/Downloads/21502291%20(2).pdf. Acesso em: 26 dez. 2021.

PICANÇO, MariLúcia Rocha de Almeida. **Gravidez na Adolescência.** Brasília, 2015. **Artigo de Revisão - Ano 2015 - Volume 5 - 3 Supl.1.** Disponível em: <http://www.residenciapediatrica.com.br/detalhes/165/gravidez-na-adolescencia>. Acesso em: 29 dez. 2021.

PESSALACIA, Juliana Dias Reis; Menezes, Elen Soraia de. MASSUIA, Dinéia. **A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública.** Revista - Centro Universitário São Camilo - 2010;4(4):423-430. Disponível em: file:///C:/Users/Meu%20HP/Downloads/Bioethikos_423-430_.pdf. Acesso em: 30 dez. 2021.

SILVA, et al., **Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas.** São Paulo, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9bFqbrkRMXTCrwXGHyvfMp/?lang=pt>. Acesso em: 22 dez. 2021.

SENADO FEDERAL. Gravidez precoce ainda é alta, mostram dados.

Brasília, 2017. Disponível em:

<https://www12.senado.leg.br/institucional/procuradoria/comum/gravidez-precoce-ainda-e-alta-mostram-dados>. Acesso em: 22 dez. 2021.

SILVA, et al., 2015. Adolescência, vulnerabilidade e uso abusivo de drogas: a redução de danos como estratégia de prevenção. São Paulo 2015.

Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519549X2015000200007. Acesso em: 26 dez. 2021.

SANTOS et al., 2017. Vulnerabilidade de adolescentes em pesquisa e prática clínica. Disponível em:

[file:///C:/Users/Meu%20HP/Downloads/download%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/Meu%20HP/Downloads/download%20(5).pdf). Acesso em: 22 dez. 2021.

SIMOES, Carla Letícia. Grupo vulnerável: Direitos Humanos das Crianças.

Disponível em: <https://leticiasimoes.jusbrasil.com.br/artigos/426647761/grupo-vulneravel-direitos-humanos-das-criancas>. Acesso em: 22 dez. 2021.

Souza et al., 2021. Vulnerabilidades de adolescentes às infecções sexualmente transmissíveis: Uma revisão integrativa. Disponível em:

[file:///C:/Users/Meu%20HP/Downloads/11867-Article-160205-1-10-20210128%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Meu%20HP/Downloads/11867-Article-160205-1-10-20210128%20(1).pdf). Acesso em: 29 dez. 2021.

RAMIREZ, Daimara Batista. Gravidez na adolescência: riscos e consequências. Florianópolis, 2016. Disponível em:<

[file:///C:/Users/Meu%20HP/Downloads/Daimara_Batista_Ramirez%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Meu%20HP/Downloads/Daimara_Batista_Ramirez%20(3).pdf)>. Acesso em: 22 dez. 2021.

RIBEIRO, Mauricio Francisco. Drogas na adolescência. Rio de Janeiro, 2017.

Disponível em: <https://clinicajorgejaber.com.br/novo/2018/07/drogas-na-adolescencia/>. Acesso em: 22 dez. 2021.

UNODC, Relatório Mundial sobre Drogas 2021 avalia que pandemia potencializou riscos de dependência. 2021. Disponível em:

https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2021/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2021-do-unodc_-os-efeitos-da-pandemia-aumentam-os-riscos-das-drogas--enquanto-os-jovens-subestimam-os-perigos-da-maconha-aponta-relatorio.html. Acesso em: 22 dez. 2021.

UNAIDS, Educação integral em sexualidade contribui para uma vida mais saudável entre jovens 2019. Disponível em:

<<https://unaids.org.br/2019/04/fornecendo-conhecimento-aos-jovens-para-que-se-mantenham-saudaveis/>> . Acesso em: 30 dez. 2021.

**Capítulo
25**

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA
SEGURANÇA DO PACIENTE
NO CENTRO CIRÚRGICO**

Luisa Antonia Silva Lima¹; Saara Marla Freitas Ferreira¹;
Lúcia Camila Oliveira Friedrich Sousa²; Davyson Vieira Almada³;
Geanilson Araujo Silva⁴; Bruna Cruz Magalhães⁵; Magno Pinto de Oliveira⁶;
Maria Helena da Silva Castro⁷;

¹Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ²Especialista em Docência do Ensino Superior pela Universidade Cândido Mendes. Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia; ³Especialista em Farmácia Hospitalar pelo Instituto Brasil de Pós-Graduação. Coordenador do Curso de Farmácia da Faculdade Santa Luzia; ⁴Enfermeiro da ESFV HGM, professor no Curso de Enfermagem Bacharelado da Faculdade Santa Luzia; ⁴ Mestre em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão. Docente da Faculdade Santa Luzia;

⁶Mestrado Profissional em Enfermagem (em Andamento). Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade de Selvíria, Especialista em Enfermagem Geriátrica e Gerontologia pela Universidade Cândido Mendes; Especialista em Gestão de Enfermagem em UTI pela Universidade Cândido Mendes. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Bacabal-FEBAC. Docente e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Santa Luzia

RESUMO:

O centro cirúrgico é um setor de alta complexidade devido à realização de procedimentos anestésicos-cirúrgicos, além de atividade laboral ser realidade sob circunstâncias estressantes. Trata-se de um estudo qualitativo de caráter observacional, elaborado através de uma revisão de literatura, que visa identificar as práticas profissionais que garantem a segurança do paciente dentro do centro cirúrgico pela enfermagem. Como membro da equipe cirúrgica, o enfermeiro tem papel imprescindível na segurança do paciente, e ele deve zelar por essa segurança ao planejar e executar os cuidados de enfermagem ao paciente dentro do bloco cirúrgico. Conclui-se, portanto, a necessidade de encarar a segurança do paciente mais do que apenas a checagem de procedimentos, mas como uma mudança no perfil profissional.

Palavras-chave: Enfermagem; Centro cirúrgico; Segurança do paciente.

INTRODUÇÃO

O Centro cirúrgico é um setor hospitalar que sempre abrigou práticas que exigem cuidados intensivos e atenção da equipe de trabalho, com o intuito de evitar acidentes que colocam em risco a vida dos pacientes. Assim, as

medidas de segurança em cirurgias têm sido debatidas dentro do setor saúde na tentativa de diminuir o número de acidentes ocasionados dentro do centro cirúrgico.

Deste modo, as atribuições da enfermagem na segurança do paciente no centro cirúrgico é uma temática de bastante relevância para a comunidade acadêmica no intuito de demonstrar a importância da adoção do checklist para melhorar o funcionamento e garantir a preservação do paciente em todas as etapas da cirurgia.

Nesse sentido, o referente estudo se torna relevante pois envolve a segurança de pacientes no centro cirúrgico, buscando investigar a atuação do enfermeiro na segurança do paciente no centro cirúrgico.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter observacional, elaborado através de uma revisão de literatura, que visa identificar as práticas profissionais que garantem a segurança do paciente dentro do centro cirúrgico pela enfermagem. A fundamentação foi realizada através da análise de artigos científicos, revistas e leitura de livros, dos quais foram selecionados 32 materiais pela sua especificidade e periodicidade.

REVISÃO DE LITERATURA

SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

Sabe-se que o Centro cirúrgico é um setor hospitalar de alto risco, pois os procedimentos realizados dentro da rotina laboral são compostos de práticas heterogêneas e interdisciplinares, que impõe uma forte necessidade de bom rendimento individual profissional e da equipe, apesar de circunstâncias estressantes.

Para iniciar o debate acerca da Segurança do Paciente no centro cirúrgico é importante entender a importância desse setor para a dinâmica hospitalar. De acordo com Carvalho (*apud* MARTINS; DALL'AGNOL, 2016 p.

02) o “Centro Cirúrgico (CC) é uma unidade hospitalar onde são executados procedimentos anestésico-cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, tanto em caráter eletivo quanto emergencial”. Esse ambiente é caracterizado por intervenções invasivas e a utilização de recursos materiais de alta precisão e alto custo, além de requerer profissionais especializados, com habilidades para atender o paciente em uma dinâmica peculiar.

Levando em consideração o elevado número de procedimentos anestésico-cirúrgicos realizados, a complexidade da unidade e as normas e rotinas do setor, o papel do enfermeiro exige, além de conhecimento científico, responsabilidade, habilidade técnica, estabilidade emocional pois essas qualidades irão favorecer administração de conflitos, que são frequentes, em especial, pela diversidade dos profissionais ali atuantes. (STUMM *et al.*, 2006 p. 465).

Nesse sentido, faz-se necessário analisar os processos que induzem ao ato cirúrgico seguro. De acordo com Kohn *et al.* (2000, p.3), a história sobre a segurança do paciente é longa e bastante conhecida. *Primum non nocere*, termo atribuído a Hipócrates (460AC-377AC), significa, em latim, “primeiro, não prejudicar” e geralmente é usado por profissionais em referência à necessidade de evitar riscos, custos e danos dispensáveis aos pacientes quando carecem de atenção para sua saúde.

Frisando a importância do tema, no ano de 2011, foi publicado o Guia curricular de segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde traz uma ampla atualização a respeito dos diferentes aspectos que envolvem o ensino acerca da segurança do enfermo, orientando a diversidade de estratégias para esse processo, e cita: palestras, material de leitura, tutoriais, atividades on-line, treinamento de habilidades, vídeos, jogos, além de discussões baseadas em estudos de caso e cenários que retratam a prática (WHO, 2011).

Perante um movimento mundial para a segurança do paciente, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que visa monitorar e prevenir os incidentes que resultam em danos na assistência ao usuário em hospitais e outras unidades de saúde (BRASIL, 2013 p.02).

O programa objetivou contribuir com a qualificação do cuidado nos estabelecimentos de assistência à saúde, de acordo com a agenda política dos Estados-membros da OMS. Neste mister, o MS ampliou os critérios da PNSP com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013 da ANVISA, incluindo as atividades de saúde à constituição do Núcleo de Segurança do Paciente, para executar o plano de segurança do paciente em serviços de saúde (CORONA; PENICHE, 2015, p.182).

Seguindo a perspectiva de Costa (2015), o modo de compreensão da relação entre riscos, características dos cuidados à saúde e aporte da rede hospitalar pode fornecer à enfermagem elementos importantes para a melhoria da assistência. No âmbito da assistência de enfermagem

os erros mais frequentes a ela relacionados ocorrem no gerenciamento de medicamentos; na transferência de paciente e na troca de informações; no trabalho em equipe e comunicação; na incidência de quedas e de úlceras por pressão; nas falhas nos processos de identificação do paciente, na incidência de infecção relacionada aos cuidados de saúde, entre outros (OLIVEIRA et al., 2014, p.123).

Assim, para assegurar a plenitude do paciente ser efetiva tem-se a necessidade de implantar programas de qualificação com atividades educativas, além de investir em espaço com material didático e disponibilidade de tempo o que aumentará a adesão dos profissionais (MIRANDA et al., 2017).

Com a adoção dessa práticas de segurança, espera-se evitar eventos adversos sérios, relacionados à cirurgia. Vendramini (2010) agrupa esses eventos em cinco categorias:

- 1) cirurgia realizada em local errado,
- 2) cirurgia realizada em paciente errado,
- 3) procedimento cirúrgico errado,
- 4) retenção de objeto estranho dentro do paciente após o término da cirurgia,
- 5) morte no intraoperatório ou pós-operatório imediato, em paciente classificados como ASA I.

Para impulsionar esse processo de cirurgia segura, um checklist pode verificar a disponibilidade e funcionamento de equipamentos antes da cirurgia iniciar; para cirurgias que demandam maior quantidade de equipamentos, a

funcionalidade adequada destes é fundamental diminuir possíveis falhas no intraoperatório (OMS, 2009).

O Checklist (Figura 1), “Cirurgias seguras salvam vidas”, adiantado pela OMS, foi designado com a finalidade de auxiliar as equipes operatórias na redução das ocorrências de danos ao paciente. (AVELAR; SILVA, 2005 p. 46-52).

Aplicar o checklist solicita do enfermeiro ou do coordenador da lista um conhecimento de como realizá-lo em todas as fases. É imprescindível conseguir envolver toda a equipe durante a checagem, para que todos pouem cada um dos componentes da lista e apresentem o acordo de que, para sua efetivação, é necessário fazer e não apenas fingir que se faz. Para isso, é preciso destacar o cargo de cada profissional durante o processo anestésico-cirúrgico e a ética pela profissão. A concessão é eficaz para o bom sentido do procedimento e o checklist faz com que isso aconteça da melhor atitude possível. (PANCIERI; CARVALHO; BRAGA, 2014 p.23-35).

Figura 1. Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.

Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes de o paciente sair da sala de operações
<p>IDENTIFICAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIDADE • SITIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> SITIO DEMARCADO/NÃO SE APlica <input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO <p>O PACIENTE POSSUI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ALERGIA CONHECIDA? <ul style="list-style-type: none"> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? <ul style="list-style-type: none"> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTOS/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS <input type="checkbox"/> RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? <ul style="list-style-type: none"> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS 	<p>CONFIRMAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO <input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SITIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO <p>EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUais SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGUÍNEA PREVISTA? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE? <input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PROTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAI/SKER PREOcupações? <input type="checkbox"/> A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <ul style="list-style-type: none"> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APlica <input type="checkbox"/> AS IMAGENS ESSENCIAS ESTÃO DISPONÍVEIS? <ul style="list-style-type: none"> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APlica 	<p>REGISTRO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE: <input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO <input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (O NÃO SE APlica) <input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) <input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO <input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOcupações ESSenciais PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITERIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS. EX: DOR)

Fonte: ANVISA (2017, p.22).

Estabelecer esse nível de comunicação é imprescindível visto que começar um procedimento com conhecimento das apreensões do cirurgião, do anestesiologista e da equipe de enfermagem faz com que qualquer intercorrência surja de modo menos estressante. Rever os cuidados imperativos para o pós-operatório é admirável para que o paciente ganhe toda o auxílio da melhor maneira possível para sua recuperação

Assim, em 2008, o ministério da saúde do brasil aderiu à campanha Cirurgias Seguras Salvam vidas

cujo principal objetivo era a adoção, pelos hospitais, de uma lista de verificação padronizada, preparada por especialistas, para ajudar as equipes cirúrgicas na redução de erros e danos ao paciente. Essa lista de verificação deveria ser feita em todas as cirurgias e em três fases: antes do início da anestesia (Sign In), antes da incisão na pele (Time Out) e antes da saída do paciente da sala cirúrgica (Sign Out) (MOTTA FILHO *et al.*, 2013, p.555).

No *Sign In* é verificada a identidade do paciente, a marcação do sítio cirúrgico, a assinatura do termo de consentimento e a conformidade dos materiais solicitados. Também são antecipadas as dificuldades de intubação e o risco de hemorragias (PANESAR *et al.*, 2011).

No *Time Out*, uma breve pausa de menos de um minuto antes da incisão, todos os membros da equipe cirúrgica – cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e quaisquer outras pessoas envolvidas – se apresentam, antecipam as possíveis complicações da cirurgia, confirmam verbalmente a identificação do paciente, o sítio cirúrgico, o procedimento a ser feito e a posição do paciente. (PANESAR *et al.*, 2011).

Nessa etapa também são confirmados:

- a aplicação de antimicrobianos e tromboembólicos profiláticos, quando indicados;
- a conformidade dos exames de imagem e
- o funcionamento e a correta esterilização dos materiais.

O *Time Out* é um meio de assegurar a comunicação entre os membros da equipe e evitar erros como “paciente errado” ou “local errado”. Já no *Sign Out*, o procedimento é novamente checado, os materiais usados são conferidos e contados, as amostras, encaminhadas e os planos pós-operatórios, discutidos. Em cada uma das três fases o coordenador da lista de verificação

deve confirmar se a equipe cirúrgica completou todas as tarefas para aquela etapa, antes de prosseguir para a nova fase (PANESAR *et al.*, 2011).

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SEGURANÇA DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

Como membro da equipe cirúrgica, o enfermeiro tem papel importante na segurança do paciente no bloco cirúrgico. Em seu estudo, Lisbôa *et al* (2011, p.7), afirma que o enfermeiro deverá efetuar tanto o planejamento quanto a implementação dos cuidados de enfermagem que serão necessários aos pacientes do centro cirúrgico, o que exige deles responsabilidades, habilidades, conhecimentos técnicos, tomada de decisões, raciocínio clínico e estabilidade emocional.

O técnico de enfermagem também é citado como corresponsável pela segurança do paciente. Lisbôa ainda afirma que o técnico e o auxiliar de enfermagem, fazem parte da equipe dentro do centro cirúrgico, realizando as atividades organizacionais do setor e por garantir uma assistência completa ao paciente. (LISBÔA *et al.*, 2011, p.7),

Ao abordar a função do checklist, Ferraz (2013) afirma que esse apenas intenciona ser uma ferramenta prática e de fácil utilização por profissionais de saúde interessados na melhoria da segurança cirúrgica e na redução de óbitos e complicações cirúrgicas evitáveis.

Porém, ao transcorrer de sua prática, o enfermeiro deve ter um olhar que esteja para além dessas funções assistenciais, isto é, espera-se que sua atenção esteja focada nas questões relacionadas ao cuidado – essência e diferencial do ser/saber/fazer enfermagem. O enfermeiro é o responsável por conferir o tom de acolhimento e por estabelecer a assistência que será prestada ao cliente (SANTOS; SILVA; GOMES, 2014, p. 697).

Mas, o que é notado é que apesar da evolução do trabalho da equipe de enfermagem, a responsabilidade por prover e manter todos os recursos necessários durante o intraoperatório e por prevenir falhas, é uma prática atual. Desta forma, conferir a montagem da sala operatória, para assegurar que os materiais e equipamentos estejam disponíveis e adequados faz parte da

atividade do enfermeiro do centro cirúrgico, e pode contribuir na melhoria do processo e na segurança do paciente (LIMA; SOUSA; CUNHA, 2013, p.292).

É valido abordar o fato de que apenas a implantação de um checklist na rotina laboral do centro cirúrgico não garantirá a total segurança na prática anestésica-cirúrgica. De acordo com Manrique (et al, 2015 p.355-360), para ser implantado o protocolo de cirurgia segura,

deve haver mudanças no ambiente de trabalho e na execução das práticas assistenciais são necessárias e requer processo educativo que favoreça a adesão dos profissionais, e as tecnologias educativas podem ser agregadas no treinamento dos trabalhadores da saúde (MANRIQUE et al., 2015 p.355-360).

Assim, é reforçado que a enfermagem quando executa o cuidado nas fases pré-operatória, transoperatória e pós-operatória/ recuperação anestésica, consegue propiciar ao paciente uma recuperação mais rápida e eficaz, isso ocorre, pois, a assistência prestada é pautada na qualidade de maneira integral (GRITTEM; MÉIER; GAIEVICZ, 2006).

Dentro dessas fases de assistência ao paciente cirúrgico, pode-se destacar diversos fatores que colaboram para eventos adversos na sala de cirurgia, colocando em risco a segurança do paciente. Dentre esses são citados os materiais impróprios, técnica ineficaz de esterilização, corpo estranho esquecido no paciente, dificuldade em reconhecer complicações durante a cirurgia, planejamento inadequado dos cuidados no pós-operatório, perfurações ou hemorragias e cirurgias de sítio e/ou indivíduo errado ou, ainda, procedimento errado (PANCIERI et al., 2013).

Com relação ao processo de esterilização, é evidente o seu importante papel no combate a infecção no centro cirúrgico, e o responsável por este processo é o enfermeiro do Centro de Material e Esterilização (CME). Neste processo o foco é eliminar qualquer microrganismo patogênico e esporos bacterianos após a sua utilização (SOUZA et al., 2020 p.75-82).

Dessa maneira, as falhas e os eventos adversos que acometem o paciente cirúrgico podem-lhe trazer inúmeras consequências, inclusive com agravos permanentes. As falhas podem envolver recursos materiais, tecnológicos e humanos. Em se tratando de recursos humanos, um fator que influencia nessa assistência segura é a concentração no procedimento que está sendo realizado. Estudos apontaram que ocorrem, em média, 60

interrupções ou distrações durante o ato cirúrgico, na maioria das vezes desencadeadas pelo movimento de pessoas na sala. Em pacientes mais graves, submetidos ao controle de danos, a incidência de distrações foi ainda maior. (PEREIRA *et al.*, 2011).

Outro ponto que pode auxiliar ou prejudicar a segurança do paciente é a contagem cirúrgica. Nesse ínterim, Freitas, Mendes e Galvão (2016, p.2) afirmam que

para garantir a segurança do procedimento é primordial o cuidado de retenção de itens cirúrgicos no período intraoperatório, sendo o método de contagem cirúrgica (contagem de utensílios cirúrgicos, compressas e perfuro cortantes) é aconselhado em todas as cirurgias. A contagem cirúrgica é um procedimento manual para contabilizar o material aproveitado no campo estéril durante a operação, visando prevenir a retenção inadvertida no paciente.

Pela perspectiva de Razera e Braga (2011, p.8), outro mecanismo que podemos citar como benéfico para a minimização dos possíveis eventos adversos com o usuário cirúrgico é a comunicação efetiva. Corroborando com isso Bentlin (*et al.*, 2019, p. 56-63) sustenta que

a relevância dos cuidados como a checagem dos dados, informações clínicas do paciente, órgão e ou membro a ser operado, disponibilidade e bom funcionamento de todos os materiais e equipamentos que serem utilizados, verificar reserva de hemocomponentes, assim como reserva de uti quando solicitado pelo médico cirurgião ou anestesiologista, consentimento do procedimento a ser realizado, podem fazer a diferença entre sucesso e fracasso de um procedimento.

É imperativo declarar que a maior dificuldade encontrada para o bom desempenho da equipe cirúrgica está na própria equipe. Cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e outros profissionais envolvidos com o procedimento cirúrgico devem manter um bom relacionamento e comunicação efetiva.

Um dos fundamentos do processo de gestão de risco e um dos campos da comunicação efetiva é encorajar o profissional a notificar o evento ocorrido, para que seja feita a investigação como instrumento de qualidade na assistência, a análise e condutas decorrentes, para evitar novos eventos associados à mesma causa (SILVA, 2013).

Assim, a pesquisa é consolidada na afirmação de AMAYA et al. (2015, p.247), que diz:

No argumento da assistência ao paciente cirúrgico, a avaliação mundial confirmou que metade das complicações pós-operatórias eram evitáveis, enfatizando a potencialidade previsível de dano. Nesse contexto, em 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) disseminou o Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas, o qual faz parte do segundo desafio integral para a segurança o paciente.

Logo, na especificidade do centro cirúrgico, a dinâmica do cuidar e os cuidados de enfermagem são muito voltados à objetividade das ações, cuja intervenção é de natureza técnica, visando à recuperação do cliente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo observou a relevância da assistência de enfermagem na segurança do paciente no bloco cirúrgico. Ao abordar a complexidade dos procedimentos anestésicos-cirúrgicos realizados dentro do bloco operatório, é demonstrada a importância de programas que visam a segurança do paciente e a implantação de checklist que objetivam sequenciar as ações da equipe cirúrgica.

Considera-se como limitação ou dificuldade na aquisição e manutenção de um ambiente cirúrgico a comunicação interpessoal da equipe. Destaca-se a necessidade de uma comunicação efetiva, até mesmo na exposição dos erros ou falhas no protocolo cirúrgico.

Portanto é necessário considerar que a segurança do paciente é mais abrangente do que apenas checagens, envolvendo um conjunto de práticas que deverão estar alinhadas para que os eventos adversos possam ser minimizados e a assistência seja qualificada de forma integral, em benefício da qualidade de vida do paciente.

Portanto, em benefício da qualidade de vida do paciente, as práticas e procedimentos dentro do setor precisam estar alinhadas para que eventos adversos e falhas possam ser amenizados, ou até mesmo evitados. Assim, é preciso encarar que a segurança do paciente é mais ampla do que apenas checagens, mas requer mudança no perfil profissional.

REFERÊNCIAS

- AMAYA, M.R, et al. Análise do registro e conteúdo de checklists para cirurgia segura. **Rev. Cientificas da America Latina**. Curitiba, v. 19, n.02, p.246-251, abr/jun. 2015. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0246.pdf>. Acesso em: 12 de outubro de 2021.
- AVELAR, M. C.Q; SILVA. A. Assistência de enfermagem perioperatória: ensino em cursos de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**. Guarulhos, v. 39, n. 01, p.46-52, abr.2005. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a06v39n1>>. Acesso em: 15 de outubro de 2021.
- BENTLIN, A.C; GRIGOLETO, A.R.L; AVELAR, M.C.Q. Lesões de pele decorrente do posicionamento cirúrgico no cliente idoso. **Rev. SOBECC**. v. 17, n. 2, p. 56-63, 2012.
- BRASIL. Portaria n.º 529, de 1.º de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial da União [Internet]. 2013 abr. 2. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 18 de novembro de 2021.
- CARVALHO PA, GÖTTEMS LBD, PIRES MRGM, OLIVEIRA LMC. Safety culture in the operating room of a public hospital in the perception of healthcare professionals. **Rev Latino-Am Enfermagem**. v.23, n.6, p.1041-1048, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n6/pt_0104-1169-rlae-23-06-01041.pdf>.
- CATCHPOLE K, MISHRA A, HANNA A, MCCULLOCH P. Teamwork and error in the operating room: analysis of skills and roles. **Ann Surg**. v.247, n.4 p. 699-706. . 2008 Apr;
- CORONA, A.R.O.D; PENICHE, A.C.G. A Cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. **Rev. SOBECC**, v. 20, n.3, 2015.
- COSTA, V. **Segurança do Paciente e o papel do Enfermeiro** [internet] 2015 [citado 2021 Out 2021]. Disponível em
<<http://www.portaldaenfermagem.com.br>>. Acesso em em 08 de outubro de 2021.
- FERRAZ, E. M. **A cirurgia segura em serviços de saúde**. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do paciente e qualidade e serviços de saúde. 2013.
- FRAGATA JIG. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. **Rev Port Saúde Pública** [Internet]. 2010 [cited 2021 Out 14];10(esp):17-26. Available from: <<http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/artigo/erros-e-acidentes-no-bloco-operatorio-revisao-do-13189855>>.

FREITAS, P.S; MENDES, K.D.S; GALVÃO, C.M. Processo de contagem cirúrgica: evidências para a segurança do paciente. **Rev. Gaúcha de Enferm. Minas Gerais**, v. 37, n 04, dez. 2016.

GRABOIS V, Oliveira Júnior J. Cirurgia segura. In: Bopsin PS, Ribas EO, Silva DM, editores. **Guia prático para segurança do paciente**. Porto Alegre: Moriá; 2019.

GRITTEM, L.; MÉIER, M.J.; GAIEVICZ, A. P. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 3, 2006. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/7311>>. Acesso em 07 de outubro de 2021.

GUERRERO P, MELLO ALSF, ANDRADE SR, ERDMANN AL. User embracement as a good practice in primary health care. **Texto ContextoEnferm**[Internet]. 2013[cited 2021 Out 15];22(1):132-40. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/16.pdf>>.

KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS. **To err is human: building a safer health system**. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.

LIMA, André Monteiro; SOUSA, Cristina Silva; CUNHA, Ana Lúcia Silva Mirancos da. Segurança do paciente e montagem de sala operatória: estudo de reflexão. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v.7, n.1, p.289-94, jan., 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10232/10827>>. (Acesso em 30 de novembro de 2021)

LISBÔA, Lúciana Léda Carvalho *et al.* A atuação do enfermeiro no centro cirúrgico: relato de experiência. Maranhão: **ABEn**, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00137.pdf>. Acesso em 05 de outubro de 2021.

MANRIQUE, B. T. *et al.* Segurança do paciente no centro cirúrgico e qualidade documental relacionadas à infecção cirúrgica e à hospitalização. **Acta Paul Enferm**, Espanha, v. 4, n. 28, p.355-360, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/188844/PNFR1040-D.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>>. (Acesso em 07 de outubro de 2021).

MARTINS FZ, DALL'AGNOL CM. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. **Rev Gaúcha Enferm**. v.37,n.4, p.e56945. 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.56945>.

MIRANDA AP, *et al.* Contribuição da enfermagem à segurança do paciente: revisão integrativa. **SANARE – Revista de Políticas Públicas**, 2017.

MOTTA FILHO, Geraldo da Rocha; SILVA, Lúcia de Fátima Neves da; FERRACINI, Antônio Marcos; BARH, Germana Lyra. Protocolo de Cirurgia da OMS: o grau de conhecimento dos ortopedistas brasileiros. **Revista Brasileira de Ortopedia**, 48(6): 554-562, 2013. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbort/a/p7nLtfnVDcnnNJQyN34VBHq/?format=pdf&lang=pt>>. (Acesso em 30 de novembro de 2021)

OLIVEIRA RM, LEITÃO IMTA, SILVA LMS, FIGUEIREDO SV, SAMPAIO RL, GONDIM MM. Estratégias para promover a segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc Anna Nery Revista de Enferm.** 2014;18(1):122-1. doi: <<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>>.

OMS-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS)** [Internet]. 2009 [cited 2021 Out 10]. Available from: <<http://proqualis.net/cirurgia/?id=000000483>>.

PANCIERI, A.P.; SANTOS, B.P.; AVILA, M.A.G.; BRAGA, E.M. Checklist de cirurgia segura: análise de segurança e comunicação das equipes em um hospital escola. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.34, n.4, p.23-35, 2013.

PANESAR SS, NOBLE DJ, MIRZA SB, PATEL B, MANN B, EMERTON M, et al. **Can the surgical checklist reduce the risk of wrong site surgery in orthopaedics? – Can the checklist help? Supporting evidence from analysis of a national patient incident reporting system** **J Orthop Surg Res.** 2011; 6:18.

PEREIRA BMT, PEREIRA AMT, CORREIA CS, MARTTOS JR. AC, FIORELLI RKA, FRAGA GP. Interrupções e distrações na sala de cirurgia do trauma: entendendo a ameaça do erro humano. **Rev. Col. Bras. Cir.** 2011; 38(5): 292-8.

RAZERA APB, BRAGA EM. A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. **Rev. esc. enferm. USP.** 2011; 45(3): 632-7.

SANTOS, F K. dos. SILVA, M.V.G.DA. GOMES, A.M. T. Conhecendo a forma de cuidar dos enfermeiros de centro cirúrgico - uma construção a partir da teoria fundamentada nos dados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2014 Jul-Set;23 (3):696-703.

SILVA, D.C.; ALVIM, N.A.T. Ambiente do Centro Cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2010, v. 63, n. 3 [Acessado 19 novembro 2021], p. 427-434. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000300013>>. Epub 22 Jul 2010. ISSN 1984-0446. <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000300013>>.

SILVA, L.D. **Segurança do paciente no contexto da terapia intensiva**. São Paulo: Phorte, 2013.

SOUZA ATG, SILVA TKP, DOMINGUES AN, TOGNOLI SH, EDUARDO AHA, MACEDO JI, MENDES AA. Segurança do Paciente em Centro Cirúrgico: Percepção dos Profissionais de Enfermagem. **Revista SOBECC**, São Paulo: 2020. p.75-82.

STUMM, E. M. F.; MAÇALAI, R.T.; KIRCHNER, R. M. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros em um centro cirúrgico. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2006, v. 15, n. 3 [Acessado 19 novembro 2021], pp. 464-471. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000300011>>. Epub 30 Nov 2007. ISSN 1980-265X. <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000300011>>.

VENDRAMINI, R.C.R *et al.* Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto de Câncer do Estado de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP.** 2010;44 (3):827-32.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety. WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition.** Geneva: WHO; 2011.

**Capítulo
26**

**CADERNETA DO IDOSO COMO
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO
DA FRAGILIDADE NA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Rosângela Prata de Paula¹; Marcia Silva de Oliveira²;
Antonio da Costa Cardoso Neto³; Maria Helena da Silva Castro⁴;
Thiessa Maramaldo de Almeida Oliveira⁴

¹Enfermeira da Unidade de Atenção Básica; ²Doutora em Ciências da Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, UCES, Argentina. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ³Doutor em Ciências da Saúde Pública pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, UCES, Argentina. Professor do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Luzia; ⁴Especialista em Enfermagem do Trabalho, Gestão em Enfermagem em UTI e Enfermagem Geriátrica Gerontológica pela UCAM. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Luzia;
⁵Doutora em Química Analítica e Inorgânica pela Universidade de São Paulo. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Luzia

RESUMO

Envelhecer é um processo individual, natural, involuntário e fisiológico que gera diminuição progressiva funcional, a senescência. A população idosa vem aumentando proporcionalmente e acelerada, representando 12,8% da população idosa no Brasil, estimando para 2050 dois bilhões de pessoas idosas no mundo. Os principais fatores que levam a vulnerabilidade do idoso são a idade avançada, aparecimento de doenças crônicas, declínio funcional, dependência, falta de autonomia e diminuição da qualidade de vida. Atenção Básica em Saúde (ABS) tem a finalidade de promover independência e autonomia, atuando com o idoso e seu familiar. Pretendeu-se avaliar a presença de fragilidade de Pessoas Idosas através da Caderneta de Saúde com um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. Concluiu-se que os participantes possuem vulnerabilidades que causam o surgimento de fragilidades no processo do envelhecimento, havendo necessidade de investimentos de estratégias com ênfase em ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e medidas preventivas pela ABS proporcionando maior qualidade de vida aos idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento populacional, vulnerabilidade, estratégia de saúde da família.

INTRODUÇÃO

A tecnologia e ciência proporcionam aos profissionais enfermeiros e pesquisadores a formação de extensa produção de conhecimentos através dos

meios de cuidados. Permite aos profissionais trocas de conhecimentos por bases de dados eletrônicos, criando possibilidades de desenvolvimento científico e tecnológico na tomada de decisões quanto ao cuidado humano (SILVA; FERREIRA, 2014).

Segundo Sá et al (2019), a educação em saúde é uma ferramenta necessária à promoção da saúde do idoso, por proporcionar conhecimento para prevenção e redução de agravos, incentivo a auto cuidado e autonomia, sendo parte integrante da prática clínica do enfermeiro que permite criatividade e multiplicidade de escolhas.

O número de idosos observados no mundo é um marco no processo de revolução da longevidade emergindo mudanças no comportamento das taxas de fertilidade e mortalidade e mundialmente o segmento demográfico representa em torno de 12,3% da população em crescimento. Projeções globais apontam um aumento quantitativo de pessoas acima de 60 anos de idade, de 1,4 bilhões em 2030 para 2,1 bilhões em 2050, com declínios na capacidade física e mental, associados a condições crônicas de saúde, alterações demográficas e epidemiológicas populacionais (SÁ et al, 2019).

A partir do século XX começaram a surgir novas revoluções de longevidade humana, por meio de: avanços tecnológicos; medicamentosos; e por medidas sociais, que influenciaram na qualidade de vida, proporcionando então a perspectiva de vida acerca do envelhecimento. É esperado que o aumento da população cresça ainda mais no século XXI (KREUZ; FRANCO, 2017).

A transição demográfica brasileira tem sido reflexo de transformações sociais e econômicas ao longo do século XX, com queda na fecundidade levando ao envelhecimento populacional, aumento da longevidade e declínio da mortalidade nos grupos etários mais velhos, retratando melhora nas condições de vida da população idosa (JUNIOR; COSTA; LACERDA, 2019).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), o número de habitantes no país deverá parar de crescer a partir de 2047 e em 2060 a população poderá chegar aos 81 anos aumentando suas expectativas de vida e diminuindo o número de fecundação. Segundo projeção da população, cresce a população idosa onde um quinto da população deverá ter mais de 60 anos enquanto diminui a população jovem de

até 14 anos de idade, aumentando o índice de envelhecimento de 43,19% em 2018 para 173,47% em 2060 (IBGE, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), afirma que a população mundial com mais de 60(sessenta) anos de idade chegará a dois bilhões até o ano de 2050.

O aumento da expectativa de vida traz consigo o aumento das doenças crônicas em pessoas mais velhas, trazendo graves consequências individuais, familiares e sociais. Portanto, o enfermeiro deve criar novos métodos de intervenções a fim de se obter resultados

O crescimento da população exige mais investimentos em políticas públicas, tendo em vista uma população com maior número de idosos. As Estratégias Saúde da Família (ESF) devem ser organizadas e planejadas a fim de contribuir na estabilidade da capacidade funcional (BOLINA et al, 2018).

Segundo Damasceno; Chirelli (2019), o envelhecimento ativo associado ao aumento de doenças Crônicas exige modificações de desenvolvimento, tecnologias de gestão de saúde e atenção á saúde ampliada com maiores investimentos na atenção a saúde do idoso.

É definido envelhecimento ativo o processo de otimização das oportunidades de saúde, com objetivo em melhorar a qualidade de vida na medida em que a população envelhece. Aplicando tanto nos indivíduos quanto em grupos populacionais, em vista de bem-estar físico, social e mental ao longo da vida (BRASIL, 2005).

Pelo Decreto nº 8.114 /2013, de 30 de setembro de 2013, tem o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo com objetivo de conjugar esforço da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios, em colaboração com a sociedade civil, para valorização, promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa. A fim de promover por meio de integração e articulações políticas programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas idosas no meio urbano e rural, nos termos do Plano de Ação Internacionalpara o Envelhecimento e do Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 2013).

O envelhecimento da população é uma grande conquista social, entretanto, um grande desafio para políticas, exigindo aumento de demandas sociais e econômicas. Quanto aos recursos os idosos são ignorados, quando

de fato, são constituídos recursos importantes para uma estrutura de sociedade (BRASIL, 2010).

Para uma boa prática de envelhecimento e potencialidade, é importante que seja acompanhado por oportunidades contínuas de saúde, proteção, segurança, cuidados necessários e estilo de vida mais ativo. Para que desta forma, sejam independentes e capazes (BRASIL, 2010).

NECESSIDADES DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

No Brasil o contato entre usuário e sistema de saúde é realizado por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde há um grande desafio do SUS (Sistema Único de Saúde) pelo rápido processo de envelhecimento na população e aumento de doenças Crônicas, devendo oferecer acesso universal e abrangente, equitativo, longitudinal e coordenado com qualidade aos idosos envolvendo suas experiências e opiniões (LUBENOW et al, 2019).

Segundo Silva (2017), fornecer informações sobre os principais fatores que afetam a qualidade de vida na terceira idade pode estimular e desenvolver melhor acompanhamento para os idosos em ações na Atenção Primária, sendo possível oferecer melhores condições para um processo de envelhecimento com boas condições físicas, qualidade de vida e menos agravos.

A atenção à saúde do idoso é de grande preocupação, considerando essa faixa etária, as necessidades específicas por cronicidade e complexidade que interferem fortemente em sua qualidade de vida e demanda de cuidados adequados. No Brasil as doenças crônicas causam 72% das mortes e 75% de gastos com atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (WANDERLEY et al, 2019)

Martins et al (2014), afirma que é preciso preparar os idosos, famílias e comunidades para o enfrentamento da realidade, onde é preciso contar com os serviços de saúde de qualidade na Atenção Básica em média e alta complexidade e na suplementar, havendo necessidade de aptidão nas esferas públicas e privadas para promoverem saúde ao envelhecimento ativo. A garantia de equidade, acessibilidade e qualificação do setor de saúde abrangem as necessidades dos idosos sendo fundamental junto a um controle social efetivo aos próprios idoso como prioridade

O significado do envelhecimento traz na percepção dos idosos e familiares o medo e insegurança com relação à dependência da capacidade funcional, psíquica e social, dos idosos, necessitando preparar e informar melhor seus familiares sobre a possibilidade de compartilhamento de vivências e emoções entre si, diminuindo os aspectos conflituosos vividos (COLUSSI; PICHLER; GROCHOT, 2019).

No cenário internacional o envelhecimento da população mundial teve um grande marco, a aprovação do Plano Internacional para o Envelhecimento conduzido pela Organização das Nações Unidas (ONU) estabelecendo o objetivo de garantir o envelhecimento seguro e digno para todas as populações do mundo com participação e lugar nas sociedades como cidadãs plenos de direitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS, 2019).

AVALIAÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde (SES, 2018) com a expectativa de vida, aumentam os desafios da saúde pública quanto às estratégias e demandas aos idosos. Através dos protocolos e orientações nas equipes profissionais de saúde é oferecido condições para os idosos manterem sua independência, autonomia e qualidade de vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Direito social inerente à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica, a saúde é assim apresentada como um valor coletivo, um bem de todos.

A avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica (AB) tem o objetivo global e ênfase na funcionalidade tendo vários instrumentos associados a seu estado funcional e qualidade de vida. Por equipes multiprofissionais quantifica as capacidades e problemas de saúde, psicossociais e funcionais do idoso e estabelece um planejamento terapêutico em longo prazo e um gerenciamento de recursos necessários. Ministério da Saúde (MS, 2006).

Conforme Placideli et al (2020), a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido prioridade para assistir e monitorar o estado de saúde da população idosa, atuando na prevenção de agravos e na promoção da saúde em busca de um envelhecimento mais saudável. Devendo adaptar-se ao atendimento os idosos adequadamente conforme suas demandas.

O enfermeiro, no que se refere às ações referentes à saúde da pessoa idosa, tem várias atribuições, dentre as quais está à realização da consulta de enfermagem, processo metodológico de sistematização de conhecimento configurado em método aplicado na perspectiva educativa e assistencial, capaz de dar respostas à complexidade do sujeito assistido. A realização da consulta de enfermagem tem seu aporte legal amparado na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, nº 7.498/86, que a legitima como sendo uma atividade privativa do enfermeiro (SILVA; VICENTE; SANTOS, 2014).

A Resolução nº 159/93, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), descreve que a consulta de enfermagem utiliza componentes do método científico, a fim de identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. O enfermeiro tem na atenção primária à saúde um amplo espaço de desenvolvimento para sua atuação profissional, seja por meio da consulta de enfermagem, no consultório ou no domicílio, como por meio de atividades de educação em saúde, que podem ser realizadas em nível individual ou coletivo. Reportando-nos à atenção à saúde da pessoa idosa e a todas as especificidades do processo de envelhecimento, faz-se extremamente necessária a realização da consulta de enfermagem ao idoso nos serviços de saúde (SILVA; VICENTE; SANTOS, 2014).

ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE/ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Portaria N° 2.436 (2017) aprova a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), tendo em conta a revisão da regulamentação de implementação e operacionalização vigentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica de Saúde (ABS), na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017).

O artigo 2º da Portaria nº 2.436 de 2017 refere Atenção Básica como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas. Abrange promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidos por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. É a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora de ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) dispõe o artigo 4º referenciando a Saúde da Família como sua estratégia prioritária de expansão e consolidação da Atenção Básica. A Atenção Primária à Saúde (APS) é um cenário onde se desenvolvem ações de prevenção e promoção à saúde. Possui como público alvo, dentre outros, a pessoa idosa, que, por meio destes, coopera para o envelhecimento ativo com mais qualidade de vida (PLACIDELI; CASTANHEIRA, 2017).

A Atenção Básica de Saúde (ABS) possibilita ao enfermeiro (a) executar os recursos utilizados pelos idosos, a fim de proporcionar o envelhecimento com qualidade. É responsabilidade da Atenção Básica de Saúde (ABS) preparar a comunidade para tarefas que envolvam os idosos (SOUSA et al, 2018).

No entendimento de Oliveira; Tavares (2010), a Atenção à Saúde da Pessoa idosa na Estratégia Saúde da Família é de suma importância a especificidade da consulta de enfermagem direcionada ao idoso, onde se relaciona as necessidades de coletar informações detalhadas, carências, necessidades deseguranças, apoio, de manter um relacionamento interpessoal, maior dedicação de tempo, disponibilidade para ajudar e apoiar, de paciência e criatividade.

Para que haja mais qualidade de vida para os idosos, é necessário desenvolver estratégias de planejamento, com a implementação e a avaliação de programas de promoção da saúde do idoso, em prol do envelhecimento saudável (SILVA; SOUZA; GANASSOLI, 2017).

Arantes, Shimizu e Merchán-Hamman (2016) relatam que a ESF apresenta diversos avanços comunitários, porém, ainda enfrentam desafios para o seu aperfeiçoamento, em ações que precisam ser implementadas para fortalecer-la como porta de entrada preferencial e melhorar a organização de acesso aos demais níveis de atenção, tais como, ações de planejamento e participação social, para que, desta forma, possam atender as reais necessidades da comunidade. Outro desafio para a garantia dos cuidados integrais está na abordagem ao indivíduo em tempo adequado, e comunitária, em atender os determinantes sociais de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) relata que o aumento da população idosa tende a aumentar as demandas por serviços de saúde especializados. Deste modo, é necessário mais investimento em políticas efetivas e programas que atendam à população idosa no Brasil, tendo em vista, as vulnerabilidades que possam comprometer à saúde, resguardando aos serviços de atenção terciária (CAMPOS; GONÇALVES, 2017).

CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Segundo a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) 2017, é realizada integração de um conjunto de iniciativas com objetivos de qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no SUS, sendo instrumento de auxílio no manejo da saúde da pessoa idosa, usada pelas equipes de saúde, pelos idosos, familiares e cuidadores. Um instrumento que identifica possíveis vulnerabilidades e fragilidades fornecendo planejamento, organizações de ações e acompanhamento da saúde do idoso (BRASIL, 2017).

O preenchimento é realizado por meio de informações cedidas pelas pessoas idosas, pelos familiares e/ou cuidadores onde compõe o plano de cuidado junto aos profissionais de saúde permitindo o registro e acompanhamento de informações sobre os dados pessoais, sociais e familiares, sobre condições de saúde, hábitos de vida, vulnerabilidades e orientações para o autocuidado (BRASIL, 2017).

Portanto, é de suma importância as orientações fornecidas na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa aos idosos, familiares e/ou cuidadores onde fala sobre os direitos da pessoa idosa, Política Nacional do Idoso, Estatuto do

Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; orientações quanto ao uso e armazenamento de medicamentos; acesso a medicamentos no Serviço Único de Saúde (SUS); alimentação saudável; saúde bucal; prevenção de quedas; atividades físicas e sexualidade, fornecendo oportunidade de melhores conhecimentos e condições de saúde ao idoso (BRASIL, 2017).

A implementação da Caderneta tem o propósito de identificar possíveis fragilidades na população idosa proporcionando um acompanhamento periódico de condições de saúde ao idoso em ambos os aspectos em seu bem estar, possibilita ações e avaliações prioritárias para recuperação, promoção e prevenção de agravos. É necessário usar a Política Nacional de Humanização (PNH) que propõe presença em todos os momentos do processo de atenção e gestão, voltando um olhar atencioso para seus usuários e trabalhadores da saúde (BRASIL, 2010).

No acolhimento, a Caderneta contribui para melhor avaliação da pessoa idosa, possibilitando um planejamento adequado para a realidade de cada pessoa idosa com estruturação sistematizada em que favoreça ações de rastreamento, identificação de predisposições e grau de fragilidade do idoso, a partir de seu preenchimento concentrando informações organizadas. É uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário compartilhando saberes, necessidades, possibilidades e angústias constantemente renovadas (Política Nacional de Humanização – PNH, 2003).

Conforme o Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2010), o trabalho de equipe de Atenção Básica e Saúde da Família fazem ações coletivas, atividades em grupos, participação em redes sociais dos usuários como recursos indispensáveis para a atuação nas dimensões culturais e sociais para os idosos.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, que tem o propósito de avaliar o perfil de saúde e fatores da fragilidade de pessoas idosas, através de elementos da caderneta de Saúde da pessoa idosa. Dyniewicz (2009) referencia o caráter descritivo, como tendo propósito de

observar, descrever, explorar, classificar e interpretar aspectos ou fenômenos. Buscam-se frequência característica, relação e associação entre variáveis.

Os dados utilizados foram coletados previamente, através de questionário com elementos contidos na Caderneta da Pessoa Idosa (BRASIL, 2016), com o objetivo de avaliar o perfil de saúde e a presença de fragilidade de pessoas idosas.

O cenário da pesquisa foi uma Unidade da Estratégia de Saúde da Família da região urbana da cidade de Petrópolis-RJ, CUJOS Participantes foram pessoas idosas, com 60 anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisarmos as tabelas 1 e 2 acima, podemos observar as características sociodemográficas de idosos que mostra um estudo realizado com 18 idosos entrevistados na Unidade da Estratégia de Saúde da Família (UESF), em Petrópolis/RJ. Dos participantes, todos brasileiros, 61% são do sexo feminino e 39% são do sexo masculino. A faixa etária variou entre 60 e 101 anos, com predominância entre 60 a 69 anos. Quanto à escolaridade, 17% dos idosos estudaram até a quarta série do ensino fundamental, 33% estudaram até a sétima série do ensino fundamental, e, 50% estudaram até o ensino médio incompleto. A maior prevalência dos idosos com ensino médio incompleto é do sexo feminino e nenhum analfabetismo.

Tabela 1. Características do perfil sociodemográfico (sexo, faixa etária e escolaridade) dos idosos participantes do estudo.

Característica	(Nº)	Porcentagem
Sexo		
Feminino	11	61%
Masculino	7	39%
Total	18	100%
Faixa de idade		
De 60 a 69 anos	11	61%
De 70 a 79 anos	5	28%
De 80 ou mais	2	11%
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	9	50%
Ensino Médio Incompleto	9	50%

Fonte: A autora (2020).

Tabela 2. Características do perfil sóciodemográfico (escolaridade, idade e sexo) dos idosos participantes do estudo.

Escolaridade	Idade	Feminino	(%)	Masculino	(%)	(N)	Total
De 1 ^a a 4 ^a série	De 69 a 101 anos	2	11	1	6	3	17%
De 5 ^a a 7 ^a série	De 63 a 73 anos	4	22	2	11	6	33%
8 ^a série e mais	De 61 a 77 anos	5	28	4	22	9	50%
	Total	11	61	7	39	18	100%

Fonte: dados da pesquisa. Petrópolis, 2020.

Estudos de Pereira et al (2018), Sousa et al (2018) e Silva; Souza; Ganassoli (2017), corroboram com os dados e a população nacional possui mais mulheres do que homens, havendo mais níveis de mortalidades no sexo masculino ligado a autonegligência com a saúde. Mulheres vivem mais e usam mais os serviços de saúde que os homens. O estudo de Sousa et al (2018) apontam predomínio no sexo feminino, no qual 57,7% tem a idade entre 60 e 69 anos, mesmo se tratando de um estudo de abrangência maior, percebemos que há predominância do sexo feminino, confirmado com o estudo feito em Petrópolis.

A população idosa tende a crescer no Brasil nas próximas décadas, segundo Projeção da População, do IBGE, atualizada em 2018, e 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%, e partir de 2047 a população deverá parar de crescer, contribuindo para o processo de envelhecimento populacional e o índice de envelhecimento, deve aumentar de 43,19%, em 2018, para 173,47%, em 2060 (IBGE, 2020).

O envelhecimento é também uma questão de gênero, considerando a população idosa como um todo, observa-se que a maioria é formada por mulheres. A proporção do contingente feminino é mais expressiva quanto mais idosa for o segmento, fato este explicado pela mortalidade diferencial por sexo. A prevalência de mulheres também se tornou mais expressiva ao longo das décadas (IBGE, 2018).

A Organização das Nações Unidas (ONU) (2019) publicou um relatório que afirma que a expectativa média de vida global aumentou cinco anos e meio, e declara que as mulheres vivem mais que os homens, devido à baixa

procura pelos serviços de saúde. Aponta que as mulheres vivem em média 74,2 anos, enquanto os homens 69,9 anos.

Referente à faixa etária, foi encontrado um maior percentual na faixa entre 60 e 69 anos, de 61% (N=11). Os estudos de Lins et al (2019) falam de experiências de pessoas com prevalência de fragilidades e vulnerabilidades, demonstram uma maior prevalência na faixa etária que coincidem, em parte, com o estudo de Petrópolis.

A fragilidade em idosos trata-se de um estado clínico no qual os indivíduos apresentam redução da força, resistência e função fisiológica, tornando-se mais vulneráveis ao declínio funcional, à dependência. A prevalência da fragilidade aumenta com a idade, variando de 4% a 59% entre os idosos (LINS et al, 2019).

O que percebemos é um predomínio de idosos mais vulneráveis a fragilidades conforme avança o processo de envelhecimento. Uma vez que a população está envelhecendo, mostra um progresso de envelhecimento com perdas funcionais, que levam a alterações psicológicas, físicas e mentais, onde dificultam atividades habituais, não considerando algo patológico e necessitando de boa qualidade de vida, que garanta uma maior sobrevida, autonomia, bem estar e mínimo de agravos aos idosos. (SILVA et al, 2017).

No segmento escolaridade, na tabela 2 é possível constatar que o ensino médio incompleto tem maior evidência entre os usuários, com 50%. Já o ensino fundamental, se divide em 33% do quinto ao sétimo ano e 17% do primeiro ao quarto ano. Os dados caracterizam uma população com nível médio de escolaridade. O quadro 1 mostra um total de 50% dos usuários que cursaram até o ensino médio incompleto e 50% o ensino fundamental incompleto. Foi observado um melhor nível de escolaridade nas mulheres.

De acordo com Ferreira et al (2012), no Brasil, há muito tempo, o número de mulheres idosas tem sido superior ao dos homens, podendo ser explicado por meio da mortalidade diferenciada entre sexos, presente na população brasileira. A incidência de baixos níveis de escolaridades se da a 48% dos idosos terem o ensino fundamental incompleto, que coincide com o estudo de Petrópolis.

Sousa et al (2018) mostra 59,2% com ensino fundamental incompleto e 57,7% de predominância ao sexo feminino. Isso se justifica pelo fato de as

pessoas mais idosas, quando jovens, terem poucas oportunidades e necessidade de trabalhar, ao invés de estudar.

A baixa escolaridade interfere no nível sócio econômico, pois oportuniza empregos em áreas de produção, que oferecem menor rendimento, bem como, interfere no conhecimento para o autocuidado, aumentando o risco de complicações. Além de possibilitar menor conhecimento sobre questões relacionadas a direitos sociais e direito em saúde. (FERREIRA et al,2012).

No Brasil, assim como em outros países, houve um significativo crescimento demográfico da população idosa, e, diante disto, podemos presenciar igualmente questões como solidão, doenças, acidentes, estresse emocional e vulnerabilidades no processo de senescênciia. O envelhecimento é compreendido como um processo natural, com diminuição funcional e sobrecargas que podem ocasionar patologias, estas, por fim, requerem uma melhor assistência aos idosos (BRASIL, 2010).

Em 2060, o percentual da população com 65 anos ou mais de idade chegará a 25,5% (58,2 milhões de idosos), enquanto em 2018 essa proporção é de 9,2% (19,2 milhões). Já os jovens (0 a 14 anos) deverão representar 14,7% da população (33,6 milhões) em 2060, frente a 21,9% (44,5 milhões) em 2018 pela projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018).

Quadro 1. Fatores de fragilidades em idosos / participantes do estudo.

Fragilidades	Feminino (N)	(%)	Masculino (N)	(%)
Fratura	0	0	1	5
Queda	1	5	3	16
Acamado	1	5	0	0
Mora sozinho	3	16	2	11
Asilo	0	0	0	0
Internação	0	0	0	0
Uso de álcool	0	0	0	0
Uso de mais de cinco medicações	7	39	4	22
Tem mais de cinco doenças	4	22	1	5

Fonte: dados da pesquisa. Petrópolis, 2020.

No quadro 1, estão descritas as prevalências de fatores de fragilidades encontradas entre os idosos / participantes do estudo, conforme o questionário. A polifarmácia, a presença de comorbidades e o fato de morar sozinho, além

de quedas e fraturas foram os fatores de fragilidade que apareceram com maior frequência.

A polifarmácia apareceu em maior frequência através do uso de mais de cinco medicações, sendo 39% (n=7) do gênero feminino e 22% (n=4) do gênero masculino. Em segundo lugar está quem tem mais de cinco tipos de morbidades, sendo 22% (n=4) feminino e 5% (n=1) masculino. Em terceiro lugar temos o idoso que mora sozinho, sendo 16% (n=3) feminino e 11% (n=2) masculino. Em quarto lugar temos o evento queda, no qual tem 5% (n=1) feminino e 16% (n=3) masculino. Em quinto lugar temos o evento fratura, sendo apenas 5% (n=1) masculino. E sexto lugar o fato de o idoso estar acamado, com 5% (n=1) feminino. Não foi evidenciado: asilados, internações hospitalares e uso de álcool entre os participantes do estudo. Chama atenção pela importância significativa, à questão do uso de mais de cinco medicações, terem mais de cinco tipos de doenças e pelo número de quedas, que podem aumentar riscos e agravos à saúde dos idosos.

Corroboram com os resultados o estudo de Costa; Oliveira; Novaes (2017), em que 29,4% fazem uso de cinco ou mais medicamentos e 26,5% fazem uso de três ou mais medicamentos. A população idosa é mais acometida por doenças crônicas, sendo um grupo de uso de mais medicações por apresentarem mais alterações fisiológicas pela idade. É frequente o uso de polifarmácia na tentativa de amenizar situações decorrentes do processo envelhecer e atuando como tratamento para doenças. Trata-se de uma população vulnerável em eventos adversos e a polifarmacoterapia nem sempre indica risco, podendo ser alternativa para tratar comorbidades.

Segundo estudos de Marques et al (2020), com a ocorrência de múltiplas doenças crônicas observa-se aumento significativo do uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos, alcançando prevalências de 13,0%, 37,0% e 60,0% em idosos brasileiros com duas, três e quatro ou mais doenças, respectivamente.

Diante da elevada prevalência de doenças crônicas nos idosos e dos riscos associados ao uso excessivo de medicamentos, a caracterização da polifarmácia em subgrupos específicos pode contribuir para aprimorar a assistência farmacêutica oferecida nos serviços de saúde. O que pode melhorar

a compreensão do paciente sobre o tratamento e consequentemente, aumentando o sucesso terapêutico. (MARQUES et al, 2020).

De acordo com estudos de Gross et al (2018), 60% da população idosa, com maior idade e do sexo feminino, possui maior prevalência de fragilidades, demandando a necessidade de ações preventivas e cuidados específicos para condições de pré-fragilização, amenizando síndromes de fragilidades e preservação da autonomia e independência funcional dos idosos.

Podemos perceber que a predominância dos fatores de fragilidades que mais afetam os idosos está no uso de cinco ou mais medicamentos, pelo sexo feminino. Os outros fatores se fazem presentes e relacionados a fragilidades causadas por suas condições de saúde, necessitando de cuidados especiais e acompanhamentos pela Estratégia Saúde da Família através de visitas domiciliares por Agentes Comunitários de Saúde, consultas ou procedimentos pela equipe técnica (médico, enfermeira e técnico de enfermagem).

Conforme Gross et al (2018), a fragilidade em idosos é definida como uma síndrome clínica, de natureza multifatorial, caracterizada por diminuição das reservas de energia e por resistência reduzida aos estressores, condições resultantes do declínio acumulativo dos sistemas fisiológicos associados ao envelhecimento, por estado de maior vulnerabilidade.

Nesse sentido, o aumento da população idosa representa a necessidade de novas perspectivas na saúde. Interferências no processo de envelhecimento, tais como doenças, acidentes e estresse emocional, podem desencadear patologias ou fragilidades que requerem assistência e acompanhamento por equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS). É importante que estes profissionais prestem assistência integral e reconheçam o meio em que estes sujeitos estão inseridos (GROSS et al, 2018).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) a atenção em saúde para doenças crônicas é um grande desafio para as equipes de Atenção Básica, visto que, estas condições são prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais e sua abordagem exige, além da equipe multiprofissional, o protagonismo dos indivíduos, família e comunidade.

Estudos de Veras; Oliveira (2018) evidenciam que, quanto mais o idoso tem doenças crônicas e fragilidades, maiores são os custos, menos recursos

sociais e financeiros ele vai ter. Envelhecer, ainda que sem doenças crônicas, envolve alguma perda funcional. Com tantas situações adversas, o cuidado do idoso deve ser estruturado de forma diferente da que é realizada para o adulto mais jovem. A atenção ao idoso deve ser organizada de maneira integrada, e os cuidados precisam ser coordenados ao longo do percurso assistencial, numa lógica de rede desde a entrada no sistema de saúde até os cuidados ao fim da vida.

Os modelos de atenção à saúde para idosos são aqueles que apresentam uma proposta de linha de cuidados, com foco em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação, baseado na identificação precoce dos riscos de fragilização dos usuários (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Dentre os fatores de fragilidades citados acima, podem ocasionar complicações e agravos nas condições de saúde dos idosos, necessitando de assistência de enfermagem com qualidades técnicas e humanas no intuito de viabilizar: promoção e proteção da saúde; prevenção de agravos; assistência à saúde; e reabilitação. Cuidados de enfermagem e multiprofissionais especializados na saúde do idoso, visando melhor qualidade de vida para esta população.

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), as quedas representam um sério problema para as pessoas idosas e estão associadas a elevados índices de morbimortalidade, redução da capacidade funcional e institucionalização precoce. O ambiente residencial pode aumentar o risco de quedas e deve ser incluído na programação de avaliação da pessoa idosa. Presença de escadas, ausência de diferenciação de degraus e corrimãos, iluminação inadequada, tapetes soltos, obstáculos (fios elétricos, pisos mal conservados etc.) no local de circulação, são alguns dos riscos comuns observados.

O profissional de saúde deve questionar a ocorrência e frequência de quedas, registrando na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa essas informações, que possibilitarão a identificação de riscos e cuidados apropriados para melhor prevenção e consequentes fraturas (BRASIL, 2006).

Segundo Smith et al, 2017, o número de quedas que atingem os idosos são de até 32% na faixa etária de 65 a 74 anos e 51% em idosos com mais de

85 anos, através de fatores intrínsecos, relacionados às alterações biológicas e psicossociais associadas ao envelhecimento, e extrínsecos, decorrentes da interação do idoso com o meio ambiente como, a qualidade do piso e iluminação de sua moradia, acesso aos meios de transporte público e às áreas de lazer, levando a sérias consequências na qualidade de vida, restrição das atividades, mobilidade, alterações do equilíbrio, controle postural, isolamento social, ansiedade e depressão.

As mudanças decorrentes do envelhecimento populacional resultam em uma nova visão acerca do cuidar, necessitando ser priorizada a independência funcional e a autonomia com medidas preventivas aos idosos (SMITH et al, 2017).

Mesmo que encontrado apenas 5% (n=1) caso de queda e 5% (n=1) caso de fratura no presente estudo, deve-se atentar as causas e cuidados a serem prestados ao idoso, a fim de prevenir esse tipo de agravo, fragilidade e complicações a outros idosos, sendo fundamental a assistência de enfermagem com orientações quanto à prevenção, conscientização e possibilidade de proporcionar melhor qualidade de vida.

Tabela 3. Relação sobre morar sozinho ou não - participantes do estudo.

Mora com quem	Feminino	%	Masculino	%	(N)	TOTAL
Sozinho	3	17	2	11	5	28%
Acompanhado	8	44	5	28	13	72%
	11	61	7	39	18	100%

Fonte: dados da pesquisa. Petrópolis, 2020.

A tabela 3 apresenta a relação dos idosos que moram sozinhos ou com algum acompanhante(s), que podem ser familiares ou cônjuge. Podemos observar que, 72% dos idosos vivem acompanhados por algum responsável (família ou conjugue), e, 28% moram sozinhos, sem nenhum responsável, com prevalência do sexo feminino, sendo três femininos e dois masculinos.

De acordo com Negrini et al (2018), em sua pesquisa, 15,3% dos idosos moram sozinhos, com maior prevalência no sexo feminino e com idade acima de 75 anos. O presente estudo demonstra um valor maior, no qual 28% de idosos vivem sozinhos, com maior prevalência no sexo feminino e faixa etária entre 63 a 77 anos, e descreve sobre a maior probabilidade de adultos idosos

que moram sozinhos serem afetados por piores condições relativas ao estado de saúde, funcionalidade física e comportamento, sendo relevantes para a política e o planejamento de saúde buscar soluções para o declínio funcional na velhice. Uma tarefa desafiadora no contexto da vida solitária junto a Estratégias de saúde e fornecimento de serviços sociais para os idosos solitários.

O fato de morar sozinho pode estar interligado a alguns fatores, por própria opção em busca de independência, perda de familiares, viuvez, separação conjugal, falta de recursos financeiros. Mudanças geraram um grande número de adultos idosos com poucos ou sem parentes próximos. A proporção de domicílios familiares unipessoais aumentou no contexto brasileiro desde a década de 1970 (NEGRINI et al, 2018).

Na tabela 3 podemos observar que temos 17% (n=3) idosos, maiores de 60 anos, do gênero feminino e 11% (n=2) masculino que moram sozinhos em suas residências. De acordo com o estudo de Perseguino; Horta; Ribeiro (2017) o Brasil tem apresentado um rápido crescimento do número de idosos em domicílios unipessoais, com 13% da população de idosos tendo como problema a necessidade de cuidado, visto que, o processo de envelhecimento tem como consequência à vulnerabilidade caracterizada pela dependência.

No Brasil a família é a principal responsável pelo cuidado ao membro idoso, com obrigação de assistir às suas necessidades, mas apresenta incapacidades socioeconômicas próprias, e as impostas pela opção da pessoa idosa em morar só. Neste processo, são essenciais as estratégias de cuidado e elaboração de políticas de saúde baseadas na visão de envelhecimento como parte integrante do processo familiar e família como um sistema complexo e instável, além da atuação profissional em uma relação de intersubjetividade e o entendimento dos significados criados pelo sistema familiar dentro de sua interação social (PERSEGUINO; HORTA; RIBEIRO, 2017).

Envelhecer morando sozinho, sem o apoio de um parentesco próximo, pode associar- se vários desfechos de saúde, inclusive a morte. A solidão e a falta de redes pessoais demonstram risco de mortalidade em estudos de grande porte e seguimento longitudinal. Na perspectiva de arranjos domiciliares

para idosos, o Brasil demanda por serviços de saúde e de apoio social (NEGRINI et al, 2018).

Quadro 2. Morbidades - Doenças Crônicas nos idosos participantes do estudo.

Morbidades	Feminino (N)	(%)	Masculino (N)	(%)
Diabete Mellitus	4	22	1	5
Hipertensão arterial (HAS)	8	44	6	33
Acidente vascular (AVC)	0	0	0	0
Doença Pulmonar (DPOC)	1	5	0	0
Osteoporose	4	22	0	0
Alzheimer	0	0	0	0
Parkinson	0	0	0	0
Outras doenças	0	0	0	0

Fonte: dados da pesquisa. Petrópolis, 2020.

O quadro 2 descreve a prevalência de morbidades apresentadas pelos participantes do estudo. Dentre as morbidades identificadas, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM).

A Hipertensão Arterial (HAS) está em maior frequência, com total de 77%, sendo 44% (n=8) feminino e 33% (n=6) masculino. Em segundo lugar esta Diabetes Mellitus com total de 27%, sendo 22% (n=4) feminino e 5% (n=1) masculino. Em terceiro lugar aparece a Osteoporose com total de 22%, sendo 22% (n=4) feminino e nenhum (n=0) masculino. Em quarto lugar temos a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), com total de 5%, sendo 5% (n=1) feminino e nenhum (n=0) masculino. Não apareceram, na amostra, casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Alzheimer, Parkinson ou outras doenças.

A maior predominância de morbidade se encontra na Hipertensão arterial (HAS), e que, outras morbidades, mesmo sendo em menor número, tem importância significativa, pois afetam diretamente os idosos e causam consequências em suas vidas levando a fragilidades e limitações.

Corroboram com os resultados o estudo de Francisco et al (2018), no qual as patologias mais frequentes foram Hipertensão Arterial (HAS) e Diabete Mellitus, com 16,2% e 23,5% de prevalência em maiores de 60 anos.

De acordo com Francisco et al, (2018), Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares, que pode levar a diminuição da qualidade e expectativa de vida da população. É uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados da Pressão Arterial (PA), frequentemente associada a alterações funcionais e/ou

estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas. Existe uma relação direta da PA com a idade. No Brasil observam prevalências em torno de 50% de HAS na população idosa.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) estão entre os cinco principais riscos globais para a mortalidade no mundo. O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, decorrente de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. Essa desordem crônica no metabolismo de glicose, com aumento persistente da glicemia, pode desencadear em complicações agudas ou crônicas no sistema cardiovascular, renal e neurológico (FRANCISCO et al, 2018).

O Diabetes Mellitus tipo 2 é responsável por 90 a 95% dos casos desta doença. Estudos mostram que a prevalência de hipertensão é aproximadamente o dobro entre os diabéticos, em comparação com os não diabéticos, e, o risco de doença cardiovascular é cerca de quatro vezes maior em pacientes com ambas as doenças (FRANCISCO et al, 2018).

De acordo com o estudo de Malta et al (2019) as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) incluem doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer, doenças respiratórias, sendo responsável por 63% das mortes globais, acarretando perdas de qualidade de vida, limitações e incapacidades. No Brasil, correspondem a 72% das causas de morte, sendo 29,7% para doenças cardiovasculares, 16,8% neoplasias, 5,9% doenças respiratórias e 5,1% para o diabetes.

A atenção em saúde para doenças crônicas é um grande desafio para as equipes de Atenção Básica, visto que, estas condições são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem exige, além da equipe multiprofissional, o protagonismo dos indivíduos, família e comunidade (BRASIL, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) os idosos representam 14,3% dos brasileiros, ou seja, 29,3 milhões de pessoas, onde o envelhecimento tem impactos na saúde e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) afetam boa parte da população idosa. De acordo com pesquisas promovidas pelo Ministério da Saúde, 25,1% dos idosos tem diabetes, e 57,1% tem hipertensão.

Os estudos de Rodrigues; Barros (2016) afirmam que a osteoporose é definida como um distúrbio osteometabólico, de origem multifatorial, caracterizado pela diminuição da densidade mineral óssea com deterioração da micro arquitetura. A osteoporose conduz a um maior risco de fraturas, sendo doença multifatorial que predispõe o indivíduo a sofrer quedas e fraturas, provocando incapacidade funcional e uma consequente redução da qualidade de vida. Tem 22,8% de prevalência no sexo feminino, sendo mais suscetíveis as pessoas com idade superior a 60 anos, tendo maior prevalência os acima dos 80 anos.

De acordo com os estudos de Radominski et al (2017) a osteoporose não apresenta manifestações clínicas específicas até que ocorra a primeira fratura, a história clínica e o exame físico detalhados devem ser feitos com o objetivo de identificar fatores que possam contribuir para perda de massa óssea, bem como, avaliar fatores preditivos que cause futuras fraturas e excluir causas secundárias de osteoporose. Alguns fatores de risco são passíveis de reversão. Quanto à osteoporose e a fraturas na pós-menopausa, são mais prevalentes em mulheres e com idade avançada.

Estudos de Barbosa et al (2017) aponta que a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é causa frequente de morbidade e mortalidade mundial. Alguns estudos descrevem uma importante prevalência da doença e identificação de fatores de risco associados, fazendo referência ao subdiagnóstico. No idoso, vários fatores são citados como possíveis complicadores, aumentando a mortalidade, como: o estado nutricional; a reduzida capacidade para realizar exercícios físicos; e a presença de doenças crônicas, como osteoporose, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e depressão.

Na população idosa a presença de alterações cardiovasculares, osteoarticulares e neurológicas podem tornar os sintomas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) subclínicos, como consequência das limitações nas atividades físicas, ou por sobreposição dos sintomas semelhantes presentes também em outras doenças crônicas. Há necessidade de difundir conhecimentos e proporcionar maiores cuidados para o idoso, visando à identificação precoce dos sintomas e sua prevenção (BARBOSA et al, 2017).

Os estudos de Becker; Heidmann (2020) declaram à prática de promoção da saúde desenvolvidas pelos enfermeiros no cuidado às pessoas com Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) na atenção primária à saúde, como significativa e eficaz. Chama atenção ao uso de práticas educativas a que estimula a autonomia e o autocuidado, para um estilo de vida saudável e com qualidade, junto a um trabalho coletivo e multidisciplinar. A educação em saúde é uma importante ação do trabalho dos enfermeiros e da equipe de ESF, que permite a construção de um trabalho que valoriza o ser humano, além da questão biológica, buscando também o lado social, emocional e espiritual.

Quadro 3. Relação de fatores associados à fragilidade apresentados por idosos participantes do estudo.

Fator de fragilidade	Feminino (N)	(%)	Masculino (N)	(%)
Cartão de vacina em dia	9	49	7	38
Dentista	6	33	1	5
Prótese removível	9	49	5	28
Uso de medicamentos	11	61	6	33

Fonte: dados da pesquisa. Petrópolis, 2020.

No quadro 3 é possível evidenciar fatores associados a fragilidades dos idosos, como podemos observar: cartões de vacina em dia são 87%, 49% (n=9) feminino e 38% (n=7) masculino; frequentam consultas com o dentista 38%, 33% (n=6) feminino e 5% (n=1) masculino; os que têm prótese removível 77%, 49% (n=9) feminino e 28% (n=5) masculino; os que usam medicamentos 94%, 61% (n=11) feminino e 33% (n=6) masculino.

As mulheres possuem mais fatores positivos associados à fragilidade, como vacinas em dia e frequência ao dentista, conforme evidenciado acima, do que os homens, por isso estes últimos podem apresentar maior risco para fragilidade.

Lourenço et al (2019) demonstra em seu estudo que a idade avançada é o principal fator de risco isolado, e estima-se que 10 a 25% da população acima de 65 anos esteja em situação de fragilidade, e 45% acima dos 85 anos com maior prevalência de fragilidades, associados a comprometimento das atividades da vida diária e pior autopercepção de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) a situação vacinal do idoso também deve ser observada, considerando a importância da vacinação para a prevenção de doenças que apresentam alto risco de complicações nas pessoas idosas, como, por exemplo, a vacina contra a influenza.

De acordo com BRASIL (2006), as pessoas idosas, portadoras de doenças crônicas de base, são alvos de sérias complicações relacionadas à gripe (pneumonia primária viral pelo vírus da influenza, pneumonia bacteriana secundária, pneumonia mista, exacerbação de doença pulmonar ou cardíaca e óbito), sendo recomendada uma dose anual da vacina contra influenza no outono. Idosos com mais de 60 anos devem também receber ao menos uma dose de vacina anti-pneumocócica durante a vida. Os idosos institucionalizados e não vacinados deverão receber uma dose da vacina e outra após cinco anos da primeira.

A vacinação da pessoa idosa deve ser inquirida de forma sistemática. É importante que seja feito o registro e atualização da vacinação na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, facilitando o acompanhamento da realização da mesma e evitando agravos aos idosos (BRASIL, 2006).

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) a saúde bucal é importante para o bem-estar, autoestima e a saúde geral do corpo. Além disso, uma boca saudável é também aquela que proporciona uma boa mastigação, o que é fundamental para uma boa digestão dos alimentos e uma melhor absorção dos nutrientes para o idoso. O uso de próteses dentárias é fundamental para auxiliar na correta mastigação dos alimentos e na fala, além de manter o equilíbrio das estruturas da face e das articulações, que exige cuidados especiais.

O cuidado com a saúde da pessoa idosa apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfechos dos agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multissetoriais, com foco no cuidado (BRASIL, 2019).

O perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado pela tripla carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de

causas externas e condições crônicas. A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas, porém não limita suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social (BRASIL, 2020).

A doença e os medicamentos estão presentes no cotidiano das pessoas idosas, como alternativas particulares. A utilização criteriosa e cautelosa dos medicamentos, sua correta utilização, como dose, tipo e intervalos. A orientação adequada das pessoas idosas e seus familiares são elementos essenciais para a manutenção da qualidade de vida do idoso. A administração de medicamentos pode gerar reações indesejadas, entretanto a incidência dessas aumenta proporcionalmente com a idade (BRASIL, 2006).

Quadro 4. Alterações fisiológicas nos idosos/participantes do estudo.

Alteração fisiológica	Feminino (N)	(%)	Masculino (N)	(%)
Incontinência urinária	3	17	3	17
Incontinência fecal (anal)	8	44	5	28
Esquecimento	4	22	1	5

Fonte: dados da pesquisa. Petrópolis, 2020.

O quadro 4 demonstra fatores relacionados às alterações fisiológicas, como podemos observar: 34% relataram ter incontinência urinária, destes 17% (n=3) do gênero feminino e o mesmo percentual masculino; 72% relataram ter incontinência fecal, destes 44% (n=8) feminino e 28% (n=5) masculino; 27% relatam ter esquecimentos frequentes, 22% feminino (n=4) e 5% masculino (n=1), na faixa etária entre 63 á 77 anos para mulheres, e 61 á 101 anos para homens.

Conforme os dados, observamos maior predominância nas alterações fisiológicas para o gênero feminino, e menor para o gênero masculino, mas, vale ressaltar que os dois gêneros apresentam alterações e que o número de participantes masculino é menor que o feminino.

O Caderno de Atenção Básica que trata da saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2010) afirma que toda alteração decorrente do processo fisiológico do envelhecimento tem repercussão nos mecanismos homeostáticos do idoso e em sua resposta orgânica, na qual diminui a capacidade de reserva,

defesa e adaptação, o tornando vulnerável a estímulos (traumáticos, infecciosos ou psicológicos) e desencadeando doenças facilmente.

A Incontinência Urinária (IU) ou perda involuntária de urina é um sério problema de saúde que afeta milhões de pessoas e pode ocorrer em qualquer idade, tendendo a manifestar-se mais frequentemente com o aumentar da idade, principalmente, nas mulheres. A prevalência da Incontinência Urinária é maior nas mulheres que nos homens entre os 50 e 75 anos. Estima-se que entre as pessoas idosas, a prevalência de IU é de aproximadamente 10 a 15% entre os homens e de 20 a 35% entre as mulheres. Idosos institucionalizados e os providos de internação hospitalar recente apresentam incontinência urinária em cerca de 30%. (BRASIL, 2010).

Segundo o Caderno de Atenção Básica que trata da saúde da saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006) afirma que a Incontinência Urinária é definida como “a perda de urina em quantidade e frequência suficientes para causar um problema social ou higiênico”. Pode variar desde um escape ocasional até uma incapacidade total para segurar qualquer quantidade de urina. Ela se deve, com frequência, a alterações específicas do corpo em decorrência de doenças, uso de medicamentos ou início de uma doença.

A ocorrência de Incontinência Urinária tende a aumentar à medida que aumentam o número de medicamentos em uso e as comorbidades. Complicações da IU: predispor a infecções do trato urinário e genital; provocar maceração e ruptura da pele; facilitar a formação de úlceras por pressão, celulites; contribuir para disfunção sexual e para perda da função renal; afetar a qualidade do sono e predispor a ocorrência de quedas. A IU tem grande impacto sobre a qualidade de vida das pessoas idosas, causando constrangimento, induzindo ao isolamento social, à depressão e afetando a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

De acordo com estudos de Leme; Souza; Chagas (2019) a Incontinência Anal (IA) conhecida também por Incontinência Fecal (IF) é um problema frequente na população, principalmente nos idosos e mulheres, resultando em sérios prejuízos biopsicossociais para a população, é definida como qualquer perda involuntária de fezes e/ou gases, em local inadequado, em qualquer faixa etária, após a obtenção do controle esfincteriano.

A incontinência Anal (IA) ou, fecal, é um distúrbio relacionado à idade e doenças como Crohn, colite ulcerativa, doença celíaca, diabetes e constipação concomitante e diarreia prevalece nos aspectos culturais, constrangimento do paciente ou pela percepção errônea de ser uma consequência normal do envelhecimento. Frequentemente leva a distúrbios emocionais e sociais, comprometimento das relações de trabalho, perda da autoestima e depressão, o que pode gerar situações de maior gravidade (LEME; SOUZA; CHAGAS 2019).

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2018) pequenos episódios de perda de memória podem ser comuns entre pessoas idosas. Levantamentos e estudos apontam que, em média, 70% dos indivíduos com mais de 60 anos reclama de dificuldades para se recordar de determinadas lembranças. Esses lapsos podem acometer mulheres e homens, é decorrente da morte de neurônios, um acontecimento que se acentua nessa fase da vida. Trata-se de um processo natural do envelhecimento.

Se a perda de memória interferir na rotina do idoso, existe a chance de ser o processo inicial de alguma doença degenerativa cerebral, como o Alzheimer, por exemplo, ou ser causada por depressão, insônia ou apenas um comprometimento cognitivo leve, sendo necessária uma melhor investigação nos aspectos clínicos, sociais, psicológicos e emocionais do idoso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – SBGG, 2018).

CONCLUSÃO

Sobre as características do perfil sóciodemográfico dos idosos, predominou o sexo feminino com 61%, a maioria na faixa etária de 60 a 69 anos com 61%. O nível de escolaridade foi declarado até o ensino médio incompleto, prevalecendo o sexo feminino. Evidenciou-se que 61% dos idosos são predominantes no sexo feminino e não concluíram o ensino médio completo. Relacionado a quem mora com o idoso observou-se que há maior número de acompanhado (por família ou conjugue), totalizando 72% e predominando o sexo feminino.

As características do perfil sociodemográfico demonstram uma população com mais mulheres e mais idosa, uma vez que a população está envelhecendo e a expectativa de vida vem aumentando.

Constatou-se, com relação aos fatores de fragilidades que mais afetam os idosos: o uso de mais de cinco medicações, os que têm mais de cinco doenças, os que moram sozinhos, os que sofreram queda, fratura e estão acamados. Tendo maior prevalência o uso de mais de cinco medicações e mais de cinco doenças pelo sexo feminino e maior prevalência de queda no sexo masculino.

Percebe-se que os fatores associados à fragilidade no idoso têm grande importância para a prevenção de riscos e complicações a saúde do idoso. Na questão do uso de medicamentos há grande predomínio de uso pelo sexo feminino o que torna um fator de risco por gerar possíveis reações indesejadas e no sexo masculino percebe-se que faz menos usodos fatores, ficando mais vulnerável a riscos e complicações.

Quanto às alterações fisiológicas, identifica-se prevalência de incontinência urinária e fecal para ambos os sexos, seguida de esquecimento que ocorre com maior frequência no sexofeminino e menos no sexo masculino.

Em questão a morbidade identifica-se maior prevalência na Hipertensão Arterial (HAS) no sexo feminino, seguidas da Diabetes Mellitus, Osteoporose e Doença Pulmonar Obstrutiva crônica (DPOC) que tem maior frequência nos idosos, mas decorrem de outros agravos relacionados com importância significativa.

Diante dos resultados da pesquisa é possível perceber que a existência das fragilidades nos participantes do estudo, possibilita o surgimento de vulnerabilidades no processo do envelhecimento como: declínio funcional, condições crônicas que levam a dependência e diminuição da qualidade de vida. Pode interferir na autonomia, independência e expectativa de vida dos idosos tornando um grande desafio para a Atenção Básica em Saúde que desenvolve a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde com prática no cuidado integrado, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida quanto a limitações da pessoa idosa.

Contudo, conclui-se que o uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como instrumento de identificação de fatores de riscos e fragilização, possibilita um melhor planejamento, acompanhamento da saúde do idoso sendo fundamental para minimizar vulnerabilidades que afetam a qualidade de vida dos idosos.

Entretanto, as práticas de promoção e educação em saúde desenvolvida pelo enfermeiro junto à equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) no cuidado as pessoas idosasé fundamental, pois permite valorizar o ser humano, estimular a autonomia e o autocuidado para um estilo de vida saudável e com qualidade.

É necessário que haja novas pesquisas e intervenções, de forma a melhorar as questões de cuidados ao idoso e suas fragilidades junto as Políticas de Saúde na Atenção Básica, dando continuidade ao uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nas Unidades Estratégia de Saúde da Família como instrumento de acompanhamento e avaliação de informações de saúde do idoso, conscientizando de modo que possamos contribuir com a diminuição de vulnerabilidades, ofertando promoção de saúde e melhor qualidade de vida para o idoso.

REFERÊNCIAS

- ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, jan./2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>>.
- BARBOSA, A. T. F. et al. Fatores associados à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 63-73, jan./2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0063.pdf>.
- BOLINA, A. F. et al. Impacto do Arranjo Domiciliar na Evolução da Capacidade Funcional deidosos. **Rev. Min. Enferm**, Belo Horizonte, v. 22, n. 1091, p. 1-6, mar./2018. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1229>>.

BRASIL. Ministério da Saúde - PNAB. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa.** 4^a ed. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa 4^a edição.** 2017. Disponível em: <<http://www.saude.campinas.sp.gov.br/programas/idoso/Caderneta - Pessoa-Idosa-2017-Capa>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.** 3^a edição. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa nº 19.** 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral.** 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Caderno de Atenção Básica nº 19. Ministério da Saúde. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010. 192p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Atenção à Reabilitação da Pessoa Idosa.** 2019. Disponível em: <<https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/16/Guia-de-Atenção-a-Reabilitação-da-Pessoa-Idosa--versão-para-consulta-publica-29.03.2019.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Portaria GM nº 971. Ministério da Saúde. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006. 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. PNSI.** Portaria GM nº 2.528. Ministério da Saúde. Brasília: 2006. 10p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações

Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

CAMPOS, A. C. V; GONÇALVES, L. H. T. Perfil demográfico do envelhecimento nos municípios do estado do Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 591-598, out./2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000700591&script=sci_arttext&tlang=pt>.

COLUSSI, Eliane Lucia; PICHLER, Nadir Antonio; GROCHOT, Lucimara. Percepções de idosos e familiares acerca do envelhecimento. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 1-8, jun./2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n1/pt_1809-9823-rbgg-22-01-e180157.pdf>.

COSTA, G. M. D; OLIVEIRA, M. L. C. D; NOVAES, M. R. C. G. Fatores associados à polifarmacoterapia entre idosos assistidos pela estratégia saúde da família. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 525-533, ago./2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n4/pt_1981-2256-rbgg-20-04-00525.pdf>.

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.3, p.513-518, set./2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a04.pdf>>.

IBGE. **Idosos indicam caminhos para uma melhor idade**. 2020. Disponível em: <<https://censo2020.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html>>.

IBGE. **Os idosos serão um terço da população brasileira em 2060**. 2018. Disponível em: <<http://www.ihs.unisinos.br/185-noticias/noticias-2016/558600-os-idosos-serao-um-terco-da-populacao-brasileira-em-2060>>.

KREUZ, Giovana; FRANCO, M. H. P. Reflexões acerca do envelhecimento, problemáticas, e cuidados com as pessoas idosas. **Revista Kairós: Gerontologia**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 117-133, jun./2017. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i2p117-133/23432>>.

LEME, L. N. R; SOUZA, N. V. D. D. O; CHAGAS, Priscilla Farias. Cuidados de enfermagem e suas repercussões na vida da pessoa com incontinência anal: revisão integrativa. **Ver. enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 40285, p. 1-8, jul./2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/40285/30631>.

LINS, M. E. M. et al. Risco de fragilidade em idosos comunitários assistidos na atenção básica desaúde e fatores associados. **Saúde em Debate**, São Paulo, v.

43, n. 121, p. 520-529, ago./2019. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43n121/520-529/pt>>.

LUBENOW, J. A. M; SILVA, Antonia Oliveira. O que os idosos pensam sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 1-13, ago./2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n2/pt_1809-9823-rbgg-22-02-e180195.pdf>.

MARQUES, P. D. P. et al. Polifarmácia em idosos comunitários: resultados do estudo Fibra. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1-13, jan./2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n5/pt_1809-9823-rbgg-22-05-e190118.pdf>.

MARTINS, A. B. et al. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3403-3416, ago./2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2014.v19n8/3403-3416/pt>>.

NEGRINI, E. L. D. et al. Quem é e como vivem os idosos que moram sozinhos no Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 523-531, out./2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n5/pt_1809-9823-rbgg-21-05-00523.pdf>.

OLIVEIRA, J. C. A. D; TAVARES, D. M. D. S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 774-781, set./2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300032>.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – OMS. **Encontro Internacional-Direito a saúde, Cobertura Universal e Integralidade Possível**. Disponível em: <https://www.almg.gov.br/export/sites/default/accompanhe/eventos/hotsites/2016/encontro_internacional_saude/documentos/textos_referencia/00_palavra_dos_organizadores.pdf>.

PEREIRA, K. G. et al. Autoavaliação da saúde por idosos atendidos em um centro ambulatorial de referência. **JMPHC**, São Paulo, v. 9, n. 19, p. 1-29, dez./2018. Disponível em: <<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/434/721>>.

PERSEGUINO, Marcelo Geovane; HORTA, A. L. D. M; RIBEIRO, Circéa Amália. A família frente à realidade do idoso de morar sozinho. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 70, n. 2, p. 235-241, abr./2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0235.pdf>.

PLACIDELI, N. et al. Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 6, p. 1-14, jan./2020. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2020.v54/06/pt>>.

PLACIDELI, Nádia; CASTANHEIRA, E. R. L. Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma Rede de Serviços de Atenção Primária. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 247-269, jun./2017. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i2p247-269>>.

SILVA, J. A. C. D; SOUZA, L. E. A. D; GANASSOLI, Caroline. Qualidade de vida na terceiridade: prevalência de fatores intervenientes. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, Pará, v. 15, n. 3, p. 146-149, set./2017. Disponível em:
<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875192/sbcm_153_146-149.pdf>.

SILVA, Kelly Maciel; VICENTE, Fernanda Regina; SANTOS, S. M. A. D. Consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 681-687, set./2014. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00681.pdf>>.

SILVA, R. C. D; FERREIRA, M. D. A. Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise apartir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 67, n.1, p. 111-118, jan./2014. Disponível em:
<www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0111.pdf>.

SMITH, A. D. A. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 2754, p. 1-9, abr./2017. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2754.pdf>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – SBGG. **Perda de memória em idosos: sinais que exigem atenção do geriatra**. Disponível em: <www.secad.com.br/blog/medicina/perda-de-memoria-sinais-exigem-atencao/>.

SOUSA, F. D. J. D. D. et al. Perfil sociodemográfico e suporte social de idosos na atenção primária. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 4, p. 824-831, abr./2018.

SÁ, G. G. D. M. et al. Tecnologias desenvolvidas para a educação em saúde de idosos na comunidade: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.27, n. 3186, p. 1-14, out./2019. Disponível em:
<www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692019000100607&script=sci_arttext>.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, jun./2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601929&lng=pt&tlng=pt>.

WANDERLEY, R. M. M. et al. Avaliação da Condição de Saúde da Pessoa Idosa na AtençãoBásica. **Rev. Enferm UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 2, p. 472-482, fev. /2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234959/31366>>.

